

MECOSAN

*Italian Quarterly of Health
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)

Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche

Università Bocconi di Milano

Direttore Scuola direzione aziendale

Luca Anselmi

Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Cassese

Ordinario di diritto amministrativo

Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini

Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone

Ordinario di scienze delle finanze

Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco

Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia

Direttore generale - Azienda osped. S. Giovanni - Roma

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Coordinatore generale

Mario Del Vecchio

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini - Marco Meneguzzo - Antonello

Zangrandi - Francesco Zavattaro

Redattori

Federica Bandini - Giorgio Casati - Giovanni Fattore -

Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Franco Sassi

Corrispondenti esteri

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

Tel. 06/8073368-8073386 - Fax 06/8085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23

Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

— edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz.

della Stampa in data 22 settembre 1982

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1982

— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.

— stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774/381700, Fax 0774/381700

— spedita in abbonamento postale, c. 26, art. 2, L. n. 549/95 - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 70.000

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda:

— che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore

— che chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:

1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;

— che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 Qualche tendenza nuova nella legge finanziaria sulla sanità**
- Sez. 1^a - Saggi e ricerche
- 9 L'introduzione della Contabilità economico patrimoniale: quali strumenti operativi per l'interpretazione dei valori economici**
di Gianmaria Battaglia, Francesco Zavattaro
- 21 Il costo sociale della schizofrenia. Una rassegna ragionata della bibliografia**
di Roberta Montanelli, Rosanna Tarricone
- 33 Ruolo del nucleo di valutazione nelle aziende sanitarie e valutazione del personale**
di Roberto Rossetti, Tommaso Russo
- Sez. 2^a - Documenti e commenti
- 51 L'analisi per l'implementazione di unità di cardiocirurgia nell'ospedale S. Chiara di Trento**
di Alberto Antognozzi, Andrea Francesconi, Alessandro Sarti
- 63 Gli indicatori di qualità: correlazioni tra dipartimento di prevenzione, medicina veterinaria e I.z.s.**
di Lucio Baldo, Giovanni Loris Alborali
- Sez. 3^a - Esperienze innovative
- 71 Il rapporto psichiatria-medicina generale. L'esperienza di Reggio Emilia**
di Fabrizio Asioli, Maria Moscara, Maria Bologna
- 79 L'analisi dei meccanismi di accesso e di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali dell'azienda ospedaliera «San Martino» di Genova**
di Gino Gumirato, Dario Patrone, Anna Maria Reali, Aldo Somaglia, Evangelista Traghi Maccacchieri
- 89 Sistema per la qualità dell'azienda per i servizi sanitari n. 2 «Isontina» regione Friuli-Venezia Giulia. Progetto ed esperienza**
di Carlo Pagana, Paolo Quondam, Luigina Soranzio, Gianni Baratti
- 99 Attivazione di un sistema di reportistica sull'attività di ricovero in un presidio ospedaliero di USL**
di E. Porfido, S. Rocchi, F. Reitano, M. Lucchelli, E. Sabella, S. Paladino
- 109 Percorso di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico**
di Giorgio Verme, Floriano Rosina, Francesco Visconti
- Sez. 4^a - La sanità nel mondo
- 121 La «via danese» al decentramento delle responsabilità di erogazione dei servizi sanitari ed al coordinamento dell'assistenza**
di Luca Buccoliero
- 31 Lo schema di fundholding e la sua implementazione: un'analisi attraverso la sua documentazione ufficiale**
di Emanuele Vendramini
- Sez. 6^a - Biblioteca
- 143 Novità bibliografiche**
- 146 Spoglio riviste**
- 148 Bibliografia monotematica**
- 154 Tesi di laurea**

QUALCHE TENDENZA NUOVA NELLA LEGGE FINANZIARIA SULLA SANITÀ

Il periodo della discussione e della approvazione delle leggi finanziarie e delle «manovre di aggiustamento» di primavera è «critico» per il settore sanitario che è sempre stato al centro di interventi di «tagli» della spesa che nei diversi anni hanno avuto alterna efficacia. Dopo una fase caratterizzata dai tentativi di «riequilibrio del sistema tramite il riequilibrio e la razionalizzazione della spesa» (seconda metà degli anni ottanta) ed una fase caratterizzata dal tentativo di «razionalizzare il sistema tramite vincoli rigidi sulla spesa» (inizio anni novanta), da due tre anni si nota nella impostazione della parte sanità della legge finanziaria qualche interessante tendenza che sembra confermata dalla legge per il 1997. Tali tendenze possono essere così riassunte:

1) passaggio da una logica di puri vincoli finanziari, ad una logica secondo cui si cerca di agire sui «processi reali»: una specie di riscoperta dell'economia reale rispetto all'economia finanziaria;

2) passaggio da una logica di «responsabilità» a una logica di «responsabilizzazione» dei diversi soggetti;

3) collegamento delle indicazioni della legge finanziaria a un sistema di incentivi per i soggetti che riescono a realizzare gli obiettivi.

Il passaggio da norme centrate sulla pura dimensione finanziaria a nor-

me più attente all'economia sanitaria «reale» e alle caratteristiche strutturali e funzionali del sistema, è stato indubbiamente favorito dal dispiegarsi della riforma introdotta con i decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93 che hanno realizzato un più elevato livello di decentramento alle Regioni e che hanno consentito l'istituzione delle «aziende sanitarie».

Tale passaggio è caratterizzato dai seguenti elementi.

Le norme sulla riduzione dei posti letto non sono più legate ad indicazioni acritiche e non sempre «razionali», di chiusura dei piccoli ospedali (inferiori ai 120 posti-letto), ma fanno riferimento all'obiettivo di riportare l'occupazione dei posti-letto al di sopra del 75% e alla indicazione di «rivedere» la dotazione del personale. Viene finalmente recepito il principio, più volte segnalato da chi scrive, che la spesa non si riduce riducendo i posti-letto, ma solo se si riducono le prestazioni e i servizi «impropri» (esempio ricoveri inutili o accertamenti diagnostici non necessari) e solo se si riduce il costo unitario delle prestazioni erogate o dei casi trattati. La revisione della dotazione di organico in relazione all'attività effettivamente svolta e l'abbandono di un legame ad un dato strutturale (i posti-letto) è uno strumento per ridurre i costi.

Inoltre la riduzione dei posti-letto, oltre a prevedere alcune eccezioni

«doverose» quali terapia intensiva, rianimazione, malattie infettive, unità per il trapianto di organo e di midollo osseo e le unità spinali, è collegata ad indicazioni di «ristrutturazione della rete di offerta», quindi ad un intervento più generale di ristrutturazione cui è chiamato il Direttore generale. Si ricorda che il sistema di finanziamento «a tariffa per caso trattato» delle attività ospedaliere rende non più convenienti politiche di aumento del tasso di occupazione tramite un prolungamento delle degenze e che un eventuale aumento di ricoveri trova un limite nel finanziamento pro-capite alle aziende USL e nei controlli delle Regioni, che oggi sono chiamate a coprire con propri mezzi la spesa superiore agli stanziamenti dello Stato.

Un secondo aspetto riguarda la regolazione delle incompatibilità dei professionisti che tanto hanno fatto e faranno discutere. La logica sottostante è difficilmente contestabile: se il sistema deve andare verso la competizione e se il fattore determinante della competizione sono i professionisti, occorre che vi sia una netta separazione tra attività svolta nel circuito «finanziato con risorse pubbliche» (ospedali pubblici e strutture accreditate) e circuito «finanziato con risorse completamente private» (strutture non accreditate).

Impedire al medico di operare in strutture che «competono rispetto alle

stesse risorse» (strutture di offerta pubbliche e strutture accreditate) salvaguardando però la possibilità per il medico di valorizzare la propria professionalità distintiva e per il paziente di scegliere il medico di fiducia (attività libero professionale intramuraria) sembra un modello necessario sul piano della funzionalità ancor prima che su quello etico. Semmai qualche dubbio, e forse più di qualche dubbio, può sorgere sulla capacità concreta della maggior parte delle strutture pubbliche di attrezzarsi per consentire ai medici l'esercizio della libera professione intramuraria.

Un terzo aspetto di economia reale toccato dalla legge finanziaria riguarda i medici di medicina generale. Tramite l'imposizione di un vincolo di spesa per le prestazioni da essi prescritte e tramite l'introduzione di incentivi reali al contenimento della spesa, si cerca di rafforzare la loro funzione di «filtro» all'entrata nel servizio pubblico e la loro funzione di «indirizzo» verso le strutture di offerta adeguate alla complessità delle problematiche di salute di ogni paziente, evitando l'utilizzo di strutture e di prestazioni ad elevata complessità (e ad elevato costo) per esigenze di bassa complessità.

Il moltiplicarsi negli ultimi mesi di progetti sperimentali sul budget di medicina generale e su altre forme di organizzazione di tale attività è sintomo di una crescente attenzione alle implicazioni economiche del loro operare da parte di «professionisti» che in passato spesso non si erano fatti coinvolgere dai provvedimenti di tipo organizzativo richiamandosi al loro status giuridico di non dipendenti. Le nuove norme, che prevedono incentivi a fronte di scelte con positivi effetti sul piano economico e disincentivi in caso contrario, sembrano in grado di riportare i medici di medicina genera-

le all'interno di obiettivi e di regole organizzative.

Un quarto aspetto di economia reale riguarda i farmaci, settore sul quale oltre alla ridefinizione dei margini delle aziende, dei grossisti e dei farmacisti e alla regolazione degli sconti, si introduce una specie di doppio vincolo, quello finanziario «tradizionale» dei 9.600 miliardi e quello «gestionale» legato alla possibilità che tale tetto sia superato purché venga salvaguardato l'equilibrio generale delle risorse assegnate alle Regioni. In sostanza si accetta il principio che, nei limiti del 14% di aumento rispetto all'obiettivo stabilito, le Regioni e le aziende che da esse dipendono, possano aumentare la spesa per farmaci oltre al tetto previsto purché ciò consenta risparmi in altre voci di spesa. Interessante segnale nella «direzione della flessibilità» è la previsione del fondo di 100 miliardi da destinare a farmaci di classe C che, per particolari condizioni, possono essere erogati gratuitamente.

Infine, è utile ricordare come dal divieto di assunzione di personale siano escluse le aziende che presentano una situazione di equilibrio di bilancio. Ciò si pone chiaramente nella linea di riconoscere maggiore autonomia decisionale alle aziende che presentano una situazione di sana gestione.

Con riguardo alla linea della responsabilizzazione si sottolinea che, al contrario del passato, non si danno più indicazioni e vincoli rigidi da applicare burocraticamente con la previsione di «pene» (rimaste per lo più a livello di «grida manzoniane») per la mancata applicazione. Ora si danno obiettivi e indicazioni, che però come si è già sottolineato prevedono «varianti» e «alternative» lasciando agli organi competenti istituzionalmente, il Direttore generale e la Regione, l'autonomia di scegliere le alternative con una certa autonomia,

salvo rispondere dei risultati. Di particolare rilievo è il riconoscimento della centralità del ruolo dei Direttori generali che «dovranno essere valutati» ai fini del riconoscimento della quota del 20% aggiuntiva del compenso base e ai fini della riconferma anche in riferimento al raggiungimento o meno degli obiettivi fissati dalla legge finanziaria.

Il raggiungimento di tali obiettivi è demandato non tanto, o comunque non solo, al «valore cogente» delle leggi, quanto alla motivazione di Direttori generali consapevoli che da esso dipende in misura non marginale la valutazione del loro operato: Direttori generali che, inoltre, in base alla normativa vigente hanno un maggiore potere decisionale che tenderà ad aumentare anche nei confronti del personale in quanto nella stessa legge finanziaria si delega al governo la responsabilità di dare direttive all'ARAN affinché nei contratti sia rafforzata la distinzione tra retribuzione legata alla qualifica, retribuzione legata alla posizione (che è attribuita dal Direttore generale) e retribuzione legata al raggiungimento degli obiettivi (anche essi fissati dal Direttore generale).

La legge finanziaria non si limita a indicare provvedimenti da «adottare», ma individua un sistema di responsabilizzazione e di poteri di valutazione che dalla Regione (chiamata a rispondere verso le comunità che amministrano dei livelli assistenziali e degli eventuali disavanzi) si estende ai Direttori generali, ai medici (dipendenti, ai quali si deve consentire la possibilità di svolgere attività libera professionale intramuraria in cambio della incompatibilità, e a quelli convenzionati, come sono i medici di medicina generale) e a tutto il personale la cui retribuzione non è più una «variabile indipendente» dalla produttività e dalla qualità del lavoro svolto, ma

sarà sempre più composta da una «parte variabile» in relazione alle funzionalità e ai risultati ottenuti.

Per sostenere gli obiettivi finanziari e il sistema di responsabilizzazione, la legge finanziaria indica anche una serie di strumenti:

— la ristrutturazione dell'offerta di servizi sanitari secondo la logica della «rete»;

— l'adozione di sistemi di gestione «per obiettivi» (cui correlare la retribuzione);

— la definizione di «percorsi diagnostico-terapeutici» al fine di ridurre le prestazioni inutili;

— l'osservatorio degli acquisti e dei prezzi;

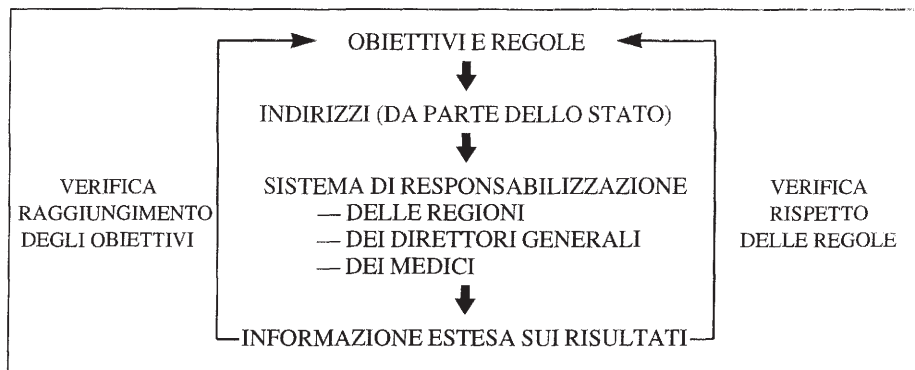
— il «fondo di flessibilità» che consente, nei limiti di 100 miliardi, di erogare, in presenza di particolari motivi, ad appartenenti a nuclei familiari con reddito annuo inferiore a 19 milioni, farmaci della classe C individuati dalla Commissione unica del farmaco.

Con riguardo all'Osservatorio degli acquisti e dei prezzi preme sottolineare la logica con cui tale strumento è proposto: non più, come è accaduto anche nel recente passato, strumento per identificare prezzi e condizioni standard a cui dovrebbero allinearsi burocraticamente i comportamenti di acquisto delle aziende sanitarie, ma «strumento informativo» a disposizione di Ministero, Regioni, Direttori generali e altri organi interessati per realizzare confronti e scegliere in modo razionale. Non strumento per «omogeneizzare» i comportamenti, il che sarebbe tecnicamente impossibile e concettualmente errato in presenza di un sistema molto differenziato, ma come strumento di «supporto alle decisioni».

Interessante e per certi aspetti innovativa la scelta di proporre elementi di «differenziazione dei vincoli» che va contro la logica «tradizionale» del legislatore. Infatti, come si è già detto, è

consentito il superamento del vincolo stabilito per i farmaci, purché la spesa complessiva «rimanga» nei limiti generali di spesa (sostituzione di un vincolo «puntuale» con un vincolo «generale») ed esenzione dal divieto di assumere personale per le aziende che

presentano il bilancio in pareggio, il che rappresenta un incentivo forte alla eliminazione degli sprechi e al contenimento della spesa. La legge finanziaria 1997 per la parte sanitaria appare quindi fondata su una sequenza così sintetizzabile:



L'impianto sembra coerente e in linea con i processi di decentramento e di aziendalizzazione avviati dai decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93. Molti dubbi invece sorgono circa le «condizioni» per l'attuazione di quanto previsto. Infatti si introducono «strumenti» che richiedono una diversa «cultura» delle persone chiamate ad utilizzarli. Osservatorio, percorsi diagnostico-terapeutici, programmazione per obiettivi, verifica dei risultati, pareggio di bilancio non sono vaghe parole, ma indicano modalità di gestione «profondamente diverse» da quelle a cui sono abituati gli operatori della sanità. Una domanda sorge spontanea: ma cosa si fa concretamente per realizzare questo profondo cambiamento della cultura gestionale? Qui si evidenzia una possibile debolezza di fondo dell'intera operazione, in quanto il cambiamento sembra essere affidato:

— alla buona volontà e alle doti personali di chi opera nel sistema, che dovrebbe cambiare modi di operare e imparare a gestire i nuovi strumenti solo «perché lo dice la legge»;

— allo spirito di iniziativa di quelle realtà che si sono messe sulla via della sperimentazione dei nuovi sistemi di gestione;

— alla cultura nuova portata da qualche Direttore generale «venuto dal privato» o che «per scelta personale» in passato aveva pensato di investire nella sua formazione manageriale;

— alla consulenza che, accanto a esempi di alta professionalità e qualità, presenta però molti casi di non conoscenza del sistema sanitario italiano e non di rado assume «comportamenti opportunistici» (si apre un mercato interessante e ci si butta a volte più «per imparare facendosi pagare» dalle aziende ospedaliere e dalle aziende di servizi sanitari che non per dare un reale contributo positivo alla soluzione dei loro problemi).

Di fronte ad un impianto buono, o comunque condivisibile in molte sue parti, si avverte una enorme sottostima dei «problemi di implementazione», una enorme sottostima delle difficoltà dei processi di cambiamento e del fatto che per ottenere risultati po-

sitivi occorre rispettare certe «regole del cambiamento». Si pensa ancora, un poco illuministicamente, un poco ideologicamente, un poco fideisticamente che basta avere buone idee e dare qualche buon indirizzo per ottenere i risultati voluti. Non è così e se il progetto di una nuova gestione della sanità non sarà sostenuto da un forte investimento (di attenzione ancor prima che di soldi) in «nuova cultura», per la sanità si potrebbero avere amare sorprese: aver promesso un sistema che funziona meglio e ritrovarsi con un sistema che raggiungerà l'equilibrio economico abbassando i livelli di copertura sanitaria e di solidarietà.

RAGIUSAN

Rassegna giuridica della sanità

Rivista mensile
di dottrina, giurisprudenza, documentazione
di interesse socio-sanitario

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

Who Collaborating Centre for Health Legislation

N. 5 della Collana «La legge delega»

NOVITÀ

Le leggi regionali di attuazione del D.L.vo n. 502/92 per il riordino del Servizio sanitario nazionale

a cura di **Luigi D'Elia**



SIPIS

00197 ROMA - Viale Parioli, 77 - Tel. 06/8073368-8073386 - Fax 06/8085817

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

L'INTRODUZIONE DELLA CONTABILITÀ ECONOMICO PATRIMONIALE: QUALI STRUMENTI OPERATIVI PER L'INTERPRETAZIONE DEI VALORI ECONOMICI

di Gianmaria Battaglia, Francesco Zavattaro (*)

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I principi contabili per le aziende sanitarie pubbliche - 3. Gli schemi di bilancio per le aziende sanitarie - 4. Analisi dell'efficienza e dell'efficacia delle aziende sanitarie tramite quozienti di bilancio.

The introduction of accrual accounting within local health units (LHU) and public hospitals implies the implementation of new organisational and accounting procedures and requires specific knowledge to understand the meaning of annual reports. This article depicts some tools needed to support the actual use of the new accounting system output: accounting principles income and cash flow statements schemes (operational schemes for public health organizations is described), the use of ratios to measure efficiency and effectiveness of LHU and public hospitals (an operational ratio scheme is described).

1. Introduzione

Il passaggio al sistema di Contabilità economico patrimoniale (CEP) costituisce uno degli elementi cardine dei provvedimenti di riassetto del Servizio sanitario nazionale. Uno degli obiettivi ispiratori della riforma, ovvero il trasferimento alle aziende sanitarie della responsabilità di perseguire la tutela della salute dei cittadini attraverso la ricerca di un equilibrio tra risorse sottratte al sistema economico e utilità dei servizi erogati (1), deve infatti essere sostenuto anche attraverso strumenti di rappresentazione dell'agire economico differenti da quelli tradizionali e afferenti al sistema della contabilità pubblica. In tale prospettiva va inserita la previsione (art. 5 del D.L.vo n. 517/93) di dotare le aziende sanitarie pubbliche di un sistema di contabilità che evidenzii risultati economici annuali e fornisca una rappresentazione della situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda stessa.

È tuttavia evidente come il passaggio al nuovo sistema contabile possa avvenire solo trovando le risposte più

opportune ai numerosi problemi connessi con una innovazione di tale portata. Le esperienze in corso e le prime riflessioni di metodo (2) consentono di enucleare alcune tra le principali problematiche:

1) difficoltà legate all'implementazione di un nuovo sistema di rilevazioni contabili a cui si correla la necessità di una radicale riprogettazione degli assetti organizzativi delle funzioni contabili e di molte procedure tecnico-amministrative;

2) difficoltà connesse alla necessità di sostituire alcune funzioni assolute dal sistema di contabilità pubblica di tipo finanziario e che non sono più essere altrettanto efficacemente garantite dalla contabilità economico patrimoniale. In particolare ci si riferisce alla funzione autorizzativa della contabilità finanziaria, la cui sostanziale eliminazione crea consistenti lacune nelle modalità e nei meccanismi consolidati di controllo della spesa nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche. Anche in questo caso occorre ripensare i sistemi di controllo

per passare da meccanismi di controllo formale e antecedente a forme di controllo sui risultati prodotti dalla gestione (che necessitano di specifici strumenti) (3);

3) difficoltà connesse all'effettivo utilizzo dei valori di tipo economico nei momenti decisionali ai vari livelli del sistema. Dal punto di vista aziendale sono facilmente rilevabili le difficoltà ad adeguarsi alle nuove modalità di rappresentazione delle dinamiche economiche nell'ambito dei processi di programmazione e di definizione degli obiettivi. Analogamente, dal punto di vista regionale si manifestano difficoltà nel superare la logica finanziaria (che peraltro il livello regionale mantiene nel proprio sistema contabile) nelle relazioni con le aziende sanitarie. In particolare, appare diffusa la difficoltà a ripensare, sulla base dei nuovi strumenti e del linguaggio

(*) Il presente articolo è da attribuirsi a Gianmaria Battaglia per i paragrafi 1 e 3, e a Francesco Zavattaro per i paragrafi 2 e 4.

economico, le modalità con cui è organizzato e gestito il processo di allocazione delle risorse finanziarie alle aziende (sistema di finanziamento).

A ben vedere queste prime considerazioni possono essere correlate a problemi di tipo tecnico (diversi strumenti di rilevazione contabile, riprogettazione organizzativa, ecc.), ma soprattutto sono da associarsi alla difficoltà, da parte di tutti i livelli del sistema, ad assumere ruoli gestionali nuovi e modalità di esercizio delle responsabilità che presuppongono l'uso del «linguaggio economico» di cui il nuovo sistema contabile di bilancio si fa portatore. In questa logica la contabilità economica appare strumento ancor più prezioso e «strategico» nel processo di rinnovamento in chiave aziendale del sistema sanitario in quanto obbliga ad un confronto con logiche e strumenti che richiedono una netta frattura con i modelli tradizionali di funzionamento delle strutture pubbliche costituenti il SSN.

Appare infine necessario sottolineare come parte delle difficoltà incontrate nel rendere immediata ed efficace la sostituzione del sistema contabile possono derivare e derivano dalla necessità di adattare le modalità di rappresentazione dei valori economici, finanziari e patrimoniali ad alcune caratteristiche oggettive delle aziende sanitarie pubbliche, caratteristiche peculiari rispetto sia agli assetti istituzionali che alle modalità di cessione dei risultati aziendali (4).

Questo saggio intende quindi contribuire al dibattito in corso fornendo alcune linee di intervento che si ritengono prioritarie per rafforzare il processo di introduzione della contabilità economico patrimoniale nei sistemi sanitari regionali.

Qualsiasi piano di interventi finalizzato a facilitare il processo di introduzione della contabilità economico-patrimoniale deve interessare tutte le

aree segnalate come problematiche; tuttavia gli ostacoli organizzativi interni alle aziende possono trovare efficace superamento solo attraverso soluzioni specificamente progettate per ciascuna di esse.

La riprogettazione degli assetti organizzativi delle funzioni contabili in sottosistemi coerenti con il nuovo impianto amministrativo (5), così come la ridefinizione delle procedure informative che alimentano le scritture contabili sono infatti scelte strettamente correlate:

— al più generale assetto organizzativo dell'azienda;

— all'articolazione territoriale e logistica dell'azienda;

— alle caratteristiche del sistema informativo esistente.

Linee di comportamento omogenee sono pertanto proponibili solo in termini generali e di metodo e, pertanto, interventi a stimolo e a supporto della rapida implementazione della CEP possono essere ricondotti alla promozione di iniziative finalizzate:

— allo scambio di esperienze tra le aziende;

— a guidare il processo operativo di avvio e sviluppo del sistema da parte del livello regionale attraverso l'identificazione di aziende «pilota»;

— alla diffusione delle conoscenze di base sulle caratteristiche del nuovo sistema di rilevazione e di rappresentazione della situazione economica patrimoniale e finanziaria delle aziende sia tra coloro che dovranno gestire operativamente il sistema contabile, sia tra coloro che sono responsabili di influenzare, attraverso l'esercizio delle proprie funzioni direzionali, il formarsi dei valori economici rappresentati.

Si ritiene per contro, in questa prima fase, maggiormente utile fornire alcuni contributi operativi sugli altri aspetti problematici segnalati e, specificamente, finalizzati al rafforzamento della CEP attraverso la costruzione di stru-

menti che consentano un immediato ed efficace uso dei valori economici generati dal nuovo sistema di rilevazione.

Tali strumenti operativi sono riconducibili a tre ambiti progettuali:

— la costruzione di un *corpus* di principi contabili di generale accettazione;

— la definizione di efficaci schemi di bilancio;

— la specificazione degli strumenti di lettura della *performance* aziendale.

2. I principi contabili per le aziende sanitarie pubbliche

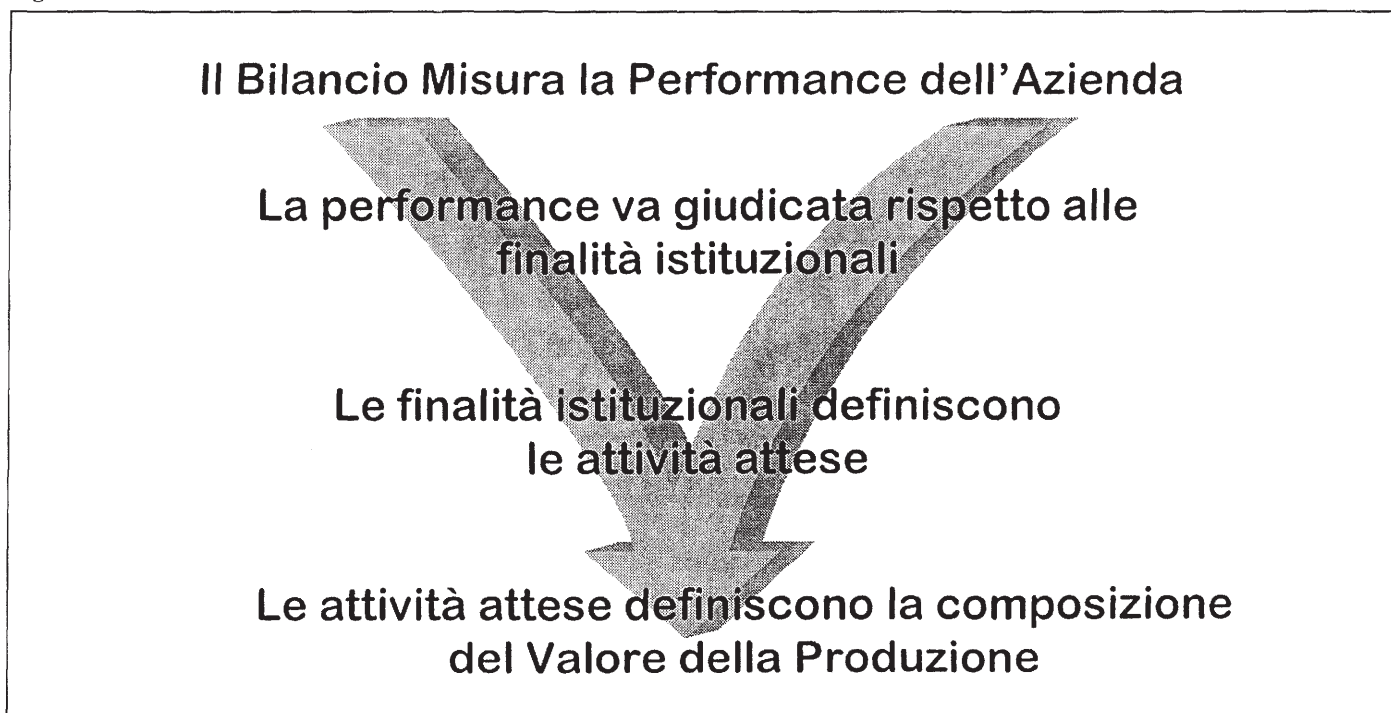
La necessità di un corpus di principi di riferimento che possano affiancare il dettato della legislazione commerciale al fine di garantire uniformità di recepimento dei principi di corretta rappresentazione (definiti in Italia dal codice civile e dalle direttive europee *man mano recepite*) è sempre stata una esigenza molto rilevante nel mondo delle aziende dotate di CEP. Le caratteristiche del sistema di rilevazione e la struttura delle informazioni da garantire con il bilancio di esercizio non sono infatti sufficienti a determinare quella omogeneità di interpretazione e uniformità di comportamento necessari alla produzione di sintesi adeguatamente comprensibili a soggetti esterni all'azienda.

Ciascun paese ha risposto a tale esigenza principalmente con il coinvolgimento delle associazioni e degli ordini professionali competenti in materia contabile al fine di produrre un *corpus* di principi atti a guidare i comportamenti degli operatori e a definire modalità di attuazione dei principi generali stabiliti dalle normative nazionali.

Senza volersi soffermare in questa sede sulle caratteristiche tecniche dei principi contabili, vale tuttavia la pena sottolineare come essi costituiscano:

— elemento assolutamente necessario in un settore, come quello sanita-

Figura 1



rio pubblico, caratterizzato da peculiarità rilevanti che possono inficiare la significatività dei valori iscritti in bilancio qualora non si prevedano comportamenti contabili uniformi. Ci si riferisce in particolare:

a) alla necessità di effettuare la prima iscrizione in bilancio di attività di uso sanitario di cui non esiste una valutazione di mercato (immobili ospedalieri) o la cui acquisizione è significativamente lontana nel tempo;

b) alla mancanza dei meccanismi di mercato, con i correlati supporti informativi e documentali, per la determinazione dei valori;

— principi di riferimento che, seppur non dotati di forte valenza giuridica, sono riconosciuti punti di riferimento in materia e la loro violazione, pur possibile e consentita, sia assolutamente eccezionale.

La costruzione di appositi principi contabili per le aziende sanitarie pubbliche appare una assoluta necessità al fine di dare quell'omogeneità di inter-

pretazione alle norme contabili e quell'uniformità ai contenuti dell'informativa esterna che sono condizioni imprescindibili per una reale adozione dell'informativa economica e patrimoniale nel sistema.

A tal fine un ruolo prezioso potranno assumerlo i revisori dei conti delle aziende che, dotati delle professionalità specialistiche, potranno costituire da un lato una valida garanzia della corretta interpretazione dei principi e dall'altro potranno rappresentare la fonte del dibattito sui principi che dovranno essere ridefiniti o adattati per il settore sanitario pubblico.

3. Gli schemi di bilancio per le aziende sanitarie

La natura del risultato economico delle aziende sanitarie pubbliche è tema che non ha trovato ancora una chiara e diffusa definizione. Sebbene alcuni contributi teorici siano già apparsi nel dibattito (6), il trattamento

del risultato di esercizio è un aspetto su cui vi è meno chiarezza in assoluto, sia nelle norme nazionali che in quelle regionali attuative.

Ciò non stupisce, il significato del risultato di esercizio per aziende che

a) non operano in contesto di mercato e quindi non vedono espresso direttamente il valore economico del risultato della propria attività e

b) non hanno finalità di produzione di reddito, deve essere necessariamente ridefinito in una chiave coerente con tali caratteristiche.

Il risultato netto di esercizio per le aziende sanitarie pubbliche, se ben descrive nel lungo periodo la capacità di mantenere le condizioni di equilibrio economico complessivo da parte dell'azienda, diviene una misura insufficiente a descrivere le modalità con cui questo equilibrio viene perseguito.

Le aziende di produzione economica, contraddistinte dalla finalità istituzionale primaria di remunerare al me-

glio i fattori della produzione, trovano nel risultato netto la misura più importante per osservare la capacità dell'azienda di remunerare i conferenti il capitale di rischio: tale misura è quindi la misura cardine che sintetizza il raggiungimento delle finalità dell'azienda di produzione economica.

Le aziende sanitarie pubbliche sono invece contraddistinte da finalità che solo parzialmente sono osservabili dal punto di vista economico: più in particolare le modalità con cui l'equilibrio economico di lungo periodo viene perseguito non sono neutrali rispetto al raggiungimento delle finalità istituzionali. Basti pensare al paradosso di aziende che pur di mantenere l'equilibrio economico, o peggio di garantire risultati positivi, riducono i servizi erogati al di sotto delle aspettative della collettività: tali aziende sicuramente non garantiscono il raggiungimento delle finalità istituzionali.

Il metodo di rilevazione su cui si basa la CEP, infatti, assume che i valo-

ri accolti quali componenti positivi del risultato (tolte le varie scritture di assestamento) misurino direttamente l'utilità che viene erogata all'esterno: assunzione questa che viene a cadere nel caso di aziende che trovano i finanziamenti per la sopravvivenza con meccanismi diversi da quello di mercato, siano pure di tipo capitaro o tariffario.

L'osservazione del risultato netto deve essere quindi accompagnata da altri strumenti che meglio aiutano a rappresentare le modalità di raggiungimento delle condizioni di equilibrio (o squilibrio) dell'azienda sanitaria pubblica.

Tali strumenti si riconducono a due tipologie:

— la costruzione di adeguati schemi di bilancio (Conto economico, Stato patrimoniale e Tavola dei flussi finanziari);

— l'utilizzo del Bilancio preventivo al fine di aiutare il giudizio sulla componente non rilevata dalla CEP dei risultati aziendali.

Il Conto economico

L'apprezzamento delle condizioni di equilibrio (o squilibrio) aziendale deve essere ricostruita sia nella dimensione economica che in quella finanziaria. A tal fine è necessario prevedere, in linea con l'evoluzione di tutte le normative in materia, tavole distinte per la situazione economica e per quella finanziaria.

Per ciò che attiene al Conto economico, la natura delle aziende sanitarie pubbliche impone una attenta verifica della modalità con cui la formazione del risultato di esercizio viene rappresentata. Gli schemi generalmente adottati per le aziende di produzione trovano infatti i criteri progettuali nella comprensione della dinamica economica di tale classe di aziende: le peculiarità delle aziende sanitarie pubbliche impongono alcuni interventi.

Tali interventi si possono ricondurre a due distinte problematiche:

Figura 2

- **Produzione generica per propri cittadini sulle diverse funzioni**
 - ⇨ Prodotta dall'azienda
 - ⇨ Prodotta da altre aziende
- **Produzione aggiuntiva per propri cittadini**
 - ⇨ Remunerata a tariffa
 - ⇨ Remunerata tramite prezzi (aggiuntiva al FSR)
- **Produzione per altri cittadini remunerata**
 - ⇨ SSR
 - ⇨ Resto del SSN + privati extraregionali
- **Produzione di beni patrimoniali**
- **Produzione per attività non caratteristiche (non legate alle finalità istituzionali)**

1) la assoluta priorità delle attività sanitarie riguardo al raggiungimento delle finalità istituzionali: il giudizio sulla *performance* dell'azienda si basa principalmente sulla capacità di svolgere attività utili nel campo sanitario. Gli schemi di bilancio dovranno pertanto separare nettamente i risultati dell'attività sanitaria (per ciò che attiene al conto economico) e le condizioni produttive fisse che attono a tali attività (per ciò che attiene allo Stato patrimoniale);

2) una volta isolata la «gestione sanitaria» occorre definire ciò che va a costituire risultato dell'azienda, ossia ciò che deve essere inglobato nell'aggregato del Valore della produzione.

Questo secondo punto merita alcuni approfondimenti. La nozione di Valore della produzione impone di inglobare in tale aggregato il valore di tutto ciò che l'azienda produce dal punto di vista economico e cede all'esterno (fatte salve le produzioni patrimoniali e le rimanenze di prodotti finiti che non paiono rilevanti nell'attività sanitaria). Tale aggregato viene poi raffrontato con i Costi della produzione, che infatti costituiscono i costi sostenuti per garantire la cessione dell'aggregato precedente.

Il Valore della produzione, in altre parole, costituisce la misura del valore di ciò che l'azienda, nell'esercizio della sua responsabilità e autonomia, produce, è pertanto una grandezza:

— il cui valore assoluto può essere grandezza significativa per apprezzare la dimensione quantitativa dell'azione aziendale;

— che definisce gli ambiti da considerarsi sotto il controllo e quindi la responsabilità dell'azienda.

Ciò significa che i fenomeni che vengono lasciati al di fuori di tale aggregato non possono essere considerati sotto la responsabilità dell'attività aziendale.

Questo ragionamento, al di là dell'apparente astrazione, ha riflessi operativi molto significativi. Basti pensare alle conseguenze sul sistema delle responsabilità dell'adozione di alternative soluzioni tecniche nel trattamento dei finanziamenti e dei costi relativi ai servizi erogati da strutture private a cittadini assistiti dal SSN. Ad esempio, qualora si ritenga l'azienda USL ove risiede il cittadino, garante e quindi responsabile, della tutela della sua salute, indipendentemente dalla struttura che eroga le prestazioni, allora l'aggregato Valore della produzione assume il significato di «valore della produzione che i cittadini appartenenti alla USL ricevono e di cui l'azienda è responsabile». Qualora invece le USL non debbano essere responsabilizzate sulla tutela della salute dei cittadini e quindi debbano essere responsabilizzate solo sulle prestazioni da esse direttamente erogate, il Valore della produzione dovrà trovare iscritto solo il valore delle attività effettivamente garantite ed erogate dall'azienda.

Appare subito evidente come il tema contabile sia strettamente correlato con il sistema di finanziamento che regola i vari sistemi regionali: di fatto la previsione di regole sulla allocazione e trasferimento del FSR inglobano già in sé le scelte riguardo la responsabilità delle aziende (le loro finalità istituzionali).

Lo schema di bilancio deve quindi costituire lo strumento per formalizzare e misurare tali responsabilità.

Appare quindi appropriata la possibilità, lasciata a ciascuna Regione, di dettare la struttura del Conto economico delle proprie aziende: la possibilità di costruire differenti modelli regionali in relazione alle differenti modalità di recepimento dei dettati in tema di finanziamento e assetto delle aziende USL e ospedaliere deve infatti trovare

un coerente strumento di rappresentazione economica.

Ciononostante appare comunque imprescindibile la necessità di garantire una sufficiente omogeneità alla struttura dei bilanci delle aziende pubbliche al livello nazionale. È pertanto utile che gli schemi regionali possano essere raccordati con uno schema nazionale che nella sua generalità accolga tutte le possibilità lasciate alla discrezionalità regionale.

La figura 3 riporta una proposta di schema di Conto economico per le Aziende USL che si giudica coerente con tale impostazione.

Si segnala brevemente come la necessità di produrre sintesi di bilancio in forma differente non debba però rendere più difficoltoso il processo operativo di implementazione del sistema di rilevazione nelle aziende. A tal fine occorre segnalare come il Piano dei conti possa utilmente assolvere alla funzione di strumento di classificazione sufficiente a garantire una pluralità di sintesi di bilancio. Le modalità di raccordo tra gli schemi regionali e lo schema nazionale possono essere formalizzate e trasmesse alle aziende all'interno di un piano minimo regionale che costituisce la base per la costruzione del piano dei conti operativo delle aziende (7).

La previsione di finanziamenti alle Aziende USL attraverso meccanismi di definizione di quote capitarie (a disposizione sia delle strutture di offerta interne alla USL che di strutture di offerta esterne: aziende ospedaliere e strutture private) fa propendere per la necessità di uno schema di bilancio che identifichi nel Valore della produzione, il valore di ciò che la cittadinanza riceve. L'articolazione di tale aggregato deve consentire di identificare ciò che viene garantito ai propri cittadini nell'ambito della garanzia pubblica da ciò che viene erogato nell'ambito di meccanismi di scambio indivi-

Figura 3

A	VALORE DELLA PRODUZIONE	B2	Costi prestazioni sanitarie a valenza di Fattore produttivo da aziende Extraregionali
A1	Trasferimenti da Regione o altri enti	B2	Acquisto servizi di ricerca
A1	Utilizzo trasferimenti per obiettivi	B2	Acquisto di servizi non sanitari
A1	Utilizzo trasferimenti da riserva per eventi straordinari	B2	Costi per utenze
	Totale A1	B2	Costi per godimento di beni di terzi
A2	Ricavi per prestazioni aggiuntive e integrative a RESIDENTI	B2	Personale ruolo sanitario
	Totale A2	B2	Personale ruolo professionale
A3	Mobilità attiva intraregionale	B2	Personale ruolo tecnico
A3	Mobilità attiva extraregionale	B2	Personale ruolo amministrativo
A3	Ricavi per prestazioni aggiuntive e integrative a NON RESIDENTI	B2	Altro personale (religioso, tirocinanti ...)
	Totale A3	B2	Costi amministrativi e generali
A4	Costi capitalizzati	B2	(Concorsi e recuperi) Con segno opposto
	Totale A4		Totale B2
A5	Rendite derivanti da utilizzo patrimonio	R2	Differenza A - (B1 + B2)
A5	Altri proventi non caratteristici	B3	Ammortamenti
	Totale A5	B3	Accantonamenti
A	Totale Valore della Produzione		Totale B3
			Totale B
B	COSTI DELLA PRODUZIONE	R3	Differenza tra valore e costi della produzione A - B
B1	Mobilità passiva su pubblico intraregionale	C	GESTIONE FINANZIARIA
B1	Mobilità passiva su privato intraregionale		(Oneri finanziari)
B1	Mobilità passiva su pubblico extraregionale		Interessi attivi
B1	Mobilità passiva su privato extraregionale		Entrate varie
B1	Rimborsi assistiti		Totale C
B1	Farmaceutica in convenzione assistiti RESIDENTI	D	GESTIONE STRAORDINARIA
B1	Farmaceutica in convenzione assistiti NON RESIDENTI		Minusvalenze
B1	Assistenza medicina generale convenzionata		Plusvalenze
B1	Assistenza specialistica in convenzione		Rettifiche di valore di attività finanziarie
B1	Altri servizi sanitari in convenzione		(Sopravvenienze e insussistenze)
	Totale B1		Utilizzo trasferimenti interventi straordinari squilibri di spesa (storici e attuali)
R1	Differenza A - B1		Totale D
B2	Acquisti di esercizio	R4	Risultato lordo A - B + (saldo C) + (saldo D)
B2	Variazione rimanenze	E	IMPOSTE E TASSE
B2	Costi per servizi di manutenzione e riparazione		
B2	Costi per servizi economici appaltati	RN	RISULTATO NETTO
B2	Costi prestazioni sanitarie a valenza di Fattore produttivo da aziende pubbliche della stessa regione		
B2	Costi prestazioni sanitarie a valenza di Fattore produttivo da aziende private della stessa regione		

duale (prestazioni a pagamento) e di separare le prestazioni ricevute da altri soggetti esterni alla cittadinanza di riferimento delle USL.

D'altro canto l'aggregato non deve accogliere quei componenti positivi di risultato non correlati a Valore economico prodotto. Ci si riferisce in particolare:

— alla voce Concorsi e recuperi erroneamente inserito nel Valore della produzione anche dallo schema di Conto economico emanato dal Ministero, ma che costituisce invece una rettifica dei costi della produzione in quanto identifica il recupero di costi a carico di soggetti terzi (personale ecc.);

— a tutti gli eventuali contributi straordinari volti a riequilibrare situazioni strutturalmente svantaggiate (sia in termini di spesa storica difficilmente aggiustabile nel breve periodo che di dotazioni di personale e di attività fisse sovradimensionate). Contributi speciali possono essere accolti nel Valore della produzione solo se la loro erogazione è correlata all'attribuzione di un Valore per la collettività derivante dall'uso di tali contributi: si pensi a contributi al fine di mantenere funzioni di assistenza che, per caratteristiche della specifica azienda, altrimenti verrebbero abbandonate in quanto eccessivamente dispendiose (nell'ambito del sistema di finanziamento adottato). In tal caso infatti viene riconosciuto un valore all'esistenza della funzione che il sistema di finanziamento erroneamente non riconoscerebbe. Al fine di garantire una maggiore chiarezza si raccomanda che questi ultimi contributi non vengano chiamati «straordinari», ma in modi differenti, ad esempio «speciali», «per funzioni», «di riequilibrio strutturale», ecc.

I costi della produzione quindi dovranno accogliere i costi di tutte queste prestazioni, con la netta distinzione tra le prestazioni che la USL si limi-

ta a garantire ai cittadini (attraverso i finanziamenti a lei attribuiti) ma acquisisce da altre strutture (prodotti finali) dai costi necessari a organizzare ed produrre i servizi erogati direttamente dall'azienda (ivi compresi i servizi acquisiti da terzi che costituiscono solo un fattore produttivo di un servizio più ampio: ad esempio le prestazioni diagnostiche nell'ambito di un ricovero ospedaliero).

La Tavola dei flussi di cassa

Così come il Conto economico rappresenta la somma dei flussi economici (valore delle risorse utilizzate e valore dei «prodotti» ceduti) dell'azienda, la Tavola dei flussi finanziari rappresenta la dinamica finanziaria che ha interessato l'azienda.

L'abbandono della contabilità finanziaria di tipo autorizzativo permette di focalizzarsi sulle grandezze economiche, indipendentemente dal momento del sostenimento della relativa uscita monetaria. Il sistema della CEP fornisce però anche gli strumenti per osservare la dinamica finanziaria dell'azienda; lo Stato patrimoniale e la Tavola dei flussi finanziari permettono infatti di apprezzare la situazione finanziaria e patrimoniale dell'azienda.

La previsione che molte Regioni hanno inserito nella normativa contabile dell'obbligatorietà della tavola appare appropriata:

— per l'esigenza di una completa informativa esterna;

— per la particolare criticità della dinamica monetaria nel gruppo di aziende pubbliche, strettamente condizionato dal sistema di trasferimento delle risorse finanziarie dal livello statale a quello regionale.

La figura 4 riporta una proposta di tavola dei flussi finanziari per le aziende sanitarie pubbliche coerente con tale impostazione.

Il Bilancio economico preventivo annuale

La chiarezza della natura dei valori accolti in bilancio e dei correlati contenuti di responsabilità appare ancor più rilevante considerando il bilancio preventivo economico annuale.

La funzione del bilancio preventivo economico annuale infatti va considerata osservando:

— che non è più presente nel sistema dei bilanci economici la funzione autorizzativa che caratterizza la contabilità pubblica;

— che il bilancio preventivo economico annuale è previsto come documento a valenza esterna all'azienda.

Il preventivo economico quindi:

— non costituisce un vicolo formale all'azione amministrativa della dirigenza delle aziende;

— non può essere semplicemente uno strumento a supporto dei processi di programmazione e controllo interni all'azienda, affidati invece ai sistemi di tipo budgetario di cui le aziende devono dotarsi autonomamente.

Esso invece, proprio in coerenza con le due caratteristiche appena citate, trova una funzione fondamentale e necessaria al modello aziendale che si sta delineando nel ruolo di:

1) espressione delle responsabilità aziendali per l'esercizio di riferimento. Le responsabilità economiche, data la natura delle aziende, devono essere accompagnate dalla definizione degli obiettivi che non sono rilevati direttamente dal sistema di finanziamento e quindi non sono inglobati nel significato dei valori accolti in bilancio. In tal senso il preventivo deve assolvere la fondamentale funzione di oggettivazione dei valori;

2) espressione delle condizioni che il sistema istituzionale (la Regione in particolare) si impegna a garantire per il raggiungimento di tali finalità (ammontare dei finanziamenti, tempi di erogazione delle risorse, conferi-

menti al Patrimonio netto delle aziende ecc.);

3) verifica, a livello di consolidato regionale, delle condizioni di fattibilità e di coerenza generale degli obiettivi delle aziende pubbliche. Gli obiettivi aziendali trovano infatti un limite nella disponibilità di risorse che è una variabile non modificabile all'interno di un esercizio (ad esempio non è possibile che tutte le aziende pubbliche migliorino il saldo netto di mobilità nei confronti delle altre aziende pubbliche della stessa regione);

4) strumento per verificare annualmente la coerenza dell'azione dell'Alta direzione delle aziende con la macro-programmazione regionale, ossia per verificare il rapporto fiducioso che lega l'Alta direzione delle aziende e il livello istituzionale che l'ha nominata.

Per assolvere tali funzioni il Bilancio preventivo deve possedere alcune caratteristiche:

1) deve rappresentare i risultati aziendali in coerenza con le finalità istituzionali dell'azienda. A tal fine valgono le considerazioni a proposito dello schema di conto economico di cui al paragrafo precedente;

2) deve contenere l'espressione degli obiettivi che l'azienda intende perseguire (e su cui si fa garante) riguardo a quei fenomeni che non sono direttamente rilevabili dal sistema dei valori della CEP e quindi non rintracciabili nei contenuti delle tavole di bilancio. Questi contenuti si ritiene debbano essere oggetto di una apposita relazione programmatica che costituisca parte integrante del bilancio preventivo;

3) deve essere, nella sua versione definitiva, frutto di un accordo tra la Direzione dell'azienda (che deve ritenere il contenuto del bilancio preventivo un obiettivo sul cui raggiungimento si assume la responsabilità) e il livello regionale che:

— deve garantire alcune delle condizioni esterne all'azienda ma inserite nel bilancio preventivo,

— deve valutare la *performance* dell'azienda sulla base di obiettivi responsabilizzanti.

Il processo di costruzione e definizione del preventivo economico, pur essendo uno degli elementi meno sviluppati nelle normative regionali, è invece un elemento cardine per dare al

processo di aziendalizzazione quella trasparenza che costituisce la base per una reale evoluzione del sistema.

4. Analisi dell'efficienza dell'efficacia delle aziende sanitarie tramite quozienti di bilancio

La determinazione di indici basati sui valori di bilancio (siano essi preventivi o consuntivi) può assolvere a due funzioni principali:

Figura 4 - Tavola dei flussi di cassa

<i>Flusso di CCN prodotto dalla gestione corrente</i>	
Valore della produzione	_____
Costi della produzione	_____
(Ammortamento delle immobilizzazioni e accantonam.)	_____
Flusso di CCN prodotto dalla gestione caratteristica corrente	_____
CCN prodotto dalla gestione finanziaria.....	_____
CCN prodotto da gestione patrimoniale corrente.....	_____
CCN prodotto da gestione tributaria	_____
CCN prodotto dalla gestione straordinaria.....	_____
Flusso di CCN generato dalla gestione corrente	_____
<i>Variazioni nella composizione di CCN prodotte dalla gestione corrente</i>	
Variazione crediti correnti verso la Regione.....	_____
Variazione altri crediti correnti	_____
Variazione debiti correnti	_____
Variazione rimanenze	_____
Variazione ratei e risconti	_____
Variazione CCN esclusa la liquidità	_____
<i>Flusso di cassa generato dalla gestione corrente</i>	
Flusso di cassa prodotto dalla cessione di immobilizzazioni caratteristiche.....	_____
Flusso di cassa prodotto dalla cessione di immobilizzazioni da reddito	_____
Flusso di cassa prodotto dalla gestione dei finanziamenti a m/l termine.....	_____
Fabbisogni di cassa derivanti dall'acquisizione di immobilizzazioni caratteristiche	_____
Flusso di cassa prodotto dai finanziamenti in c/investimento che non comportano incrementi di PN	_____
<i>Flusso di cassa al lordo delle variazioni di PN</i>	
Flusso di cassa prodotto dalla variazione di PN	_____
<i>Totale flussi di cassa netti</i>	
Cassa iniziale	_____
<i>Fabbisogno/Eccesso di cassa</i>	
Anticipazioni di tesoreria finali	_____
<i>Saldo finale di cassa</i>	

— fornire una più immediata rappresentazione di alcune grandezze rilevanti al fine di valutare la situazione economica, finanziaria e patrimoniale dell'azienda anche in chiave prospettica;

— favorire la comparazione tra realtà aziendali simili in quanto appartenenti, ad esempio, ad uno stesso settore di attività.

In realtà, il confronto, fra grandezze descrittive del sistema dei valori di realtà aziendali molto complesse, può avvenire (salvo incorrere in facili errori interpretativi) solo dopo aver acquisito una buona conoscenza delle dinamiche economiche ed operative da cui i valori traggono origine. Si ritiene, conseguentemente, che l'obiettivo della comparazioni tra indici di aziende diverse possa essere perseguito proprio partendo dalla ricostruzione di un modello interpretativo del funzionamento di queste ultime.

La letteratura aziendale in materia propone un'ampia gamma di modelli

descrittivi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali delle imprese. Da questi si è preso spunto per proporre un analogo schema di lettura per le aziende sanitarie pubbliche, siano esse Ospedali o USL. La consapevolezza che le condizioni di funzionamento delle imprese (manifatturiere, bancarie, commerciali, ecc.) sono e resteranno diverse per molti aspetti da quelle delle aziende sanitarie, alcune specificità sono state introdotte, soprattutto in termini di significati da attribuire ai diversi indici proposti.

La validazione empirica del modello interpretativo proposto potrà quindi costituire la necessaria premessa all'attivazione dei confronti fra singoli indici di aziende diverse.

Il significato segnaletico degli indici di bilancio

L'analisi per indici di efficienza e di efficacia appare come una piramide

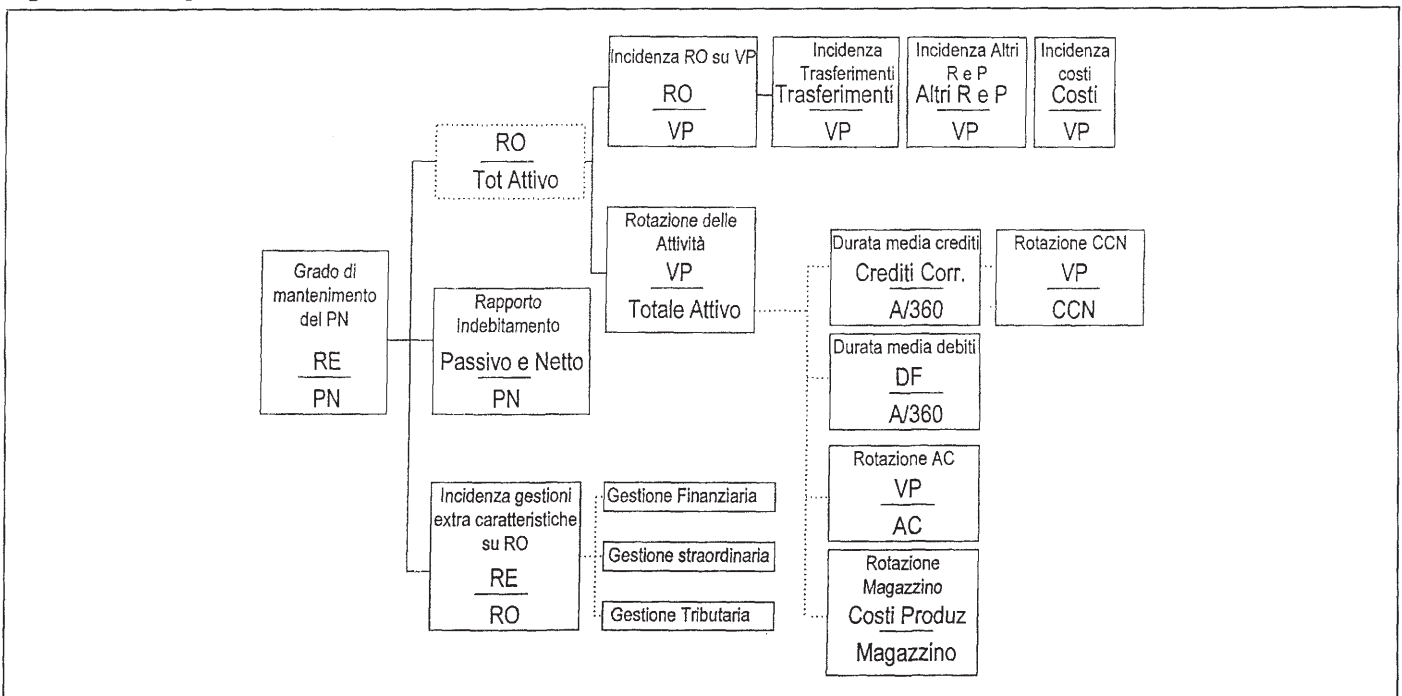
che, avendo per vertice un indice globale, riassuntivo della *performance* aziendale, si sviluppa gradualmente in serie coordinate di quozienti elementari esprimendo indizi o sintomi che si riferiscono ad aspetti particolari della gestione. Il legame che unisce tra loro i diversi quozienti può essere sia aritmetico sia, talora, di ordine logico. Lo sviluppo dei quozienti, da quello maggiormente sintetico a quelli sempre più analitici, riflette il procedimento pratico di indagine che, partendo da un sintomo globale, si svolge mediante la ricerca dei suoi fattori determinanti.

Il modello proposto è sinteticamente rappresentato in figura 5.

L'economicità dell'azienda sanitaria

Si è fissato il punto di partenza, ossia di massima sintesi, dell'analisi per indici di efficienza e di efficacia nel Grado di mantenimento del Patrimonio netto, indice determinato dal rap-

Figura 5 - Analisi per indici di efficienza e di efficacia delle Aziende sanitarie (tramite i Valori di bilancio)



porto fra il risparmio di esercizio e il patrimonio netto aziendale, ossia:

$$\frac{RE}{PN}$$

dove:

RE = Risparmio (positivo o negativo) generato nell'esercizio;

PN = Patrimonio netto dell'azienda.

Si precisa che si è utilizzato il termine Risparmio in luogo del più comune Reddito proprio per evidenziare il diverso fine istituzionale che caratterizza un'azienda sanitaria pubblica da un'impresa pur operante nel settore sanitario. Si potrebbe in ogni caso utilizzare il più generico termine di Risultato d'esercizio.

A prescindere da questioni terminologiche, appare evidente la necessità di esplicitarne un significato profondamente diverso da quello assunto dall'omologo indice, spesso determinato per le imprese, di Remunerazione del capitale investito. Per la categoria di aziende qui considerata, si può più correttamente parlare di capacità di mantenimento dell'integrità del valore del Patrimonio aziendale o, ancor meglio, di garantire un fisiologico sviluppo allo stesso, condizione quest'ultima spesso necessaria per il raggiungimento delle finalità istituzionali. Obiettivo minimale di ogni azienda del settore considerato dovrebbe essere quello di garantire un *trend* tendente a zero per l'indice considerato.

In una prima disaggregazione, il quoziente precedente può essere utile spiegato dai risultati economici derivanti dalle attività tipiche dell'azienda, ossia dalla sua gestione caratteristica, integrati dall'incidenza delle altre componenti del Risultato economico d'esercizio siano esse derivanti da operazioni di gestione straordinaria o dalla particolare struttura finanziaria adottata.

Algebricamente, l'indice sintetico è la risultante del prodotto dei seguenti quozienti esprimanti gli effetti dei tre fattori richiamati:

1) l'indice di Variazione lorda dei mezzi impiegati;

2) il Rapporto di indebitamento;

3) l'Incidenza degli oneri e proventi estranei alla gestione caratteristica.

L'indice di Variazione lorda dei mezzi impiegati è dato dal rapporto fra il Risultato operativo e il Totale delle attività dell'azienda rilevabili dallo Stato Patrimoniale; algebricamente:

$$\frac{RO}{\text{Totale attivo}}$$

dove:

RO = Risultato operativo d'esercizio pari alla differenza tra Valore e Costo della Produzione (inclusa la gestione patrimoniale).

È un indice che poco aggiunge, per le aziende in esame, a quanto descritto dall'indice di massima sintesi. In particolare, fornisce una misura della capacità di mantenimento dei mezzi complessivamente impiegati nell'azienda attraverso la sola gestione caratteristica e, quindi senza ricorso ad operazioni straordinarie e/o finanziarie.

Il Rapporto di indebitamento, è dato dal rapporto tra il totale del passivo e il patrimonio netto aziendale; algebricamente:

$$\frac{\text{Totale passivo}}{PN}$$

È un indice molto grezzo del peso delle fonti di finanziamento esterne all'azienda (ad esempio da fornitori). Se utilizzato autonomamente, è forse più significativo valutato al suo reciproco.

Quanto più elevato risulta il rapporto in esame, tanto maggiore è la dipen-

denza dell'azienda dai terzi finanziatori e quindi il rischio finanziario.

L'esame del rapporto predetto prescinde da qualsiasi considerazione sull'onerosità dei finanziamenti ottenuti, limitandosi a mettere in luce il solo effetto strutturale. Per completare lo studio della gestione occorre considerare quindi gli oneri e i proventi extra gestione caratteristica, tra i quali una particolare attenzione solitamente rivestono quelli derivanti dalla gestione finanziaria.

Il rapporto Incidenza degli oneri e proventi extra gestione caratteristica sul reddito operativo, è algebricamente inserito nel modello attraverso il suo complementare:

$$\frac{RE}{RO}$$

Tale rapporto è uguale a uno nel caso in cui non vi siano componenti di reddito estranei alla gestione caratteristica oppure quando i predetti componenti negativi e positivi si elidano tra loro. È superiore ad uno quando i proventi da gestione non caratteristica risultano in un certo periodo superiori ai correlati oneri.

In particolare, questo indice risulta condizionato da operazioni attinenti:

- la gestione finanziaria,
- la gestione straordinaria,
- la gestione tributaria.

Può quindi costituire un importante segnale di operazioni poste in essere per politiche di bilancio e/o per bilanciare risultati d'esercizio altrimenti negativi o, ancora, per compensare insufficienze nei finanziamenti. Una valutazione più accorta dei documenti di bilancio dovrà pertanto portare ad approfondire il fenomeno in oggetto.

La gestione caratteristica

L'indice che esprime la Variazione lorda dei mezzi impiegati può a sua volta costituire il punto di partenza per

un'analisi più in dettaglio della gestione caratteristica.

Due possono essere le determinanti:

— l'incidenza relativa delle diverse componenti del valore della produzione (trasferimenti, altri ricavi e proventi della gestione caratteristica e patrimoniale, costi della gestione caratteristica e patrimoniale);

— il Tasso di rotazione delle attività.

Il primo gruppo di determinanti può essere rappresentato sinteticamente con un indice complessivo intermedio, algebricamente:

$$\frac{RO}{VP}$$

dove:

VP = Valore della produzione.

Tale indice assume significato soprattutto in relazione alle sue componenti ancor più analitiche e specificamente:

$$\frac{\text{Proventi per trasferimenti}}{VP}$$

$$\frac{\text{Altri R e P del VP}}{VP}$$

$$\frac{\text{Costi della produzione (di gest. carat. e patr)}}{VP}$$

Ricorrendo a dati extracontabili sarebbe poi possibile approfondire l'analisi scomponendo l'ultimo dei tre precedenti indici nelle sue ulteriori componenti, ad esempio distinguendo tra costi fissi e costi variabili (appare tuttavia una possibilità limitata ad analisti interni all'azienda e difficilmente alla portata di analisti esterni).

Infine, il Tasso di rotazione delle attività, riflette la quantità di Patrimonio necessaria per ogni lira prodotta, algebricamente:

$$\frac{VP}{\text{Totale attivo}}$$

Questo indice appare un indicatore importante dell'efficienza strutturale dell'azienda e potrebbe quindi costituire un valido strumento per confrontare soluzioni istituzionali diverse, ad esempio in termini di dimensionamento delle aziende e/o di capacità di conseguire economie di scala.

Anche questo indice che autonomamente appare più significativo al reciproco, può essere ulteriormente interpretato attraverso altre grandezze che descrivono l'andamento dei diversi elementi, attivi e passivi, del Capitale circolante netto.

La figura 5 fornisce anche una prima rappresentazione di tali ulteriori indici per la cui determinazione occorrono, tuttavia, informazioni aggiuntive rispetto a quelle contenute nelle Tavole dello stato patrimoniale e del Conto economico.

Per quanto riguarda le componenti determinanti il tasso di rotazione delle attività, un primo indice da considerare attentamente è il tasso di rotazione dell'attivo circolante:

$$\frac{VP}{AC}$$

dove VP rappresenta il valore della produzione e AC l'attivo circolante (liquidità immediate, liquidità differite, disponibilità). Questo tasso di rotazione fornisce una misura globale del conveniente impiego di mezzi finanziari negli elementi dell'attivo circolante che sono strettamente connessi con la gestione caratteristica. Per ottenere un giudizio più dettagliato sui diversi impieghi di attivo circolante può essere opportuno anche interpretare i sintomi derivanti da questi rapporti:

a) tasso medio di rotazione del magazzino:

$$\frac{\text{Costi della produzione}}{\text{Disponibilità di magazzino}}$$

b) durata media dei crediti:

$$\frac{CC}{VP/360}$$

dove CC rappresenta i crediti verso clienti, mentre al denominatore è posta una stima del valore della produzione giornaliero.

Corrispondentemente, considerando anche le passività, assumono rilevanza i seguenti indici:

c) tasso di rotazione del capitale circolante netto:

$$\frac{VP}{CCN}$$

dove VP rappresenta il valore della produzione e CCN il capitale circolante netto (attività correnti meno passività correnti);

d) durata media dei debiti:

$$\frac{DF}{A/360}$$

dove con DF si indicano i debiti verso fornitori e con A gli acquisti di materie prime complessivamente effettuati nell'esercizio.

Valore strumentale dell'analisi per indici di efficienza e di efficacia

Completata, con gli indicatori più rappresentativi, l'analisi per indici di efficienza e di efficacia delle AS, è ora possibile precisare meglio il suo valore strumentale, cioè gli scopi per i quali essa può essere convenientemente costruita ed impiegata.

In generale si può affermare che può venire utilizzata:

a) per facilitare l'interpretazione di un bilancio di esercizio (analisi statica);

b) per studiare gli andamenti trascorsi della gestione, considerando una serie storica di bilanci di esercizio (analisi di statica comparata);

c) per verificare la coerenza delle scelte prese in sede di programmazione di esercizio con gli obiettivi economico-finanziari prestabiliti.

Al primo scopo si è già fatto cenno sostenendo che uno schema che coordina tra loro indici e prospetti desunti dal bilancio favorisce al «lettura» di quest'ultimo.

Quanto all'analisi di statica comparata, appare evidente che essa non costituisce che una estensione «temporale» dello scopo precedente. Invece di un solo bilancio di esercizio, se ne utilizza una serie, estesa per un periodo più o meno lungo, al fine di individuare gli andamenti degli indici. Si possono così desumere interessanti sintomi sulle modifiche della gestione economico-finanziaria.

Se la sintesi è stata fin qui considerata come strumento interpretativo del bilancio o dei bilanci consuntivi e costruita quindi con dati consuntivi, ciò non vuol dire che tale strumento non possa essere convenientemente impiegato anche in sede di programmazione di esercizio. La definizione di un programma operativo di gestione (*budget* di esercizio) si conclude con la redazione di un bilancio preventivo che sintetizza, in termini economico-finanziari, le scelte operate. Una analisi per indici che coordini quozienti o indici desunti dal bilancio preventivo, nonché dalla situazione patrimoniale di fine periodo, permette al soggetto operativo di verificare se le scelte di programma di esercizio siano coerenti

con gli obiettivi prestabiliti dall'azienda.

(1) Nel testo si fa riferimento al concetto economico di utilità, ossia di valore soggettivamente assegnato ad un bene o servizio dal suo utilizzatore in relazione alla idoneità qualitativa del bene o servizio stesso a soddisfare un bisogno.

(2) Sul tema si veda Anessi-Zavattaro (1994).

(3) A titolo esemplificativo, costituisce un esempio significativo della problematica descritta l'attivazione di forme di controllo degli ordini.

(4) La letteratura economico-aziendale ha ampiamente trattato il tema dei meccanismi di cessione nelle aziende delle diverse specie. In particolare si distinguono i meccanismi basati su scambi tipici, caratteristici delle imprese, da quelli basati su scambi atipici o quasi-scambi, caratteristici delle aziende pubbliche che acquisiscono, in misura più o meno ampia, le risorse anche attraverso forme indirette di finanziamento (tra cui rientrano attualmente tutte le aziende sanitarie pubbliche. Sul tema si vedano Airoidi-Brunetti-Coda (1989) e Anessi-Zavattaro (1994).

(5) Sulla lettura in sottosistemi delle funzioni contabili per tutti si veda Saita (1993).

(6) Si veda sul tema Anessi-Zavattaro (*Mecosan* 10, 1994).

(7) Per una proposta di Piano dei conti si veda Anessi-Battaglia-Labela (*Mecosan* 20, 1996).

BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V., *Lezioni di economia aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1989.
- ANESSI PESSINA E., BATTAGLIA G., LABELLA L., *Una proposta di piano dei conti per le aziende ospedaliere pubbliche*, *Mecosan* 20, 1996.
- ANESSI PESSINA E., ZAVATTARO F., *Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel S.s.n.*, *Mecosan* 10, 1994.
- ANTHONY R.N., *Contabilità e bilancio: uno schema concettuale*, Franco Angeli, Milano, 1994.
- BRUNETTI G., *Contabilità e bilancio d'esercizio*, Etas Libri, Milano, 1994.
- BRUNETTI G., CODA V., BERGAMIN BARBATO M., *Indici di bilancio e flussi finanziari. Strumenti per l'analisi della gestione*, Etas Libri, Milano, 1991.
- BRUNETTI G., CODA V., FAVOITO F., *Analisi previsioni simulazioni economico finanziarie d'impresa*, Etas Libri, Milano, 1990.
- CARAMEL R., COOPERS & LYBRAND, *Il bilancio delle imprese*, Il Sole 24 Ore libri, Milano, 1994.
- CODA V., FRATTINI G., *Valutazioni di bilancio*, Libreria Universitaria Editrice, Venezia, 1990.
- DEVECCHI C. (a cura di), *Analisi di bilancio*, voll. I e II, Giappichelli, Milano, 1993.
- DEVECCHI C., GUERINI D., ALOI F., *La lettura del bilancio di esercizio*, a cura di A. PROVASOLI e C. DEVECCHI, Unicopli, Milano, 1987.
- FRATTINI G., *Contabilità e bilancio: logica delle rilevazioni e delle determinazioni di sintesi*, Egea, Milano, 1994.
- LUPPI F., *Analisi dei bilanci aziendali*, Giuffrè, Milano, 1994.
- MORANDI A., *Il bilancio: disciplina civilistica e fiscale*, Giuffrè, Milano, 1994.
- SAITA M., *Il sistema civilistico, contabilità e bilancio*, Elemond, Milano, 1993.
- SALAFIA V., RIZZARDI R., ONETO C., *Il nuovo bilancio di esercizio. Principi civilistici, aspetti contabili e profili fiscali*, IST, 1994.
- SORDINI M., *Contabilità e bilancio d'azienda*, Etas Libri, Milano, 1994.
- SUPERTI FURGA F., *Il bilancio di esercizio italiano secondo la normativa europea*, Giuffrè, Milano, 1994.
- TEODORI C., *La costruzione e l'analisi dei flussi finanziari e monetari. Il rendiconto finanziario*, Giappichelli, Torino, 1994.

IL COSTO SOCIALE DELLA SCHIZOFRENIA. UNA RASSEGNA RAGIONATA DELLA BIBLIOGRAFIA

di Roberta Montanelli, Rosanna Tarricone

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodi - 3. Risultati - 4. Conclusioni.

In common with other chronic illness, schizophrenia places a major economic burden on society, in terms of direct costs (health care resources consumption), indirect costs (production losses) and intangible costs (deterioration of patients' and caregivers' quality of life). Of the psychiatric illness, schizophrenia is by far the most costly: it develops early in life, results in high morbidity, and is associated with a high suicide rates. Recently, several analysis have been carried out to elicit the economic costs of the illness. The principal aim of these studies is to provide decision-makers with some reliable data on the costs of schizophrenia in order to support the health-related decision-making process. However, methodological shortcomings in carrying out Cost-of-Illness (COI) analysis can create confusion and mislead decision-makers. The present paper aims to review some of the most recently published works on the economic costs of schizophrenia in order to highlight the different methodological approaches used by the authors. Large differences have been actually found in estimating the direct and indirect costs of the illness, preventing thus any comparison between the studies. Besides, some of the approaches used by the analysts have been considered not properly corrected and consistent with the COI methodology.

1. Introduzione

La schizofrenia è una patologia molto diffusa tra le malattie mentali ed è probabilmente la più costosa per la società nel suo complesso (Andreasen, 1991). È una malattia cronica che si manifesta in età giovanile, impedendo, molto spesso, a coloro che ne sono affetti, di entrare a far parte del mondo del lavoro e di crearsi una propria famiglia. Deteriora la qualità di vita dei pazienti e dei familiari che sono spesso costretti a sostenere elevati costi economici oltre che psicologici. Gli schizofrenici infatti, sono pazienti che necessitano di assistenza continua garantita in genere da un familiare che può vedersi costretto ad abbandonare o a ridurre la quantità di tempo dedicata al lavoro e/o al tempo libero. Le persone colpite da questa malattia, inoltre, possono diventare violente contro se stesse (fino ad arri-

vare al suicidio) e contro gli altri provocando danni a cose e a persone.

Studi di valutazione economica condotti in diversi paesi europei e negli Stati Uniti d'America (USA) hanno stimato il costo sociale della schizofrenia evidenziando il peso economico rilevante che la società sopporta per la diagnosi e cura della malattia.

L'obiettivo principale delle analisi di costo sociale delle malattie è quello di quantificare il peso economico che la società nelle sue diverse componenti (paziente, familiari, SSN), sostiene a causa di una specifica malattia. Lo scopo è quello di fornire al decisore politico informazioni, che insieme ai più tradizionali dati epidemiologici di mortalità e morbilità, possono supportare il processo decisionale in ambito sanitario (Drummond, 1993; Henkel, 1994; Cavallo e Tarricone, 1996). La metodologia più utilizzata per stimare il costo sociale di una patologia si basa

sulla teoria del capitale umano secondo la quale il valore economico della vita degli individui è ben approssimato dal contributo che essi danno all'economia del Paese attraverso lo svolgimento del proprio lavoro. L'obiettivo implicito nella teoria del capitale umano è quello della massimizzazione della ricchezza della nazione. La produttività marginale di ciascun lavoratore è misurata dal reddito lordo percepito e la mancata produzione dovuta all'inabilità al lavoro viene quindi misurata come somma dei redditi futuri scontati per ottenere un valore attuale. La teoria del capitale umano ha ispirato molte delle prime valutazioni economiche condotte negli anni sessanta (Fein, 1958; Mushkin e Collings, 1959; Weisbrod, 1962; Klarman, 1964; Rice, 1966) anche se alcuni fanno risalire le sue origini al XVII secolo (Petty, 1699). La teoria del capitale umano è stata successivamente

criticata da alcuni economisti (Mishan, 1988; Jones-Lee, 1989) e il suo impiego nell'ambito delle analisi di costo sociale delle malattie scoraggiato (Shiell *et al.*, 1987). La maggiore critica rivolta all'approccio del capitale umano è che esso non affonda le sue radici in nessuna teoria economica (si fa riferimento in particolare all'economia del benessere) e che la valutazione della mancata produzione sulla base del reddito lordo percepito dai lavoratori discrimina sensibilmente tra i lavoratori fornendo valori diversi — a parità di condizioni — in base al tipo di lavoro svolto. Un'ulteriore discriminazione si verifica a sfavore di coloro che svolgono attività lavorative non retribuite (es. casalinghe, volontari) o di coloro che non appartengono al mercato del lavoro (es. bambini, disoccupati, anziani). L'analisi economica che viene suggerita in alternativa al costo sociale è l'analisi costi-benefici che affondando le sue radici nell'economia del benessere considera e massimizza il benessere dei singoli individui attraverso la valutazione implicita o esplicita della loro disponibilità a pagare per un determinato bene o servizio. Ciò che conta non è la mancata produzione per la società a causa di una malattia ma quanto gli individui che fanno parte di quella società sono disposti a pagare per ridurre il rischio di contrarre quella malattia (Jones-Lee, 1989). Se si condivide il fatto che le risorse pubbliche devono essere allocate sulla base della volontà espressa dalla collettività di riferimento, allora l'analisi costo-beneficio è sicuramente superiore all'analisi di costo sociale. Gli individui non hanno alcuna possibilità di esprimere le loro preferenze nell'ambito delle analisi di costo sociale e si vedono attribuire dei valori economici sulla base del ruolo occupazionale svolto nella società. Tuttavia, l'analisi costo-beneficio soffre di severe limitazioni quando applicata

nella realtà. Difficoltà notevoli sono state riscontrate nella valutazione delle disponibilità a pagare. Le valutazioni implicite — generalmente basate sull'osservazione del comportamento umano di fronte a situazioni di rischio — danno valori estremamente differenti e presuppongono inoltre la perfetta razionalità degli individui nella scelta del comportamento da adottare. Le valutazioni esplicite soffrono invece 1) dei *bias* che difficilmente è possibile eliminare quando si procede alla stesura dei questionari (es. diverse strutturazioni di una stessa domanda possono dare risposte completamente diverse); 2) del fatto che gli individui intervistati spesso tendono a dare risposte non perfettamente coincidenti con il loro comportamento reale perché nutrono delle aspettative sull'utilizzo delle risposte date che distorce l'analisi e, infine 3) del fatto che la disponibilità a pagare espressa dagli individui è fortemente influenzata dalla loro capacità a pagare.

Tuttavia, gli ultimi sviluppi nella metodologia utilizzata per valutare la disponibilità a pagare degli individui nei più recenti studi lasciano sperare per un più ampio utilizzo dell'analisi costo-beneficio quale strumento di supporto per l'allocazione delle risorse pubbliche (Nord *et al.*, 1995). Il ruolo dell'analisi del costo sociale delle malattie rimane comunque fondamentale a parere degli autori se si considera che il suo obiettivo non è esclusivamente quello di supportare il processo decisionale circa l'allocazione delle risorse scarse. L'analisi di costo sociale in primo luogo fornisce informazioni circa il valore economico totale assorbito dall'esistenza e dal trattamento di una malattia permettendo comparazioni con altre malattie (Borronovi e Dellamano, 1983). La distinzione tra i costi diretti (spese mediche e non mediche per la diagnosi e il trattamento della malattia) e i costi indi-

retti (mancata produzione per la società dovuta alla malattia) fornisce inoltre informazioni supplementari sulle malattie portando all'attenzione del decisore politico patologie che nonostante non presentino elevati costi diretti impongono però rilevanti costi sociali ai pazienti e ai familiari in termini di tempo lavorativo perso e/o tempo libero sacrificato per l'assistenza. Molte malattie mentali rientrano in questa categoria (Cavallo e Fattore, 1994).

L'analisi di costo sociale fornisce implicitamente informazioni circa i livelli di efficienza organizzativa e/o produttivi dell'assistenza sanitaria nel Paese oggetto di studio. La valutazione economica dei costi diretti dipende infatti dall'organizzazione delle strutture sanitarie e l'analisi di queste strutture al fine di determinare i costi dell'assistenza, può mettere in luce eventuali sacche di inefficienza stimolando processi di produzione tesi al raggiungimento di più elevati livelli di efficienza. Infine, la determinazione dei costi sociali dà indicazioni forti circa i benefici — in termini di costi evitati — che si possono ottenere riducendo l'incidenza della malattia. Le analisi di costo sociale sono infatti spesso considerate utili punti di partenza per successive analisi di valutazione economica (es. analisi di costo-efficacia, costo-utilità) (Tarricone *et al.*, 1994).

Le analisi di costo sociale vengono condotte distinguendo tra tre tipologie di costo: i costi diretti, i costi indiretti e i costi intangibili.

I costi diretti riguardano le spese mediche e non mediche direttamente attribuibili alla diagnosi, al trattamento e alla riabilitazione della malattia. Tra le prime ci sono ad esempio il consumo di farmaci, i ricoveri ospedalieri, i test diagnostici, le diverse strategie riabilitative e il costo per la ricerca, mentre il trasporto del pazien-

te è un esempio delle spese non mediche.

I costi indiretti si riferiscono invece alla ridotta o mancata produzione per la società a causa della malattia. La morte prematura, la cessazione dell'attività lavorativa, l'assenteismo e/o la ridotta produttività sul lavoro hanno come conseguenza una riduzione della produzione per la società che non si sarebbe verificata in assenza della specifica malattia e che quindi deve essere quantificata e attribuita alla stessa per misurare l'impatto totale che la malattia ha sulla società.

I costi intangibili non sono definibili chiaramente. Sono identificabili in tutti quegli aspetti di deterioramento della qualità della vita dei pazienti e dei suoi familiari e amici a causa della malattia. Il deterioramento dei rapporti sociali, l'isolamento, l'angoscia sono tutti elementi che certamente riducono la qualità della vita di un paziente ma che tuttavia sono di difficile misurazione. Per questo motivo l'analisi dei costi intangibili è raramente effettuata nell'ambito degli studi di costo sociale delle malattie e laddove questi vengano considerati non sono mai tradotti in valori monetari.

Gli studi di costo sociale possono essere di prevalenza o di incidenza.

Gli studi di prevalenza misurano il valore delle risorse consumate o prodotte a causa della malattia durante un determinato periodo di tempo (es. un anno) che prescinde dall'insorgenza della malattia stessa. I risultati degli studi di prevalenza forniscono quindi informazioni sul costo sociale indotto dall'esistenza e dal trattamento di una malattia.

Gli studi di incidenza si focalizzano invece su quei casi che hanno sviluppato la malattia per la prima volta in un determinato periodo di tempo. I pazienti vengono quindi seguiti per tutta la vita o comunque fino alla scomparsa della malattia valutando il costo

delle risorse consumate nel periodo di riferimento a causa della malattia stessa.

Gli studi di costo sociale possono essere infine, prospettici o retrospettivi. Gli studi prospettici identificano e misurano le risorse sanitarie e non sanitarie consumate dai pazienti e dai loro familiari sulla base di informazioni raccolte prospetticamente in un periodo di tempo definito a priori. Gli studi prospettici sono spesso più costosi e complessi di quelli retrospettivi ma si rendono necessari tutte le volte che i dati per la quantificazione dei costi non sono già disponibili. I dati sui consumi raccolti attraverso studi prospettici hanno inoltre il vantaggio di essere generalmente più affidabili rispetto a quelli raccolti retrospettivamente nel senso che rispondono maggiormente alle esigenze dei ricercatori misurando effettivamente ciò che si vuole misurare. Gli studi retrospettivi si basano invece su dati già raccolti. Hanno il vantaggio di essere meno costosi di quelli prospettici. Tuttavia, i dati possono essere stati raccolti per scopi diversi da quelli propri dell'analisi di costo sociale e aver privilegiato quindi un certo tipo di informazioni spesso non rilevante per gli obiettivi dello studio.

Nel presente lavoro sono stati analizzati alcuni studi di costo sociale della schizofrenia. Obiettivo principale della rassegna bibliografica è quello di analizzare la metodologia utilizzata dai diversi autori per stimare il costo sociale della schizofrenia al fine di comparare i risultati finali ottenuti nei diversi studi. L'analisi comparativa risulta chiaramente interessante perché mette in luce le differenze nel costo che una specifica malattia impone sulla società tra i diversi Paesi e nel tempo. L'analisi di queste differenze diventa strumento importante per una migliore comprensione delle determinanti del costo della malattia e

di quali possono essere eventualmente le leve da utilizzare per ridurre il peso economico. Tuttavia, bisogna sottolineare che le analisi comparative devono essere considerate con cautela poiché le differenze tra i risultati degli studi di costo sociale spesso riflettono i diversi livelli di efficienza produttiva dei sistemi sanitari nei Paesi dove gli studi sono stati condotti. Le analisi comparative possono inoltre perdere di qualsiasi significato se le metodologie utilizzate per il calcolo dei costi diretti e/o indiretti sono diverse. Scopo del presente lavoro è proprio quello di evidenziare i differenti approcci metodologici utilizzati dagli autori degli studi in modo da fornire un'analisi critica dei diversi risultati.

2. Metodi

Gli studi di costo sociale della schizofrenia analizzati nel presente lavoro sono tutti quelli presenti fino al settembre 1996 nelle banche dati Medline e HealthPlan.

In particolare il periodo preso in considerazione per la ricerca degli studi in Medline si riferisce agli anni dal 1993 al settembre 1996 mentre un periodo di tempo più lungo è stato considerato per Health Plan: 1985-1995 (dal 1996 Health Plan è stata sostituita con Health Star).

Le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica sono state *Cost of Illness* (costo sociale) e *Schizophrenia*.

Le segnalazioni bibliografiche individuate, una volta eliminate le duplicazioni, sono state 61, di cui 52 in lingua inglese, 7 in tedesco, una in francese e una in norvegese. Dei 61 articoli individuati 30 sono stati pubblicati negli Stati Uniti, 10 in Inghilterra, 10 in Germania, 4 in Danimarca, 2 in Canada e gli altri 5 rispettivamente in

Francia, Norvegia, Olanda, Irlanda e Nuova Zelanda.

Gli articoli analizzati nel presente lavoro sono stati ulteriormente selezionati sulla base 1) della lingua; sono stati scelti cioè gli studi pubblicati in inglese; e 2) dell'aderenza o meno alle caratteristiche proprie delle analisi di costo sociale discusse precedentemente. Sono stati esclusi quindi gli articoli che riportavano dati parziali, riferiti solo a specifiche componenti di costo.

Gli articoli così individuati erano otto. Quattro erano studi di costo sociale condotti rispettivamente negli Stati Uniti (Wyatt *et al.*, 1995), nel Regno Unito (Davis e Drummond, 1990), in Porto Rico (Rubio Stipek *et al.*, 1994) e in Olanda (Evers e Ament, 1995). I restanti quattro riguardavano approfondimenti di aspetti metodologici o presentavano risultati di rassegne bibliografiche (McGuire, 1991; Wasylenki, 1994; Rupp e Keith, 1993; Martin 1995). Questi ultimi articoli sono stati quindi esclusi dalla nostra analisi, ma sono stati utilizzati i riferimenti bibliografici per ricercare altre pubblicazioni di interesse per il nostro studio. La ricerca delle citazioni bibliografiche è stata effettuata anche in relazione ai primi quattro articoli.

In particolare, gli articoli trovati sulla base dei riferimenti bibliografici sono stati tre: due condotti negli Stati Uniti (Gunderson e Mosher, 1975; Muller e Caton, 1983) e uno in Australia (Andrews *et al.*, 1985).

In conclusione, la nostra analisi si è concentrata su sette lavori condotti negli Stati Uniti (Gunderson e Mosher, Muller e Caton, Wyatt), nel Regno Unito (Davis e Drummond), in Olanda (Evers e Ament), in Australia (Andrews *et al.*) e in Porto Rico (Rubio Stipek *et al.*).

3. Risultati

La presentazione dei risultati degli studi selezionati è stata condotta a partire dall'articolo meno recente.

Il lavoro di Gunderson e Mosher (Gunderson e Mosher, 1975) sul costo sociale della schizofrenia è stato condotto negli USA nel 1971. È uno studio retrospettivo, basato su dati di prevalenza.

Nell'ambito dei costi diretti gli autori hanno preso in considerazione e successivamente stimato i consumi delle seguenti risorse (1):

- ospedalizzazione;
- servizi sanitari ambulatoriali;
- attività di rieducazione ed inserimento sociale;
- spese sostenute dal governo federale per la costruzione di centri di salute mentale sul territorio e per il personale medico e non medico operante nei centri;
- spese per la ricerca.

In particolare, il costo dell'ospedalizzazione è stato calcolato utilizzando dati forniti da fonti ufficiali a livello nazionale e/o pubblicati in letteratura. Il costo dei servizi sanitari erogati in regime ambulatoriale è stato stimato utilizzando i dati di attività e di costo indicati in rapporti ufficiali sul tasso di utilizzo dei servizi psichiatrici nel 1971. Il costo relativo all'attività di reinserimento sociale è stato valutato moltiplicando il numero totale dei pazienti schizofrenici residenti nei centri di rieducazione per il costo medio annuo pro-capite ricavato da un altro studio condotto nel Massachusetts.

Il costo per la costruzione di strutture per i malati di mente e per il personale in esse impiegato è stato stimato utilizzando dati di costo ricavati da fonti ufficiali e di letteratura. L'attribuzione degli stessi ai pazienti schizofrenici è stata effettuata proporzionalmente alla percentuale di schizofrenici sul totale dei pazienti che utilizzano tali servizi.

Infine, i costi per la ricerca sulla schizofrenia si riferiscono alle spese sostenute per la ricerca da due specifici istituti: National Institute of Mental Health (NIMH) e dalla Scottish Rite Foundation.

I costi indiretti sono stati stimati valutando la perdita di produttività dei pazienti schizofrenici. L'analisi di tali costi è stata condotta seguendo due approcci diversi.

Nel primo caso l'analisi è stata effettuata sulla base di dati aggregati pubblicati dal NIMH nel 1968 circa il costo sociale delle malattie mentali. In particolare dall'analisi risultava che il costo sociale delle malattie era pari a \$21 miliardi e che \$17 miliardi (81%) erano quelli relativi alla mancata produzione. Dei 17 miliardi 15 (88%) erano stati attribuiti ai pazienti non ricoverati e 2 (12%) a quelli ricoverati. Gli autori hanno ipotizzato che il 50% dei costi indiretti totali stimati nello studio del NIMH sia imputabile ai pazienti schizofrenici per un totale di \$8,5 miliardi e, lasciando invariate le proporzioni del suddetto studio, \$7,5 miliardi sono stati attribuiti ai pazienti non ricoverati mentre \$1 miliardo a quelli ricoverati.

Nel secondo approccio, gli autori hanno ipotizzato che il 75% dei pazienti schizofrenici sia disoccupato, per un totale di 3-4 milioni di persone. Prendendo in considerazione il valore più basso (3 milioni) e sottraendo ad esso il numero di pazienti casalinghe (stimate in 1 milione), il numero totale di disoccupati schizofrenici considerati dagli autori è pari a 2 milioni. Si è ipotizzato inoltre che qualora questi pazienti avessero lavorato, un numero maggiore di essi avrebbe svolto lavori di basso profilo professionale rispetto alla popolazione generale. Per questo motivo il valore di reddito utilizzato dagli autori è pari al 50% (\$5,000) del reddito medio annuale nazionale pro-capite. Il costo indiretto relativo ai pa-

zienti non ricoverati è quindi pari a \$10 miliardi mentre, la perdita di produzione imputabile ai pazienti ricoverati è stata stimata pari a \$1,4 miliardi. Anche per questi pazienti gli autori hanno utilizzato un valore di reddito pari alla metà di quello medio nazionale.

I costi indiretti totali possono quindi variare da un minimo di \$8,5 miliardi a un massimo di \$11,4 miliardi a seconda dell'approccio considerato.

L'ultima categoria di costi presa in considerazione riguarda la spesa pubblica sostenuta dalle agenzie per gli

aiuti ai disabili e ai malati mentali che è stata stimata sulla base di dati forniti dalle agenzie stesse.

Il costo sociale della schizofrenia negli Stati Uniti nel 1971 è stato valutato dagli autori variabile tra \$11,6-19,5 miliardi (nella tabella 1 vengono riportati i dati della stima meno conservativa in quanto indicata dagli stessi autori come la più attendibile).

Il lavoro di Muller e Caton (Muller e Caton, 1983) è uno studio basato su dati raccolti prospetticamente su 119 pazienti schizofrenici dimessi da quat-

tro ospedali della città di New York e seguiti per un periodo di 12 mesi a partire dalla loro dimissione.

Tra i costi diretti gli autori hanno considerato l'ospedalizzazione e l'utilizzo dei servizi ambulatoriali.

Le informazioni sul consumo di queste risorse sanitarie sono state ricavate da dati raccolti nelle diverse strutture sanitarie di offerta; mentre la valorizzazione economica dell'assorbimento delle risorse si è basata su dati di costo raccolti dal Dipartimento di salute mentale dello stato di New York e da Medicaid della città di New York,

Tabella 1

Tipo di studio	Gunderson e Mosher		Muller e Caton		Andrews et al.		Davies e Drummond				Rubio-Stipek et al.				Evers e Ament		Wyatt et al.	
	prevalenza retrospettivo		prevalenza prospettico		incidenza retrospettivo		prevalenza retrospettivo	incidenza retrospettivo	prevalenza retrospettivo	incidenza retrospettivo	prevalenza retrospettivo	incidenza retrospettivo	prevalenza retrospettivo	incidenza retrospettivo	prevalenza retrospettivo	incidenza retrospettivo	prevalenza retrospettivo	incidenza retrospettivo
Popolazione studiata	Stati Uniti		119 pazienti New York		NSW (Australia)		Regno Unito		Regno Unito		Porto Rico		Porto Rico		Olanda		Stati Uniti	
Anno di riferimento	1971		1983 (pubbl.)		1985		1987		1987		1984		1984		1989		1991	
	milioni \$	%	\$ pro capite	%	milioni \$75	%	milioni sterline	%	milioni sterline	%	milioni \$	%	milioni \$	%	milioni fiorini	%	milioni \$	%
<i>Costi diretti</i>																		
Ricoveri in ospedale.....	3.900	20	5.105	37	x		x		x						638,8	76	10.820	
Visite ambulatoriali.....	100	0,5	2.020	15	x		x		x					62,9	7	1.200		
Visite medico di base.....							x		x					1,8	0,2			
Centri diurni.....							x		x					9,2	1			
Ricoveri in istituti.....							x		x					9,3	1	5.840		
Case protette.....														47,5	6	410		
Servizi infermieristici.....							x		x									
Servizi sociali.....							x		x									
Centri reinserimento sociale.....	x																	
Farmaci.....																		
Ricerca.....	20	0,1					x		x					8,6	1	115		
Personale e strutture.....	80	0,4																
Abuso di sostanze.....																		
Crimini.....																		300
Suicidi.....																		2.000
Minimo vitale.....																		190
Totale costi diretti.....	4.100	21	7.125	52	24,62	18	310	19	305	25	20	33	36	13,5	778,1	92,2	18.600	29
<i>Costi indiretti</i>																		
Mancata produzione.....	11.400	58													58,7	7		
Assenteismo.....															6,9	0,8		
Totale costi indiretti.....	11.400	58	6.593	48	114,33	82	1.296	81	899,4	75	40	67	230	86,5	65,6	7,8	46.500	71
<i>Altro</i>																		
Assistenza pubblica.....	4.000	21																
Totale altro.....	4.000	21																
Totale costo sociale.....	19.500	100	13.718	100	138,95	100	1.606	100	1.204,4	100	60	100	266	100	843,7	100	65.200	100

N.B. La presenza della x nelle caselle indica le voci di costo considerate di cui però non sono stati indicati i valori specifici. Nel lavoro di Rubio-Stipek et al. non sono state specificate le voci di costo considerate.

quali fornitori principali dei suddetti servizi.

I costi indiretti sono stati calcolati sulla base della mancata produzione a causa della malattia. In particolare, la mancata produzione per la società è stata valorizzata come differenza tra il reddito che i pazienti avrebbero percepito se non fossero stati affetti da schizofrenia e il reddito reale percepito dai pazienti e registrato nell'anno successivo alla loro dimissione dall'ospedale.

Il reddito ipotetico è stato calcolato per classi di età, sesso e razza tenendo conto per ciascuna classe del tasso di partecipazione al mercato del lavoro, del tasso di disoccupazione e del tasso di impiego *part-time*.

Il tempo perso dalle casalinghe a causa della malattia è stato valorizzato utilizzando il reddito medio di un lavoratore *full time* della corrispondente classe demografica.

I risultati dello studio sono stati presentati come valori di costo procapite. In particolare i costi diretti ammontano a \$7.125 per paziente di cui \$2.020 (28%) per le prestazioni ambulatoriali e \$5.105 (72%) per l'ospedalizzazione, mentre i costi indiretti sono pari a \$6.593 per paziente di cui \$5.760 (87%) per mancato reddito e \$833 (13%) come valore del tempo perso dalle casalinghe a causa della malattia. Il costo sociale della schizofrenia risulta così pari a \$13.718 per paziente.

Nell'articolo di Andrews *et al.* (Andrews, Hall, Goldstein, Lapsey, Bartels, Silove, 1985) sono riportati i risultati di uno studio di incidenza sul costo sociale della schizofrenia condotto in Australia, nello stato del New South Wales (NSW).

L'analisi dei costi si basa sull'ipotesi che i pazienti schizofrenici assorbono quantità diverse di risorse in base al differente decorso della malattia.

In particolare, gli autori — sulla base di dati di letteratura — hanno identificato tre possibili situazioni:

— decorso buono caratterizzato da un solo episodio di schizofrenia che richiede 60 giorni di ricovero, sei visite mediche, sei mesi di cure e sei mesi fuori dal mercato del lavoro a causa della malattia;

— decorso medio caratterizzato da una necessità di ricovero pari a quella media annua generale, sei visite mediche all'anno, cure continue per il resto della vita e permanenza nel mercato del lavoro per soli quattro mesi all'anno dopo il primo ricovero;

— decorso povero caratterizzato da una probabilità di ricovero all'anno doppia rispetto alla media generale, inabilità al lavoro, visite mediche mensili e cure continue fuori dall'ospedale.

È stata fatta inoltre l'ipotesi che tutti gli schizofrenici abbiano avuto dei prodromi della malattia prima dell'anno di insorgenza della malattia stessa.

Sulla base del parere fornito da un *panel* di esperti gli autori hanno stimato che il 25% dei pazienti schizofrenici ha un decorso buono, il 40% un decorso medio e il 35% un decorso povero.

Dal registro dei ricoveri nei centri psichiatrici (istituzioni psichiatriche statali, ospedali psichiatrici, privati convenzionati, SPDC) tenuto dal Ministero della sanità e dall'Istituto nazionale di statistica sono stati ricavati il numero medio di nuovi casi in un anno e il tasso annuo di ricovero negli anni dal 1974 al 1977. I dati di costo utilizzati per valutare l'assorbimento di risorse nelle tre situazioni descritte sopra si riferiscono a dati di letteratura o contenuti in pubblicazioni ufficiali. In particolare, dal rapporto sulla morbilità degli ospedali del NSW e dal registro dei ricoveri, è stata ricavata la durata media di un ricovero del paziente schizofrenico, mentre il

costo della giornata di ricovero è stato tratto da uno studio condotto in un ospedale psichiatrico pubblico.

Il costo di una visita medica è stato invece stimato utilizzando i dati forniti dal Ministero della sanità australiano.

Un tasso di sconto pari al 6% è stato utilizzato per l'attualizzazione dei dati di costo e, non essendo disponibili dati sulla speranza di vita della specifica coorte, sono stati utilizzati i dati presentati in uno studio che riguarda una coorte simile osservata per 30 anni dopo la prima ospedalizzazione.

Come per l'assorbimento di risorse sanitarie, anche per la stima dei costi indiretti sono state fatte delle ipotesi relative alle diverse tipologie di pazienti. Il mancato reddito pro-capite è stato infatti calcolato per età, per sesso e per decorso della malattia ed è stato moltiplicato per il numero di nuovi casi di quel tipo.

Lo studio ha portato alla definizione del costo sociale *lifetime* della schizofrenia che risulta pari a circa \$138,95 milioni di cui \$24,62 (18%) milioni sono i costi diretti (ricoveri e visite mediche) e \$114,33 (82%) milioni sono i costi indiretti (mancato reddito del paziente) della malattia (tabella 1).

Davis e Drummond (Davis e Drummond, 1990) hanno condotto nel Regno Unito due studi retrospettivi sul costo sociale della schizofrenia: uno basato su dati di prevalenza ed uno su dati di incidenza, stimando così il costo della schizofrenia in un anno e quello *lifetime*.

Le voci di costo considerate nello studio di prevalenza concernevano i costi diretti sanitari e i costi indiretti calcolati sulla base della mancata produzione a causa della malattia.

Tra i costi diretti sono stati considerati i ricoveri in ospedale e in istituti, le visite ambulatoriali e quelle dei medici di base, l'attività prestata nei cen-

tri diurni, i servizi sociali e infermieristici e la terapia farmacologica.

Gli autori hanno stimato l'assorbimento medio di risorse socio-sanitarie di un paziente schizofrenico e ne hanno calcolato il costo (1.670 sterline) basandosi su informazioni ricavate da pubblicazioni del Ministero della sanità e da studi condotti da altri autori.

Il costo diretto totale annuo imputabile alla schizofrenia è stato quindi stimato moltiplicando il costo medio di un paziente per la prevalenza dei pazienti schizofrenici trattati (esclusi cioè i pazienti non trattati o non diagnosticati), ed è risultato pari a 310 milioni di sterline nel 1987.

Per quanto riguarda l'analisi dei costi indiretti, gli autori hanno ipotizzato che il 70-80% degli schizofrenici sia disoccupato e che il 20% di questi (escluse le casalinghe) sarebbero stati fuori dal mercato del lavoro anche se non fossero stati schizofrenici. Sulla base di queste ipotesi è stato quantificato il numero totale dei pazienti schizofrenici disoccupati (111.000) e il costo totale indiretto è stato calcolato moltiplicando il numero totale di disoccupati per il reddito medio annuo pro capite a livello nazionale, pari a 11.650 sterline nel 1987. Il costo indiretto totale è pari a 1.296 milioni di sterline nel 1987.

Il costo sociale della schizofrenia risulta così pari a circa 1.606 milioni di sterline, di cui solo il 19% è attribuibile ai costi diretti (tabella 1). Dati diversi di prevalenza sono stati usati per condurre un'analisi di sensitività dalla quale è risultato che il costo totale della schizofrenia può variare da 997 milioni di sterline a 2.714 milioni di sterline per l'anno 1987.

Anche nello studio di incidenza sono stati considerati i costi diretti sanitari e i costi indiretti calcolati sulla base della mancata produzione a causa della malattia.

Per calcolare il costo sociale *lifetime* sono state individuate quattro categorie di pazienti a seconda del tipo di decorso della malattia (es. gruppo 1: un singolo episodio di schizofrenia con una durata media di 22 settimane; gruppo 2: episodi di grave intensità per meno di un anno ecc.) ed è stata stimata una distribuzione dei pazienti tra le diverse categorie (es. gruppo 1: 19%; gruppo 2: 30% ecc.).

I costi diretti sanitari *lifetime* sono stati calcolati ipotizzando un consumo medio di risorse per classi di pazienti e attualizzando i valori al 1987.

Anche per il calcolo del costo indiretto *lifetime* gli autori hanno dovuto fare delle ipotesi circa il tempo lavorativo perso dai pazienti nell'arco della loro vita. Il reddito medio annuo pro capite a livello nazionale è stato utilizzato per la quantificazione monetaria.

Il costo diretto *lifetime* per la coorte individuata utilizzando un dato medio di incidenza della schizofrenia è risultato pari a 305 (25%) milioni di sterline, il costo indiretto totale *lifetime* per la coorte è pari a 899,4 milioni di sterline (75%) ed il costo totale della schizofrenia risulta quindi pari a 1.204,4 milioni di sterline (tabella 1).

Anche in questo caso è stata condotta un'analisi di sensitività utilizzando diversi tassi di incidenza dalla quale risulta che il costo totale della schizofrenia *lifetime* varia da 769,4 milioni di sterline a 1.745,6 milioni di sterline (attualizzato al 1987).

Il lavoro di Rubio-Stipec, Stipec e Canino (Rubio-Stipec, Stipec, Canino, 1994) è stato condotto in Porto Rico nel 1984 e presenta il costo sociale della schizofrenia in un anno (sulla base del dato di prevalenza) e *lifetime* (sulla base del tasso di incidenza).

I costi diretti imputabili alla schizofrenia sono stati calcolati utilizzando un dato di costo complessivo, complessivo cioè di tutti le prestazioni sa-

nitarie erogate ai pazienti schizofrenici così come fornito dall'Agenzia per le malattie mentali.

I costi indiretti sono stati invece calcolati moltiplicando il numero dei pazienti schizofrenici per un valore di reddito medio aggiustato per tenere conto della perdita di produzione dovuta alla malattia.

Il costo sociale *lifetime* è stato calcolato moltiplicando il costo sociale relativo ad un anno per la speranza di vita dei pazienti schizofrenici. Un tasso di sconto del 4% è stato utilizzato per attualizzare i dati al 1984.

Il costo sociale della schizofrenia in un anno risulta pari a circa \$60 milioni di cui \$40 milioni (67%) dovuti ai costi indiretti e \$20 milioni (33%) ai costi diretti.

Il costo sociale *lifetime* è invece pari a circa \$266 milioni di cui \$230 milioni (88%) per i costi indiretti e \$36 milioni (12%) per i costi diretti.

Il lavoro di Evers e Ament (Evers e Ament, 1995) si riferisce ad uno studio di costo sociale retrospettivo condotto in Olanda nel 1989 e basato su dati di prevalenza.

Tra i costi diretti sono state considerate: le visite dei medici di medicina generale, le visite specialistiche ambulatoriali, il trattamento farmacologico, i ricoveri nelle diverse strutture di degenza (ospedali generici, ospedali psichiatrici) e le attività terapeutiche e riabilitative svolte nei centri diurni e nelle case protette.

I dati di costo e quelli relativi all'assorbimento delle risorse sanitarie da parte dei pazienti schizofrenici sono stati ricavati da dati aggregati pubblicati in rapporti ufficiali e/o in letteratura.

In particolare, il costo delle visite dei medici di medicina generale è stato stimato prendendo a riferimento il costo totale annuo delle stesse e assumendo che 1 visita ogni 1.000 è da imputarsi a pazienti schizofrenici. Il costo dei ricoveri in ospedali generici e

negli ospedali psichiatrici è stato stimato calcolando le percentuali di pazienti schizofrenici rispetto al totale dei pazienti ricoverati e moltiplicando le suddette percentuali per il costo ospedaliero totale annuale. Allo stesso modo sono stati stimati i costi delle case protette, dei centri diurni e delle visite ambulatoriali relativi ai pazienti schizofrenici.

Il costo del trattamento farmacologico è stato calcolato individuando le principali categorie di farmaci prescritte agli schizofrenici e ricavando i dati di consumo sulla base delle informazioni fornite dall'Information Medical Statistics (IMS).

Il calcolo dei costi indiretti è stato effettuato moltiplicando il numero delle persone che ricevono un sussidio per inabilità al lavoro a causa della schizofrenia per il reddito medio lordo annuo pro-capite. Sono state inoltre stimate le giornate di assenza dal lavoro dovute alle malattie sulla base di dati ufficiali e sono state moltiplicate per il reddito medio giornaliero (annuo procapite/365).

Infine, i costi legali dovuti all'apertura di casi giudiziari per crimini commessi dai pazienti, quelli dovuti alla mortalità prematura e i costi economici e psicologici sopportati dai familiari dei pazienti schizofrenici sebbene non siano stati valutati monetariamente dagli autori, sono stati citati e descritti nel loro lavoro.

I costi totali della schizofrenia in questo studio risultano pari a 843,7 milioni di fiorini olandesi di cui 778,1 (92%) sono costi diretti e 65,6 (8%) costi indiretti (tabella 1).

L'ultimo lavoro analizzato è quello di Wyatt, Henter, Leary e Taylor (Wyatt, Henter, Leary, Taylor, 1995) che hanno condotto uno studio di prevalenza retrospettivo sul costo sociale della schizofrenia negli USA nel 1991.

Tra i costi diretti sono state considerate sia voci di costo sanitarie che non sanitarie.

Tra i costi diretti sanitari sono stati considerati i ricoveri in ospedale, le visite ambulatoriali, i ricoveri in strutture sanitarie residenziali e i servizi domiciliari, l'attività erogata dalle case protette, il trattamento farmacologico e quello per l'abuso di droghe e alcool.

Per determinare il costo dei ricoveri è stato calcolata la spesa media annua sostenuta da diverse tipologie di ospedali sia privati che pubblici ed è stata utilizzata la percentuale di pazienti schizofrenici in essi ricoverata per ottenere il costo dell'ospedalizzazione attribuibile alla schizofrenia.

La stessa metodologia di indagine è stata utilizzata per calcolare i costi delle visite ambulatoriali, dei ricoveri in strutture sanitarie residenziali, dei servizi domiciliari e delle attività erogate dalle case protette.

Per quanto riguarda il costo del trattamento farmacologico, gli autori hanno ipotizzato che il consumo di farmaci antipsicotici registrato nel 1991 fosse attribuibile interamente ai pazienti schizofrenici.

Tra i costi diretti non sanitari sono stati considerati i costi legali e giudiziari, i costi dei suicidi e dei tentativi di suicidio e i costi per la ricerca.

Il numero di crimini commessi dai pazienti schizofrenici è stato stimato sulla base di uno studio che aveva indagato proprio questo aspetto. Per la valorizzazione economica è stato utilizzato il costo medio legale e giudiziario relativo allo stesso crimine commesso da qualunque altro individuo.

È stato inoltre stimato il costo relativo alla reclusione in carcere di pazienti schizofrenici utilizzando dati di prevalenza *lifetime* della schizofrenia nelle carceri e il valore medio del costo di una reclusione.

Sulla base di informazioni tratte dalla letteratura sull'argomento gli autori hanno stimato il numero dei tentati suicidi e dei suicidi avvenuti in un anno ed hanno calcolato i costi di tali eventi in termini di impiego dei servizi di emergenza (come ambulanze e pronto soccorso), polizia e indagini mediche.

Per quanto riguarda infine i costi derivanti dalla ricerca sono state sommate le spese sostenute dal NIMH, dagli Stati, dalle organizzazioni private e dalle case farmaceutiche per la ricerca sulla schizofrenia.

Partendo dalla considerazione che una quota dei costi diretti (cibo, vestiti e spese mediche di base), rappresentano in realtà un costo minimo vitale che sarebbe stato sostenuto anche se gli individui non fossero stati malati, gli autori hanno sottratto tale costo a quello diretto calcolato finora. Come *proxy* del costo minimo vitale è stato preso il valore della soglia di povertà per un individuo sotto i 65 anni (\$6.331 nel 1991). Tale valore è stato moltiplicato per il numero degli schizofrenici ricoverati in ospedale e in strutture protette, ai detenuti e a quelli che utilizzano servizi domiciliari.

Per quanto riguarda i costi indiretti gli autori hanno calcolato il mancato reddito di diverse categorie di pazienti: i disoccupati a causa della malattia, coloro che sono occupati ma a causa del loro stato di salute perdono molte ore di lavoro, i lavoratori non retribuiti (prime fra tutti le casalinghe) e coloro che non lavorano in quanto istituzionalizzati.

La valorizzazione del mancato reddito è stata effettuata utilizzando i dati di uno studio che ha determinato i redditi medi di diverse figure professionali.

È stato anche calcolato il mancato reddito causato dalla morte prematura dovuta a suicidio. Il metodo utilizzato ipotizza che ogni anno muoia lo stesso

numero di pazienti schizofrenici (*steady-state method*). Il mancato reddito dipende dal numero di anni che un individuo si sarebbe atteso di lavorare, dall'età media di pensionamento e dal numero di pazienti che muoiono ogni anno.

È stato infine calcolato il mancato reddito delle famiglie degli schizofrenici facendo delle estrapolazioni sulla base dei dati forniti dallo studio di Franks (Franks, 1990).

I costi totali della schizofrenia nel 1991 sono pari a \$65.200 milioni di cui \$18.600 milioni (29%) come costi diretti e \$46.500 milioni (71%) come costi indiretti (tabella 1).

4. Conclusioni

La presentazione dei metodi e dei risultati degli studi precedenti ha messo in evidenza una mancanza di uniformità nell'approccio seguito dai diversi autori per la stima del costo sociale della schizofrenia.

In particolare, le principali diversità risiedono nella considerazione più o meno ampia delle voci di costo che compongono i costi diretti ed indiretti e, nelle fonti utilizzate per la stima dei dati epidemiologici, di consumo e di costo.

La maggioranza degli studi è retrospettivo basato su dati di prevalenza. Quasi tutti gli studi prendono in considerazione la popolazione generale riferita al paese a cui lo studio si riferisce. L'analisi di Muller e Caton si differenzia dagli altri per essere uno studio di prevalenza prospettico basato solo su dati relativi a 119 pazienti residenti nella città di New York. Nonostante questo studio abbia il vantaggio di essere prospettico e di aver raccolto dati di consumo effettivi, non può essere considerato rappresentativo della realtà statunitense. Gli autori inoltre hanno preso in considerazione una popolazione estremamente particolare di

pazienti schizofrenici e cioè i pazienti appena dimessi dall'ospedale. Questo rischia di sovrastimare la stima dei costi sociali perché si riferisce a dei pazienti che presumibilmente assorbono una quantità di risorse sanitarie e non sanitarie maggiore rispetto alla media dei casi prevalenti. Infine, questo studio fornisce i dati di costo procapite e non totali rendendo difficile la comparazione dei risultati con quelli degli altri studi tutti espressi in termini globali.

Tre studi di quelli analizzati nella presente rassegna sono basati su dati di incidenza raccolti retrospettivamente. I lavori di Andrews *et al.* e di Davies e Drummond si differenziano da quello di Rubio-Stipec *et al.* per aver considerato inoltre, diverse tipologie di casi incidenti. Gli autori hanno infatti ipotizzato che i pazienti non siano perfettamente identici per quanto riguarda l'assorbimento di risorse sanitarie e non sanitarie e che, sulla base, del differente decorso della malattia utilizzano una quantità di risorse differente. Andrews *et al.* hanno classificato i pazienti in 3 categorie mentre Davies e Drummond ne hanno considerate quattro. I costi *lifetime* della schizofrenia sono quindi stati calcolati sulla base della media ponderata dei costi relativi ai diversi gruppi. Rubio-Stipec *et al.* hanno stimato il costo *lifetime* della schizofrenia moltiplicando il costo annuale della malattia calcolato sui dati di prevalenza per la speranza di vita dei pazienti schizofrenici. Questa modalità di calcolo estremamente semplicistica non tiene in considerazione il fatto che i casi prevalenti su cui è stata costruita la stima di costo, utilizzano generalmente una quantità e una tipologia di servizi sanitari differente dai casi incidenti. Le caratteristiche socio-demografiche dei casi incidenti possono essere inoltre estremamente diverse da quelle dei casi prevalenti modificando verso

l'alto o verso il basso la stima reale del costo della malattia. Se si considera ad esempio che l'età media dei casi incidenti è più bassa rispetto a quella dei casi prevalenti, ci si rende conto del fatto che i costi indiretti relativi alla mancata produzione per la società a causa dell'assenteismo dal lavoro e/o del prepensionamento ne risultano conseguentemente sottostimati.

L'analisi e la valutazione dei costi diretti sono state estremamente disomogenee nell'ambito degli studi considerati nel presente lavoro. Le categorie di costo variano infatti dalla semplice considerazione dell'ospedalizzazione e delle visite specialistiche ambulatoriali analizzate negli studi di Muller e Caton e Andrews *et al.* fino alla comprensione del trattamento farmacologico, delle visite effettuate dal medico di base, dei servizi infermieristici e di riabilitazione, dei suicidi e di categorie di costo diretto non sanitario come quella riferita al costo dei crimini commessi dai pazienti schizofrenici nel lavoro di Wyatt *et al.* I dati di costo utilizzati nei diversi studi sono stati estrapolati da fonti ufficiali e/o da altri studi disponibili in letteratura. Assunzioni sono state fatte quando i dati di costo disponibili in letteratura erano in forma aggregata. L'attribuzione degli stessi è stata fatta ipotizzando una proporzionalità tra la percentuale di pazienti schizofrenici che utilizza il particolare servizio sanitario (es. ospedalizzazione) e la percentuale del costo globale del servizio da imputare alla malattia. Se la suddetta ipotesi è effettivamente verosimile, quella sostenuta da Gunderson e Mosher per il calcolo dei costi indiretti sembra invece sovrastimare il peso economico della mancata produzione a causa della malattia. Essi hanno infatti ipotizzato che la metà dei costi indiretti calcolati dal NIMH in uno studio sul costo sociale delle malattie mentali sia interamente imputabile ai pazienti schizofrenici. I

costi indiretti sono stati da tutti gli autori definiti come la mancata produzione a causa della malattia per la società. Tuttavia differenze si riscontrano nella valutazione dei costi indiretti nei diversi studi. In primo luogo non c'è uniformità di giudizio sulla mancata produzione imputabile ai pazienti che non appartengono al mercato del lavoro come le casalinghe. Gunderson e Mosher nel calcolo dei costi indiretti non considerano il tempo perso dalle casalinghe che quindi ha implicitamente un valore pari a zero. Diversamente Muller e Caton valorizzano il tempo perso dalle casalinghe sulla base del reddito medio di un lavoratore full time della corrispondente classe demografica. Questo approccio si discosta da quello usualmente utilizzato che si sostanzia nella valutazione del tempo perso dalla casalinga o da chiunque altro individuo che svolge un'attività lavorativa non retribuita sulla base del reddito che gli individui stessi avrebbero percepito se avessero prestato la loro attività nel mercato. Nel caso delle casalinghe quindi il valore generalmente utilizzato è quello relativo alle colf. La valorizzazione economica del tempo perso dalle casalinghe nello studio di Muller e Caton risulta quindi maggiore rispetto al valore che si sarebbe ottenuto seguendo l'approccio del valore di rimpiazzo. Davies e Drummond non fanno differenza tra le casalinghe e la più generale categoria dei disoccupati. La mancata produzione di entrambi viene valorizzata utilizzando il reddito medio annuo a livello nazionale. Diversamente dagli altri autori, Evers e Ament non considerano il numero di pazienti disoccupati per la stima dei costi indiretti ma prendono in considerazione il numero di pazienti schizofrenici che percepisce un sussidio di inabilità al lavoro. Questo sottostima notevolmente la valutazione dei costi indiretti poiché non tutti i pazienti di-

soccupati affetti da schizofrenia ricevono il sussidio. Nonostante gli autori abbiano considerato anche l'assenteismo dal lavoro nel calcolo dei costi indiretti questi rimangono fortemente sottostimati rappresentando infatti meno dell'8% dei costi totali della malattia. Un approccio per la stima dei costi indiretti inconsistente rispetto alla definizione che degli stessi si è data sembra essere quello utilizzato da Muller e Caton. Gli autori hanno infatti valutato i costi indiretti come differenza tra il reddito che i pazienti avrebbero percepito se non affetti da schizofrenia e quello effettivamente percepito. Questo approccio tuttavia, assume implicitamente il punto di vista dei pazienti e non della società. Ciò che gli autori hanno in effetti stimato non è la mancata produzione per la società ma un valore espressivo delle ridotte opportunità che un paziente schizofrenico ha nel mercato del lavoro a causa della malattia. Questo distorce ovviamente i risultati sovrastimandoli presumibilmente ma, soprattutto disorienta il lettore circa la corretta definizione dei costi indiretti.

La valutazione più dettagliata è stata condotta da Wyatt *et al.* negli Stati Uniti dove la stima della mancata produzione è stata condotta differenziando tra diverse categorie di pazienti e attribuendo ad ognuno di esse diversi valori. Gli autori sono stati gli unici a considerare inoltre i costi della morte prematura e il valore relativo al mancato reddito delle famiglie degli schizofrenici. Ciò che rimane poco chiaro è perché gli autori abbiano sottratto dai costi diretti totali un ammontare pari a quello che è stato definito come il costo minimo vitale. Ciò può essersi verificato perché gli autori hanno preso in considerazione voci di costo non specificatamente attribuibili alla diagnosi e/o al trattamento della malattia procedendo così ad una successiva sottrazione delle stesse dal costo tota-

le. Tuttavia questo procedimento risulta totalmente in contraddizione rispetto al grado di analiticità con cui lo studio è stato condotto e lascia quindi dubbi e perplessità che gli autori avrebbero dovuto chiarire.

In nessuno studio — tranne quello di Davies e Drummond — è stata condotta un'analisi di sensitività. Lo scopo principale dell'analisi di sensitività è quello di verificare la robustezza dei risultati finali dello studio modificando alcune delle variabili ritenute dagli autori suscettibili di variazione. Questo si verifica soprattutto laddove i dati epidemiologici, di consumo e/o di costo siano stati raccolti retrospettivamente e non siano quindi originali.

Un'ultima considerazione riguarda lo studio di Gunderson e Mosher che presenta i dati di spesa relativi all'assistenza pubblica per malati di mente come voce di costo che partecipa al calcolo del costo sociale totale. Sembra che gli autori quindi abbiano considerato un tipico trasferimento tra le voci di costo. Se infatti il concetto di costo presuppone il consumo di risorse, il trasferimento non comporta alcun consumo di risorse per la società ma semplicemente una redistribuzione delle stesse tra gruppi di persone diverse appartenenti alla stessa società. La considerazione di questi trasferimenti nel loro studio oltre ad essere concettualmente scorretta sovrastima il dato di costo sociale totale.

Concludendo, dagli studi riportati nel presente lavoro la schizofrenia risulta una malattia estremamente costosa per la società soprattutto a causa dell'assenteismo dal lavoro, del pensionamento o della morte prematura. La percentuale dei costi indiretti sul costo totale è sempre maggiore del 50% con l'eccezione dello studio di Evers ed Ament dove i costi diretti rappresentano il 92% del totale. Nell'ambito dei costi diretti ciò che sembra incidere maggiormente è l'ospe-

dalizzazione che rappresenta in media l'83% del costo totale diretto. Le visite ambulatoriali sono la seconda componente di costo variando da un minimo del 2,4% ad una massimo del 28%.

La lettura di questi risultati lascia presupporre che, nonostante tutti i Paesi industrializzati abbiano approvato e sostenuto soprattutto negli ultimi anni modalità di trattamento dei malati di mentali al di fuori delle istituzioni ospedaliere a lungo termine, non esistono attualmente valide alternative di trattamento sul territorio. Questo lo dimostra il frequente ricorso al ricovero e il fatto che laddove è stato possibile stimarlo, l'utilizzo di strutture alternative all'ospedale come i centri diurni e le case protette assorbono rispettivamente solo l'1,2 e il 6% dei costi totali diretti rispetto all'82% dei ricoveri in ambito ospedaliero (Evers ed Ament).

Le informazioni contenute in questi studi richiamano quindi l'attenzione del decisore politico su ciò che effettivamente viene fatto per una specifica patologia rispetto agli obiettivi che ogni Paese si è dato, e stimola il processo di ricerca di modalità alternative di erogazione delle prestazioni in grado di ridurre i costi e aumentarne l'efficacia.

Resta comunque da sottolineare che le potenzialità di utilizzo degli studi di costo sociale dipendono esclusivamente dalla capacità dei ricercatori di utilizzare metodologie di indagine rigorose in grado di fornire risultati attendibili ai decisori politici.

(1) Va precisato che gli autori non parlano di costi diretti e indiretti ma identificano quattro categorie di costi: i costi del trattamento (ospedalizzazione, visite ambulatoriali e attività di reinsertimento sociale), la perdita di pro-

attività, la spesa pubblica per l'assistenza ai malati di mente erogata dalle agenzie per gli aiuti ai disabili e ai malati di mente ed infine una quarta categoria che comprende la spesa per la ricerca e quella sostenuta dal governo federale per la costruzione di centri di salute mentale sul territorio. Nella nostra analisi abbiamo considerato le voci contenute in quest'ultima categoria e i costi del trattamento come costi diretti.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREASEN N.C., *Assessment issue and the cost of schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 17:475-481, 1991.
- ANDREWS G., HALL W., GOLDSTEIN G., LAFSEY H., BARTELS R., SILOVE D., *The economic costs of schizophrenia. Implications for public policy*. Arch. Gen. Psychiatry, 42:537-543, 1985.
- BORGONOV I., DELLAMANO R., *Costi economici e sociali dell'osteoporosi. Prima conferenza internazionale sulla osteoporosi: aspetti sociali e clinici*. Excerpta Medica, 1983.
- CAVALLO M.C., TARRICONE R., *La valutazione del costo sociale delle malattie. Mecosan*, 17:8-16, 1996.
- CAVALLO M.C., FATTORE G., *Il costo sociale della malattia di Alzheimer. Metodologia e risultati di una indagine preliminare. Mecosan*, 10:12-23, 1994.
- DAVIS L.M., DRUMMOND M.F., *The economic burden of schizophrenia*. Psychiatric Bulletin, 14:522-525, 1990.
- DRUMMOND M.F., *Standardizing methodologies for economic evaluation in health care*. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 9 (1): 26-36, 1993.
- EVERS S.M.A.A., AMENT A.J.H.A., *Costs of schizophrenia in the Netherlands*. Schizophrenia Bulletin, 21 (1):141-153, 1995.
- FENN R., *Economics of mental illness*. Basic Books, New York, 1958.
- FRANKS D.D., *Economic contribution of families caring for persons with severe and persistent mental illness*. Adm. Pol. Ment. Health, 18:9-18, 1990.
- GUIDERSON J.G., MOSHER I.R., *The cost of schizophrenia*. Am. J. Psychiatry, 132:901-90, 1975.
- KLARMAN H.E., *Socio economic impact of heart disease*. Second National Conference in cardiovascular diseases. Washington, 1964.
- JONES-LEE M.W., *The economics of safety and physical risk*. Oxford: Basil Blackwell, 1989.
- MARTIN P., *Impacts medico-economiques de la schizophrénie*. L'Encephale, 3:67-73, 1995.
- MCGUIRE T.G., *Measuring the economic costs of schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 17:375-388, 1991.
- MISHAN E.J., *Cost benefit analysis*. London: Routledge 1988.
- MÜLLER C.F., CATON C.L.M., *Economic costs of schizophrenia. A postdischarge survey*. Med. Care, 21:92-104, 1983.
- MUSHKIN S.J., COLLINGS F.D.A., *Economic costs of disease and injury*. Public Health Reports 1059; 73 (9): 795-809, 1959.
- NORD E., RICHARDSON J., STREET A., KUHSE H., SINGER P., *Who acers about cost? Does economic analysis impose or reflect social values?* Health Policy, 34: 79-94, 1995.
- PETTY W., *Political Arithmetik, or a discourse concerning the extent and value of lands, people, buildings, etc.* London: Robert Caluel, 1699.
- RUBIO-STIPEC M., STIPEC B., CANINO G., *The costs of schizophrenia in Puerto Rico*. The Journal of Mental Health Administration, 21 (2):136-144, 1994.
- RICE D.P., *Estimating the cost of illness*. Washington: DHEW, 1966.
- RUFF A., KEITH S.J., *The costs of schizophrenia. Assessing the burden*. Psychiatric Clinics North American, 16(2):413-423, 1993.
- SHIELL A., GERARD K., DONALDSON C., *Cost-of-illness studies: an aid to decision making?* Health Policy, 8: 317-323, 1987.
- TARRICONE R., BERTOLINI F., SAGGIORO A., GRAZIOLI I., *Gastropatia da FANS in Italia. Valutazione economica della prevenzione con misoprostol*. Argomenti di Gastroenterologia Clinica, 7:263-269, 1994.
- WASYLENKI D.A., *The cost of schizophrenia*. Can. J. Psychiatry, 39(suppl.2):65-69, 1994.
- WEISBROAD B.A., *Economics of public health: measuring the economic impact of diseases*. Oxford: Oxford University Press, 1962.
- WYATT R.J., HENTER I., LEARY M.C., TAYLOR E., *An economic evaluation of schizophrenia - 1991*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol, 30:196-20, 1995.

RUOLO DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE E VALUTAZIONE DEL PERSONALE

di Roberto Rossetti¹, Tommaso Russo² (*)

¹ Azienda USSL 16 di Gardone V.T. (BS)

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

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il Nucleo di Valutazione: funzionamento, composizione e collocazione organizzativa - 3. Le aree di interesse - 4. Logiche di valutazione - 4.1. Il contesto valutativo - 4.2. Per una valutazione efficace - 4.3. L'audit organizzativo - 5. Percorso implementativo e resistenze.

The introduction of the «evaluation team» (Nucleo di Valutazione - NdV) in the Italian Public Health has been expected by the law D.L. n. 29/93 and confirmed by recent new contract in the Public sector. In this article, we have examined the aspects which concern function, composition and the positioning within the organization of the NdV, suggesting operative instruments (check list, reorganization, etc.) so that the evaluation includes three aspects: economic control, quality control and organization audit. Finally we outline a way to project a good NdV and the action to overcome the opposition of the management.

1. Premessa

Dal punto di vista normativo, l'introduzione del Nucleo di Valutazione (d'ora in poi NdV) ha origine dai seguenti stimoli:

— l'art. 20, comma 2 del D.L. n. 29 del 3 febbraio 1993 e successive modificazioni che testualmente recita: «nelle Amministrazioni pubbliche ove già non esistano, sono istituiti i Servizi di controllo interno o Nuclei di Valutazione, con i compiti di verificare mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti, la realizzazione degli obiettivi, la corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I servizi o nuclei determinano almeno annualmente, anche su indicazione degli organi di vertice, i parametri di riferimento del controllo»;

— l'art. 3, comma 6 del D.L. n. 502 del 30 dicembre 1992 così come modificato dal D.L. n. 517 del 7 dicembre 1993, che stabilisce che «al Direttore generale compete in particolare, anche

attraverso l'istituzione dell'apposito Servizio di controllo interno di cui all'art. 20 del D.L. n. 29 del 3 febbraio 1993, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare mediante valutazioni comparate dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa».

Le due macroaree di interesse del nucleo sono:

— valutazione dei risultati aziendali, permette di dotare l'azienda di meccanismi di conoscenza dei risultati ottenuti (*feedback*) tali da poter sopperire alla mancanza di segnali del mercato sanitario;

— valutazione del personale — *performance* organizzazione aziendale — serve ad affinare i sistemi di valutazione del personale affinché la politica di gestione delle risorse umane sia maggiormente orientata agli incentivi e produca un grado di responsabilizzazione, in considerazione anche

delle possibilità offerte dai nuovi istituti contrattuali.

Il NdV può aiutare a governare i processi di cambiamento nelle aziende sanitarie in quanto si ritiene che per la valutazione dei risultati aziendali sia necessario dotarsi di uno schema orientativo, in cui si tenga presente l'interazione tra il sistema aziendale e la sfera dei bisogni da soddisfare (domanda). Il compito principale è quello quindi di verificare se l'azienda sanitaria soddisfa le sue finalità istituzionali. Come vedremo nella successiva descrizione del funzionamento, le funzioni del nucleo dovranno essere quelle di guida, influenza, interpretazione degli accadimenti aziendali e non quelle di ispezione, verifica e mero riscontro a posteriori.

La seconda area di interesse del nucleo attiene ad un'ottica limitata al-

(*) Nel presente articolo i paragrafi 4.1 e 4.2 sono da attribuirsi a R. Rossetti e i capitoli 1, 2, 3, 5 e il paragrafo 4.3 a T. Russo.

l'ambiente operativo, e si collega ai sistemi di programmazione e controllo e di valutazione del personale.

Il consolidamento dei processi di aziendalizzazione richiede, infatti, l'attivazione di meccanismi di programmazione e controllo finalizzati a:

— razionalizzare il processo di offerta dei servizi;

— valutare attentamente l'impatto economico finanziario dei processi di offerta in presenza del nuovo sistema di finanziamento basato sulle tariffe delle prestazioni.

Le regole di finanziamento sembrano determinare una maggiore libertà nella gestione delle risorse finanziarie in entrata ed in uscita: è possibile, entro certi limiti, variare il *mix* di prestazioni offerte ai cittadini per poter conseguire delle economie di gestione o un migliore soddisfacimento della domanda.

Accanto al finanziamento erogato secondo il criterio della quota capitaria per le aziende sanitarie sarà importante mettere in atto valutazioni di convenienza economica. I flussi finanziari in entrata verranno influenzati dalla corretta classificazione delle patologie trattate (*Drg's*) e dalla esatta rendicontazione delle prestazioni erogate; tali attività, che in passato avevano una valenza essenzialmente statistica, costituiranno la base informativa per i finanziamenti regionali. Per contro le prestazioni ed i ricoveri addebitati dalle strutture private alle aziende sanitarie pubbliche esigeranno un'organizzazione di un gruppo che si occupi di controllare il rispetto delle convenzioni da parte delle strutture e la corretta valutazione dei *Drg's* addebitati. La libertà di scelta da parte del cittadino tra l'utilizzo di una struttura pubblica o di una privata potrà avere effetti dirompenti sulla situazione finanziaria delle aziende sanitarie qualora non si riesca a controllare la domanda passiva.

Per le aziende sanitarie è opportuno quindi elaborare nuovi strumenti per la gestione aziendale al fine di uscire dalla genericità delle indicazioni che provengono dagli organismi centrali (enfasi sull'attività certificativa e amministrativa, controllo centralizzato dell'attività, rilevazioni statistiche in cui i dati di sintesi vengono distribuiti con ritardo), per entrare in una dimensione aziendale, adattata alla singola realtà. Si tratta quindi cambiare la cultura gestionale delle aziende per ripercorrere, fatte salve le specificità del sistema sanitario italiano, le esperienze in atto in altri sistemi sanitari in cui la ridefinizione organizzativa, il miglioramento della qualità, i sistemi di *budget* e di controllo direzionale appaiono più consolidati.

Il Nucleo di Valutazione può costituire un'interessante opportunità per governare l'aumento della complessità del settore sanitario attraverso le seguenti linee di azione:

— aiutare l'Alta direzione alla definizione delle linee guida aziendali;

— stimolare una migliore efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili anche attraverso il contenimento dei costi;

— diffondere la cultura della qualità nell'offerta di servizi sanitari.

2. Il Nucleo di Valutazione: funzionamento, composizione e collocazione organizzativa (1)

Il suo funzionamento

Abbiamo individuato in precedenza (v. premessa) le due macroaree di intervento del nucleo. In questo paragrafo cercheremo di soffermarci sulla prima individuando alcuni punti fermi relativi alle attività da svolgere. Il primo compito è valutare il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Per approfondire il concetto di «buon andamento» in un'azienda sanitaria è necessario considerare che la correlazione che esiste tra risorse impiegate e risultati ottenuti non è completamente riproducibile nella tipologia di azienda che stiamo trattando. Il punto nodale è quello relativo alla valorizzazione economica dei risultati ottenuti. La dimensione del buon andamento è riconducibile al concetto di produttività: si ottiene quando il rapporto tra le risorse assorbite dall'azienda ed i risultati prodotti può essere definito soddisfacente. Ora se per le risorse finanziarie impiegate è possibile determinare l'esatto ammontare, per le risorse in uscita la valutazione dei risultati dell'attività aziendale non è affatto semplice. Il correlare il trattamento di una patologia ad un «paniere medio» di assorbimento di risorse o il considerare come valore di una prestazione la remunerazione prevista dal tariffario nazionale non attribuiscono un valore economico certo a tali attività.

Il Nucleo di Valutazione ha bisogno quindi di dotarsi di uno schema logico in modo da poter elaborare una propria metodologia di valutazione capace di tradurre nel concreto i fondamentali ambiti di valutazione dei risultati in un'azienda sanitaria. Tale schema deve considerare cinque aspetti (2) così che il percorso valutativo sia completo.

Il primo aspetto da sottoporre a valutazione è quello dell'«efficienza», come relazione tra prestazioni offerte e risorse impiegate. Nelle aziende sanitarie la gran parte delle prestazioni può essere facilmente confrontabile (v. in seguito la tecnica del *benchmarking*) dando luogo quindi alla possibilità di valutare la competitività.

Il secondo aspetto è quello relativo all'«efficacia gestionale» intesa come relazioni tra le prestazioni offerte considerate in quantità e qualità, e gli

obiettivi relativi formulati ed esplicitati in anticipo. Tali obiettivi possono riferirsi al comportamento dell'azienda sul «mercato» sanitario di riferimento con le possibili variazioni nelle modalità di erogazione dei servizi, fermo restando l'assicurazione dei livelli minimi di assistenza.

Il terzo aspetto da tenere presente è il grado di «efficacia sociale», come relazione tra impatto ambientale e sui bisogni, che le prestazioni offerte hanno dimostrato e gli obiettivi che ci si erano prefissati. La valutazione dell'efficacia sociale è un punto delicato in quanto le modalità di erogazione delle prestazioni finiscono per modificare, in buona parte, i bisogni della popolazione di riferimento. Risulta da numerose analisi che nei territori che offrono una quantità di posti letto pro-capite superiori alla media inducono un tasso di ospedalizzazione più alto. La formulazione degli obiettivi deve avere ben presente la particolarità di questo aspetto in modo da potere soddisfare i bisogni e nel contempo riorientare, per quanto possibile, la domanda di servizi sanitari.

La «produttività» è la risultante dei tre aspetti esaminati: nei processi di aziendalizzazione che stanno attuando. Nelle aziende sanitarie, talvolta, la produttività tende ad essere identificata con l'efficienza evidenziando un approccio riduttivo al problema della valutazione complessiva dei risultati aziendali.

Ultimo aspetto è la «produttività organizzativa di lungo periodo», come relazione ancora tra *input* ed *output* complessivo. L'elemento nuovo è la valutazione della capacità di sviluppo, di apprendimento, di innovazione maturata nell'assetto di risorse e organizzativo dell'azienda. In sintesi questo aspetto indaga la capacità di sviluppo dell'innovazione nell'azienda; se l'ambiente esterno muta

rapidamente il dinamismo organizzativo richiesto deve aumentare di pari passo.

Sull'imparzialità dell'azione amministrativa è necessario precisare che l'enfasi su questo aspetto si addice agli enti la cui attività non è aziendalemente organizzata. Dal punto di vista operativo non è, nostro avviso, un elemento da prendere in considerazione da parte del nucleo in quanto il controllo della regolarità amministrativa può essere demandata al direttore amministrativo e, per gli aspetti puramente contabili, al Collegio dei revisori.

Soffermandoci sull'aspetto qualitativo delle prestazioni possiamo adottare una duplice analisi: quella che prende in considerazione la qualità effettiva (utilizzando un'ottica di *benchmarking*) e quella relativa alla qualità percepita, che richiede l'attivazione di articolati strumenti di rilevazione (principalmente la somministrazione di questionari). Soffermandoci sull'analisi della qualità effettiva, nella conduzione pratica di un processo di *benchmarking*, l'azienda assume un riferimento esterno, guardando alle migliori *performance* effettuate da altre aziende sanitarie e cerca di raggiungere i risultati delle aziende migliori. Il *benchmarking* è un concetto relativamente recente che costituisce un elemento di novità nelle tecniche manageriali applicate alla sanità. In realtà, l'enorme volume di flussi informativi alimentati dalle aziende sanitarie verso le regioni, amministrazioni centrali ed altri organismi, possono suggerire un ruolo più proficuo delle elaborazioni di ritorno che, con molto ritardo, vengono inviate alle aziende stesse. Si auspica, in questa sede, una sorta di *benchmarking* istituzionale attraverso il quale sono le regioni che indicano le *performance* di maggior rilievo delle aziende sanitarie pubbliche, creando

una competitività positiva tra le aziende sanitarie ed una maggiore circolazione delle esperienze innovative di successo già adottate. Si potrebbe guardare all'esperienza del settore privato dove esistono delle associazioni che raggruppano le aziende interessate al confronto e, tramite il meccanismo associativo, danno vita a convegni, riviste, interventi consulenziali interaziendali.

L'elaborazione di un percorso metodologico formalizzato deve quindi abbracciare gli aspetti fin qui esaminati. Il NdV non si limita solo all'elaborazione della metodologia: ne cura anche l'applicazione alla realtà aziendale secondo uno schema di funzionamento, per un più efficace funzionamento dell'attività valutativa. Tale processo ha durata annuale e non tiene conto, ovviamente, di indagini *ad hoc*, progetti diversi che costituiscono momenti eccezionali rispetto alla normale attività. È necessario che l'azienda sanitaria personalizzi lo schema attraverso l'indicazione di tempi di attuazione delle varie fasi in oggetto, in modo da poter offrire all'Alta direzione elementi di valutazione dell'operato del nucleo (figura 1).

La composizione

È formato da dirigenti ed esperti anche esterni alle amministrazioni, «per motivate esigenze, possono avvalersi di consulenti esterni esperti in tecniche di valutazione e di controllo di gestione» (comma 3, art. 20 del D.L. n. 29 del 1993) ed ancora «i nuclei di valutazione, ove costituiti, sono composti da dirigenti generali e da esperti anche esterni alle amministrazioni» (comma 4, art. 20 del D.L. n. 29 del 1993).

L'imparzialità valutativa deve essere una garanzia e quindi la scelta ricade su:

Figura 1 - Schema di funzionamento

FASE	ATTIVITÀ
1 <i>Ricevimento del mandato</i>	Il mandato viene sancito da una deliberazione dell'Azienda ospedaliera che contenga esplicite modalità di funzionamento e composizione del nucleo anche attraverso un regolamento.
2 <i>Identificazione obiettivi</i>	Tale identificazione prende le mosse dalle linee strategiche identificate e formalizzate in precedenza dall'Alta direzione.
3 <i>Identificazione aree critiche</i>	Tale fase serve a rimuovere gli ostacoli che si frappongono all'attività valutativa. L'esplicitazione degli stessi e la formulazione delle risorse necessarie alla risoluzione è un passo irrinunciabile dell'attività di valutazione, pena la perdita di efficacia dello stesso.
4 <i>Definizione degli indicatori</i>	Si deve progettare un sistema aziendale di indicatori che abbia la capacità di condensare indicatori evocativi riguardo all'andamento gestionale. Va da sé, che gli indicatori devono essere tarati sulle proprie esigenze resistendo alla tentazione di utilizzare indicatori indifferenziati.
5 <i>Svolgimento dell'analisi</i>	Lo svolgimento delle diverse analisi tecniche deve essere delegato agli uffici di <i>staff</i> , alla direzione sanitaria, ecc. in modo che al NdV conservi una visione d'insieme dell'azienda, senza che sia oberato da incombenze di tipo operativo. Predispone, inoltre, report trimestrali e relative valutazioni in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi.
6 <i>Presentazione di relazioni</i>	La presentazione deve essere curata anche nella sua veste formale (mediante grafici, tabelle, ecc.) ed oltre alle valutazioni di tipo tecnico è bene che il NdV, almeno annualmente, rediga una relazione sull'attività svolta e sulle principali innovazioni introdotte. Nella relazione sintetica, (che può anche contenere valutazioni <i>ad personam</i>) si devono esprimere valutazioni motivate in relazioni a fattori quali, ad esempio, i risultati raggiunti, i comportamenti organizzativi, l'orientamento all'utenza, la capacità di innovazione, la volontà di integrazione, la diffusione di un clima organizzativo positivo, ecc.

professionalità rilevanti non in linea operativa;

consulenti esterni.

Alle professionalità rilevanti interne all'azienda devono essere assegnati compiti che non li pongano in situazioni di incompatibilità rispetto alle funzioni che sono chiamati a svolgere nel nucleo stesso. Per questo motivo tali figure sono generalmente collocate negli uffici di *staff* della direzione sanitaria e amministrativa e che hanno un'immagine di neutralità nell'organizzazione.

Si deve, infine, cercare di evitare la presenza, all'interno del nucleo, di dirigenti sottoposti a valutazione diretta

in modo da non confondere il valutatore con il valutato.

Ogni area di interesse su cui insiste il NdV può prevedere la presenza di consulenti esterni che servono a garantire l'imparzialità valutativa. L'altro aspetto positivo che può derivare dall'impiego di consulenti esterni è quello di arricchire con nuove esperienze l'attività del NdV mediante la comparazione con esperienze di successo avviare presso altre Aziende ospedaliere. Risulta necessario, infatti, superare una visione ristretta dei confini strategici per giungere alla consapevolezza di agire in un'arena competitiva peculiare come quella

della sanità. È necessario, quindi, che il NdV sia dotato di un proprio *budget* per l'acquisizione di consulenze esterne tenuto conto del parere del Direttore generale.

I collegamenti operativi tra il direttore generale e il NdV sono affidati al coordinatore del nucleo che conduce e coordina i lavori in base ad un mandato fiduciario. La presenza del direttore amministrativo e sanitario, in linea di massima, deve essere esclusa, a meno che non si presentino condizioni particolari nelle quali si reputi necessario un NdV «garantista».

La relativa libertà di composizione del NdV può oscillare tra due estremi:

— NdV «innovatore», in cui un il giudizio è di tipo professionale con ampia delega a personalità esterne al gioco organizzativo;

— NdV «garantista», in cui possono trovare, un rappresentante delle parti sociali, ovvero un medico scelto (o eletto) per rappresentare l'area sanitaria e un dirigente scelto (o eletto) per rappresentare l'area tecnico-amministrativa (eccezionalmente il direttore amministrativo ovvero quello sanitario).

L'approccio utilizzato varia in funzione della forza della dirigenza, del clima organizzativo aziendale, del livello qualitativo delle professionalità esistenti ed altro ancora.

Un NdV innovatore può servire a rompere gli schemi consolidati di governo dell'impresa, superando un approccio riduttivo della progettazione del NdV che si limita a «come distribuire gli incentivi del nuovo contratto adempiere a una formalità burocratica».

In un'organizzazione sanitaria in cui il processo di aziendalizzazione risulta ancora abbozzato, è utile un approccio garantista al fine di evitare traumi e resistenze eccessive dei soggetti valutati, prevedendo un cammino

graduale di aggiornamento dei processi di valutazione.

La collocazione organizzativa

Il NdV è in *staff*: esso opera in posizione di piena autonomia rispondendo al direttore generale.

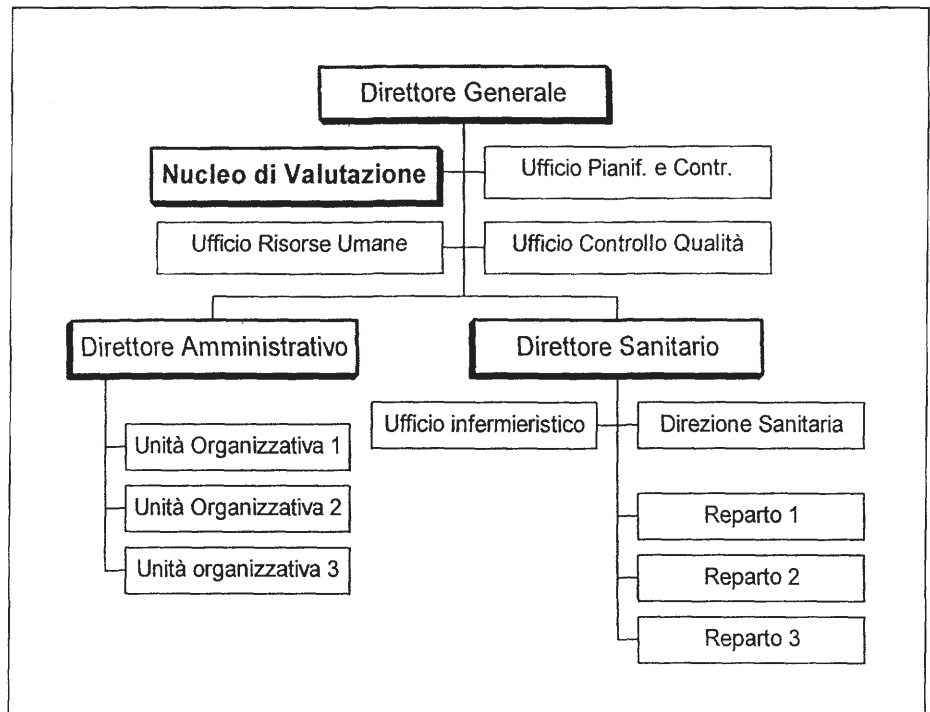
In altri contesti, come gli enti locali, il nucleo è stato visto come momento di una più vasta attività di direzione generale dell'ente. La collocazione organizzativa è in linea e il compito fondamentale del nucleo all'interno di un organo più vasto, una sorta di comitato di direzione, e la focalizzazione sull'attività valutativa dei dirigenti.

Tale collocazione organizzativa risponde più ad una logica di servizio di controllo interno con compiti più operativi. La nostra preferenza per il nucleo in posizione di *staff* si basa sull'apporto positivo che dovrebbe derivare dagli esperti esterni e dalla consapevolezza che svolgere compiti operativi all'interno del nucleo ne appesantisce la funzionalità. I compiti di questo tipo sono di pertinenza degli altri organi di *staff* le cui attività risultano di vitale importanza per lo svolgimento delle varie analisi (figura 2).

3. Le aree di interesse

Nella descrizione del funzionamento e dello schema logico da tenere presente per dotarsi di una metodologia operativa per l'attività valutativa del nucleo, ci siamo soffermati sulla prima macroarea di interesse. Abbiamo indagato la realtà organizzativa in un'ottica globale e nelle sue interrelazioni con l'ambiente esterno. Non meno importante è la seconda macroarea di interesse in cui la focalizzazione è sulle componenti organizzative dell'azienda e sui dirigenti. Cambiando l'angolazione valutativa dell'azienda è necessario ricercare quali meccanismi

Figura 2 - Organigramma tipo



aziendali possono giovare alla causa dell'attività valutativa.

Le tre aree di interesse che un NdV deve monitorare per poter svolgere appieno la sua funzione istituzionale sono quelle del:

- controllo economico;
- qualità;
- *audit* organizzativo.

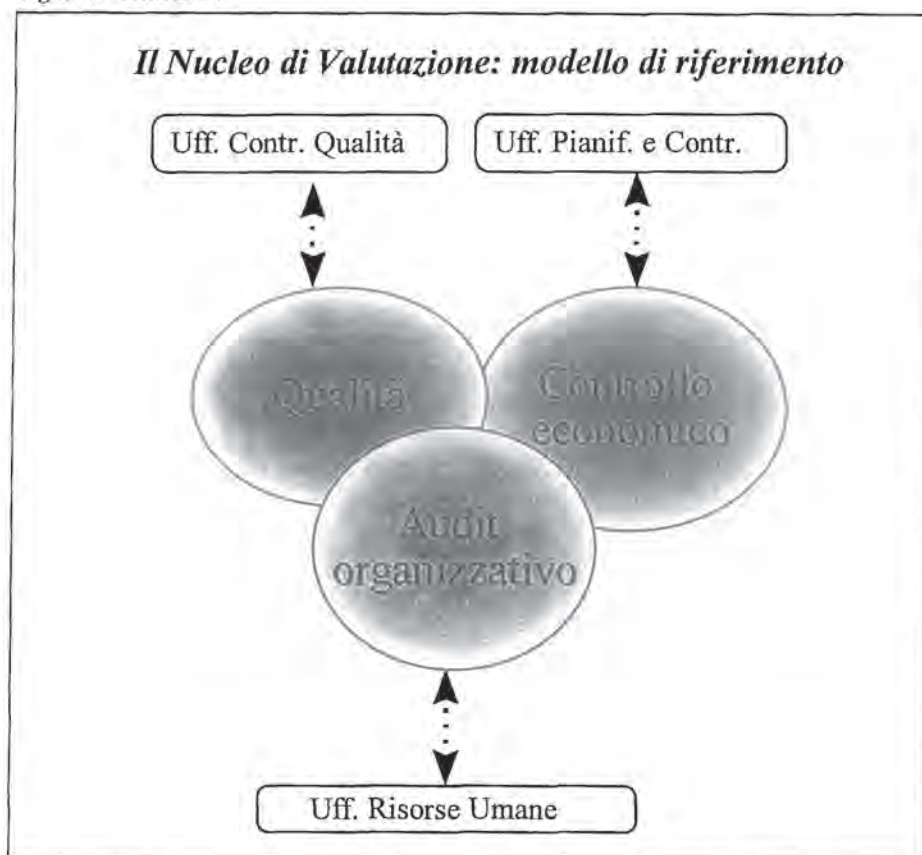
Nella figura 3 proponiamo un modello che formalizza l'attività del NdV e le interrelazioni che lo caratterizzano. Le tre aree evidenziate nel modello di riferimento costituiscono le componenti del NdV il cui approccio al problema valutativo vuole essere globale (3). In una fase iniziale dovranno essere valorizzate le competenze già esistenti per ogni area, cercando di individuare le figure professionali più adatte a supportare l'operato del nucleo. Il punto di arrivo è quello che vede il NdV interagire con gli uffici di *staff* precedentemente costituiti. Come accenneremo nel prosieguo, il percorso di implementazione del nu-

cleo avverrà gradualmente: non si vuole trasmettere l'idea di una via maestra da seguire ma riflessioni affinché il NdV possa offrire un apporto costruttivo alla risoluzione dei problemi valutativi.

Il rapporto tra il NdV ed il sistema di contabilità direzionale si concretizza nella verifica della bontà dell'impianto generale del sistema e della congruità tra i bisogni informativi della struttura e l'efficienza del sistema di reporting. Il NdV quindi ha il compito di valutare attentamente la validità del sistema esistente: tale verifica ha lo scopo di definire preventivamente il livello qualitativo delle elaborazioni che si renderanno necessarie per affrontare i problemi legati alla misurazione degli obiettivi ed alle valutazioni di efficienza gestionale.

Dal punto di vista organizzativo, date per acquisite le interrelazioni tra l'ufficio pianificazione e controllo ed il nucleo, è necessario tracciare le differenze più significative tra il Comita-

Figura 3 - Il modello



to di *budget* ed il NdV. Questa distinzione non deve apparire scontata: in varie aziende sanitarie l'istituzione del NdV è stata realizzata attribuendo tale ruolo al Comitato *budget* costituito in precedenza.

Le differenze tra i due organi sono, a nostro avviso, sostanziali. È il Comitato di *budget* che deve valutare il grado di efficacia gestionale (intesa come grado di realizzazione degli obiettivi) raggiunto dai responsabili dei centri di costo attraverso l'utilizzo dei *budget*, piani e programmi formalizzati, ecc. Il *budget*, infatti, approfondisce le analisi di costo derivate dal controllo di gestione con i livelli di attività, le risposte ai bisogni degli utenti ed altri elementi indicati sulle schede di *budget* gestite dal comitato.

Il NdV ha il delicato compito di leggere i risultati del processo di *budget*

in chiave di analisi dei risultati dei dirigenti, integrando tale visione parziale con quella più generale di azienda.

L'attività di valutazione degli aspetti economici può esprimersi compiutamente solo se esistono le precondizioni che andremo di seguito a descrivere al fine di verificare la validità degli strumenti di controllo economico.

La prima fase da attuare per pervenire ad un effettivo governo dei costi è quella della «tenuta di una contabilità analitica per centri di costo, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati; l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centro di costo» (art. 5, comma 4 del D.L.vo n. 502/92).

Dopo aver definito il piano dei fattori produttivi ed il piano dei centri di costo, è necessario intervenire sul sistema informativo aziendale risolvendo gli eventuali ostacoli cui faremo breve cenno in seguito e acquistando un pacchetto informatico specializzato per la tenuta della contabilità analitica.

L'impostazione di un sistema di controllo di gestione soddisfa l'esigenza di assicurare l'equilibrio ed il coordinamento di tutte le diverse parti dell'organizzazione, il che richiede la disponibilità di adeguate informazioni in merito a ciascuna delle parti.

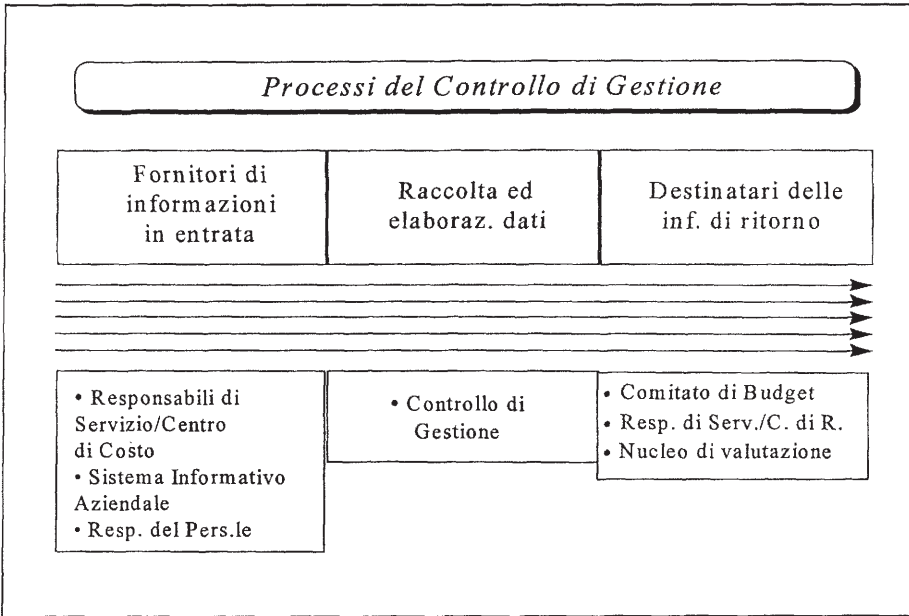
Per una piena realizzazione dei processi di controllo economico è vitale l'identificazione dei centri di responsabilità presieduti da una figura che abbia la responsabilità formale sui risultati dei centri di costo di sua pertinenza. Il passo successivo è quello poi di andare a verificare i risultati dei Centri di responsabilità (C.d.R.) in merito ai livelli di attività preventivati/effettivi ed i costi preventivati/effettivi.

L'analisi dei dati consuntivi deve essere accompagnata dalle previsioni, effettuate dai responsabili dei C.d.R., riguardo agli andamenti nel breve e medio termine e dalla valutazione delle ragioni di eventuali scostamenti. Il Comitato di *budget* si assume le responsabilità in ordine alla valutazione ed orientamento dei responsabili dei C.d.R., al rispetto del calendario predefinito e all'impostazione e raccolta delle schede di *budget*.

La figura che segue illustra i passaggi più rilevanti che caratterizzano il processo di controllo di gestione. È buona norma che le organizzazioni si dotino di un calendario che possa scandire accuratamente i tre momenti di «lavorazione» del dato contabile:

- il momento della trasmissione all'ufficio Controllo di gestione;
- la raccolta e l'elaborazione;

Figura 4 - Processi del Controllo di gestione



versi livelli di dettaglio, a seconda degli utilizzatori prescelti.

Di seguito si fornisce uno schema dettagliato che mostra una griglia che illustra vari criteri che possono servire ad individuare meglio i destinatari dei report (figura 5).

Un report può prevedere, per le unità organizzative che offrono servizi direttamente ad un cliente esterno, una sorta di conto economico riclassificato (seguendo uno schema in uso nelle aziende private) in cui ci raggruppano una serie di costi impiegati nella produzione del servizio. Partendo dalla valorizzazione economica dei Drg's prodotti o dalle prestazioni tariffate, si sottraggono gruppi di costi fino ad ottenere un risultato che ci indica se ed in quale percentuale il fatturato ha coperto i costi.

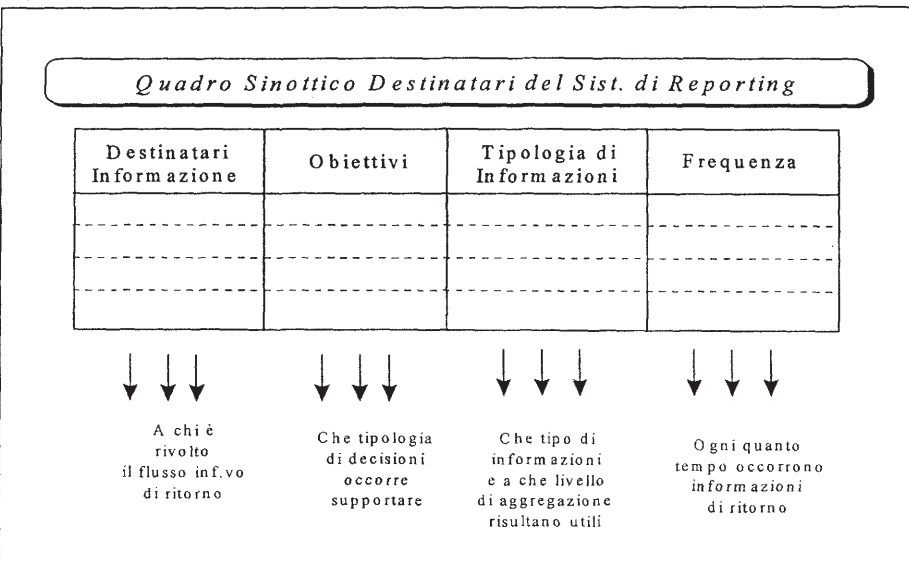
Per le unità organizzative che invece offrono servizi intermedi o di supporto (tipicamente i servizi amministrativi e tecnico-economici) è possibile confrontare con i costi le attività svolte, utilmente rilevabili.

Tale impostazione presuppone un controllo economico ben avviato: è utile, comunque, illustrare anche l'utilità dei possibili sviluppi del Controllo di gestione e di valorizzazione della «produzione» effettuata.

Nella figura 6 possiamo trovare un'esemplificazione dei concetti testé esposti, descrivendo un «conto economico riclassificato» riferito ad un reparto di degenza.

È utile utilizzare una *check list* per riassumere i punti di forza e di debolezza degli strumenti esaminati: in tal

Figura 5 - Il sistema di reporting



— la diffusione all'interno dell'organizzazione (figura 4) (4).

Il sistema di reporting è la fase conclusiva del processo e consiste in un documento dotato delle seguenti caratteristiche:

— deve contenere le informazioni necessarie al controllo ed al coordinamento delle attività svolte;

— rappresenta una base per la valutazione dell'operato dei singoli centri di responsabilità;

— consente di valutare gli obiettivi prefissati (programmi) ed i piani d'azione (*budget*) formulati per il loro raggiungimento.

Regola fondamentale rimane quella di differenziare i report fornendo di-

Figura 6 - Esempio di report per un reparto

Reparto α - 1° semestre 199x		
	Val. ass.	%
A) Valorizzazione dei Drg's	L. xxx	
B) Totale costi diretti	L. xxx	
C) A - B margine primo	L. xxx	
D) Costi indiretti sanitari	L. xxx	
E) C - D marg. di copertura	L. xxx	
F) Costi della struttura (gen. + aus.)	L. xxx	
G) E - F risultato finale	L. xxx	

modo è più facile offrire subito un apporto costruttivo alla messa a punto ovvero alla progettazione degli strumenti gestionali in questione (figura 7).

La prima domanda da porsi riguardo al problema della misurazione della qualità nelle aziende sanitarie è chiedersi se esista una «cultura» diffusa della qualità. Anche in questo caso, il NdV viene chiamato a validare gli strumenti esistenti in quanto utilizzatore dei risultati che derivano dall'attività di controllo della qualità. L'utilizzo di un soggetto neutrale (un esperto esterno) inserito nel NdV potrebbe essere maggiormente gradito e meno temuto dai professionisti sottoposti all'indagine nel momento in cui si andranno a valutare i singoli dirigenti.

Le realtà sanitarie pubbliche stanno comunque muovendo i primi passi verso l'accettazione di una cultura della qualità all'interno delle proprie strutture. Dal punto di vista organizzativo questi stimoli si traducono nella costituzione di un ufficio di *staff* apposito che in collaborazione con l'unità di epidemiologia svolge indagini in tal senso o costituendo un Comitato della qualità con la presenza di esperti esterni. L'efficacia sociale, come citato nel capitolo 2, è uno dei pilastri su cui poggia la misurazione della produttività aziendale: i ritardi nella comprensione dell'importanza che assumerà l'aspetto qualitativo nell'erogazione dei servizi non sono più differibili.

A differenza degli strumenti di controllo economico, gli strumenti per la gestione ed il miglioramento della qualità non seguono un percorso pre-stabilito. L'implementazione delle varie iniziative che descriveremo può avvenire contemporaneamente: il percorso è quindi aderente alle energie di cui dispone l'azienda e alle condizioni ambientali esistenti (es. grado di reattività della domanda, ecc.). L'unico vincolo che viene posto alla valutazione è la differenziazione tra la qualità

sanitaria delle prestazioni e la qualità percepita dai cittadini che si focalizza sugli aspetti logistici più che sul momento tecnico-sanitario.

Diversi sono i fronti su cui le aziende possono svolgere attività di sensibilizzazione al tema della qualità. Il primo aspetto del problema consiste nel sondare la qualità percepita riguardo ai servizi offerti. La somministrazione di questionari può servire a verificare gli aspetti connessi ai servizi alberghieri (qualità del vitto, condizioni igieniche, camere singole) e delle strutture atte a facilitare i rapporti interpersonali (ubicazione telefoni pubblici, orari di ricevimento dei parenti, ecc.). La qualità percepita viene analizzata con particolare attenzione negli aspetti che riguardano i rapporti con il personale sanitario, con le associazioni volontarie e verificando il rispetto dei diritti del paziente. Il momento dell'elaborazione ed interpretazione delle informazioni raccolte nei questionari concludono le indagini. È necessario far seguire dei momenti formalizzati di diffusione dei risultati di queste indagini e, se possibile, contribuire a renderli elementi di valutazione dei risultati conseguiti dal personale.

Accanto alla qualità percepita (soggettiva) esiste poi la necessità di andare a valutare la qualità sanitaria dei servizi offerti. A tal proposito si stanno affermando varie metodologie per valutare il grado di qualità (APQ, VRQ, ecc.). Le metodologie citate vengono sviluppate nell'ambito di progetti che coinvolgono diverse aziende sanitarie che collaborano alla rilevazione, elaborazione ed al con-

fronto dei risultati conseguiti. Il controllo dei protocolli sanitari esistenti nelle aziende, invece, può essere svolta autonomamente dall'azienda sanitaria: questa operazione è da svolgere con la massima delicatezza poiché si analizza la professionalità degli operatori sanitari che malvolentieri accettano ingerenze di questo tipo.

La crescita di una o più figure all'interno della struttura, serve ad affrontare i problemi introdotti dall'accreditamento delle strutture private. Nei rapporti con le aziende convenzionate si presenteranno problemi di tipo economico ma soprattutto di tipo qualitativo. È compito infatti delle aziende sanitarie pubbliche verificare che gli *standard* qualitativi delle prestazioni erogate ai propri residenti rispettino le condizioni imposte dalle norme.

È opportuno, infine, che il referente interno che si occupa di qualità sia inserito in qualche associazione o in *network* in modo tale da poter partecipare a sperimentazioni, convegni, ecc. e collaborare con le associazioni di volontariato e di difesa dei diritti dei malati.

Per facilitare il nucleo che intraprende l'analisi degli strumenti di rilevazione della qualità è utile fornire, come nel caso precedente, uno punto di partenza per la valutazione delle azioni da compiere (figura 8).

4. Logiche di valutazione

4.1. Il contesto valutativo

L'analisi della terza area di interesse del nucleo, l'*audit* organizzativo, è

Figura 7 - Check list strumenti di controllo economico

Strumenti di controllo	Si/No	Grado di funzionalità
Piano dei centri di costo Piano dei fattori produttivi Piano dei centri di responsabilità Sistema di <i>reporting</i> Sistema di <i>budgeting</i>		

Figura 8 - Check list strumenti di controllo della qualità

Strumenti di controllo	Sì/No	Grado di funzionalità
Questionari qualità percepita Metodologie di valutazione della qualità (APQ, VRQ) Comitato di qualità Coordinamento associazioni di volontariato		

un aspetto che deve essere inquadrato nel più generale contesto delle logiche di valutazione. L'acceso esplicito alla valutazione dei singoli dirigenti nel dettato normativo, pone sul tappeto nuove questioni che si legano all'introduzione del nuovo regime contrattuale. A tal proposito il nucleo dovrà affrontare anche compiti non istituzionali, come la graduazione delle posizioni, che non appartengono strettamente al novero delle sue responsabilità.

La valutazione del risultato raggiunto attraverso le prestazioni lavorative del personale è sempre stato, per le aziende, un problema estremamente dibattuto e che ha ricevuto, specie nell'ultimo ventennio, sempre maggiori attenzioni.

Negli ultimi anni le imprese hanno sempre più variato, integrato, sviluppato i sistemi di valutazione delle risorse umane ed anche nella pubblica amministrazione gli anni '80 hanno visto l'ingresso nella normativa contrattuale degli istituti di incentivazione legati in qualche misura alla valutazione delle prestazioni.

Questo fatto sta ad indicare che, nell'ambito lavorativo è sempre più considerato fattore determinante, «di presidio», possedere un efficace sistema di valutazione delle prestazioni, così come degli obiettivi e del potenziale delle risorse impiegate. È conseguente che il sistema sarà tanto più efficace quanto in grado di articolarsi su più livelli d'analisi, da quello più disaggregato della singola prestazione lavorativa a quello più sintetico del ri-

sultato aziendale complessivo. Il termine valutazione che in questo contesto utilizziamo tenderà ad assumere sfaccettature diverse se riferito a prestazioni, attività, risultati, potenziali o altro ancora; poiché il senso di questo lavoro è chiarire chi deve fare la valutazione in azienda e attraverso quali strumenti, lasciamo per ora coesistere leggere dissonanze che cercheremo di ricomporre in seguito.

La valutazione, così come altri strumenti e politiche del personale, ha vissuto varie fasi nel contesto sociale dell'impresa e delle organizzazioni che cercheremo di sintetizzare nello schema della figura 9.

In questo scenario possiamo affermare che la valutazione delle prestazioni, intesa come parte della più ampia valutazione del personale, comprendente anche la valutazione del potenziale, delle caratteristiche personali e delle necessità di formazione, sia andata realizzando sulle seguenti direttrici o alternative:

a) valutazione dei comportamenti in relazione ad attese definite preliminarmente;

b) valutazione dei risultati conseguiti, posti in relazione ad una serie più o meno esplicitata di traguardi attesi e concordati.

Il primo aspetto è sicuramente il più tradizionale della valutazione delle prestazioni (o meglio le *performance*) del personale. È tipica di tutte le strutture burocratiche (pubblico impiego compreso) e viene distribuendosi su una scala ristretta di aggettivi qualificativi.

Può anche presentarsi suddivisa in fattori distinti, comunque poi confluenti in giudizio sintetico.

Si tratta quindi della forma più arcaica di valutazione del personale in quanto parte dal presupposto che il possesso di certe prerogative è direttamente posto in correlazione a certi comportamenti.

La valutazione dei comportamenti è tipica di una realtà organizzativa in cui prevale la necessità, per i soggetti, di adeguarsi alle norme, alle procedure, alle disposizioni definite preliminarmente in contesti di elevata standardizzabilità delle attività produttive.

È un metodo utilizzabile quando una organizzazione è in grado di raggiungere i suoi obiettivi per mezzo di operazioni in buona parte prefigurabili e pertanto prescrivibili (si pensi in proposito ai processi produttivi ripetitivi e alle attività amministrative in genere).

Il secondo sistema di valutazione, quello che prende in considerazione i risultati conseguiti, è tipico invece di una realtà organizzativa in cui il livello di autonomia dei soggetti coinvolti sono più elevati e la complessità delle operazioni lavorative è solo in parte standardizzabile.

Sono in genere realtà aziendali ed organizzative avanzate dove il riconoscimento delle professionalità è di natura pragmatica e gli operatori aziendali sono orientati a muoversi in regime di discrezionalità (si pensi in proposito ai responsabili dei centri di profitto e costo, di linee di vendita settoriali, ...).

Prima di entrare nel merito dei diversi aspetti che richiede la valutazione nei due sistemi è opportuno precisare i fini per cui viene e può essere applicata una valutazione delle risorse.

A prescindere dai contesti purtroppo piuttosto diffusi di valutazione ri-

Figura 9 - La valutazione ed il contesto sociale

FASE	CONTESTO
<i>Anni '60</i>	La valutazione era fortemente centrata sul soggetto in un sistema aziendale chiuso in se stesso. In pratica le persone erano valutate in base ai valori posseduti, all'aderenza degli stessi con l'azienda e del modo di pensare del proprio superiore gerarchico. La positività della valutazione era pertanto centrata su fattori quali la fedeltà, l'obbedienza, il conformismo.
<i>Anni '70</i>	Si sviluppa una reazione, a tratti violenta, contro la valutazione. Le spinte ideologiche legate all'egualitarismo, la crisi dell'autorità gerarchica, hanno determinato un clima negativo intorno alla valutazione e pertanto, consapevolmente o meno, i soggetti dell'azione valutativa hanno lasciato cadere lo strumento a disposizione. Anche là dove erano mantenuti, gli strumenti valutativi, erano fortemente temuti, se non osteggiati e comunque generalmente percepiti nella loro accezione negativa (rilevazione di errori, incapacità, ...).
<i>Anni '80</i>	Si avverte la rinascita della valutazione e soprattutto l'enucleazione di nuovi approcci alla stessa. Le linee più evidenti sembrano essere: a) desiderio del collaboratore di ricevere apprezzamenti sulle prestazioni svolte; b) esigenza di qualificare le risorse chiave per evitare turnover indesiderati; c) identificazione di piani individuali di sviluppo; d) individuazione in maniera meritocratica degli interventi retributivi.
<i>Anni '90</i>	Assistiamo, soprattutto nel contesto del settore pubblico, ad una sempre maggiore centralità della valutazione sia dei risultati conseguiti dall'organizzazione (il riordino del pubblico impiego nel D.L. vo n. 29 del 1993 segna l'avvio dell'istituzione dei nuclei di valutazione interni alle singole amministrazioni) sia dei risultati conseguiti dai singoli dipendenti ed in particolare dei dirigenti. Sono emblematici a questo proposito i recenti rinnovi contrattuali dei dipendenti pubblici laddove vengono fissate forme individuali di incentivo (che non può pertanto prescindere da un rapporto valutativo e selettivo nel gruppo) ma soprattutto per l'area dirigenziale dove tutto il sistema premiante (anche per le progressioni di carriera e l'affidamento di incarichi) poggia sulla valutazione dei risultati conseguiti, gestita attraverso i servizi di controllo interno o i nuclei di valutazione.

tuale fine a se stessa, possiamo dire che con un processo di valutazione interno si possono raggiungere obiettivi diversi:

- il miglioramento della produttività;
- l'individuazione delle esigenze di formazione professionale;
- l'aumento della motivazione;
- la definizione dei sistemi retributivi;
- la definizione di alcune forme particolari di incentivazione;

— il miglioramento dei flussi di comunicazione;

— una miglior chiarezza e trasparenza organizzativa.

È chiaro che aziende e organizzazioni hanno di regola selezionato gli obiettivi prioritari ed hanno pertanto finalizzato il processo su questi aspetti determinando anche i livelli a cui estendere la valutazione delle risorse, livelli che, salvo rare eccezioni, comprendono esclusivamente i quadri intermedi e direttivi, anche se sostanzialmente nulla impedisce l'estensione del processo a tutti i gradi della scala gerarchica.

È opportuno a questo punto sottolineare che una seria valutazione del personale non può prescindere prioritariamente dall'analisi, descrizione e valutazione delle mansioni che devono essere svolte.

È infatti evidente che, nella realtà operativa, quando l'analisi, la descrizione e la valutazione delle mansioni sono carenti, l'apprezzamento del valore presente o potenziale del soggetto tende a basarsi sui tratti della personalità, piuttosto che sulle capacità effettivamente dimostrate nell'adempimento dei compiti e, anche quando il valutatore si sottrae a questo errore e si scelgono come giudizi il reale comportamento nel lavoro e le relative prestazioni, spesso la tendenza è quella di prendere in considerazione responsabilità o compiti irrilevanti o secondari nei ruoli oggetto di giudizio.

L'analisi, la descrizione e la valutazione del lavoro hanno lo scopo di delineare in modo analitico, per ciascuna mansione, i compiti da svolgere e le capacità richieste ad un individuo medio per rispondere soddisfacentemente alle «richieste» dei ruoli organizzativi nonché il valore relativo delle varie mansioni.

La valutazione del lavoro non può essere e non va assolutamente confusa con la valutazione dei meriti. È invece uno strumento per realizzare efficacemente quest'ultima ed ha per oggetto i ruoli (il lavoro) e non le persone che lo svolgono. La valutazione del personale può anche non avere come afferma Zerilli (Zerilli, 1987) un carattere scientifico, ma è certa l'esigenza avvertita dalle direzioni aziendali, così come dai lavoratori, di disporre quanto più possibile di sistemi obiettivi di valutazione.

4.2. Per una valutazione efficace

Data la prestazione come un complesso di eventi posti in essere dall'individuo sul lavoro, ne discende che il giudizio su di esse, per essere il più possibile obiettivo deve basarsi su dati e fatti relativi a questi eventi, non certo su opinioni o impressioni generiche anche se autorevoli.

La valutazione deve inoltre tenere conto dello *environment* in cui si colloca la prestazione e soprattutto sui fatti di rilievo che hanno determinato positivamente i risultati nel periodo in esame.

È pertanto definibile come un giudizio sistematico del valore di quanto concretamente espresso da una data posizione dell'organizzazione, espresso periodicamente secondo una determinata procedura da una o più persone appositamente incaricate e che conoscono l'individuo stesso e il lavoro.

Alcuni punti sono molto importanti a questo proposito e devono essere subito posti in evidenza:

1) il risultato non sempre è direttamente originato dalla capacità, preparazione e comportamento dell'individuo. Esso può anche essere il risultato di circostanze e fatti indipendenti dalla volontà dell'interessato. Per esempio, di fattori esterni all'azienda (condizioni del mercato, concorrenza, variazioni economiche nella zona in cui opera, ecc.) o di fattori interni all'azienda (mancanza di addestramento, direttive insufficienti, ritardi, difetti di comunicazione);

2) nel giudizio occorre tenere conto solo dei fatti e delle circostanze che rivestono particolare rilievo ai fini della valutazione che si sta esprimendo in quel particolare momento. Non di fatti e circostanze relativi a periodi diversi. Ci si deve sforzare inoltre di tenere conto dei fatti e delle circostanze verificatesi durante tutto il periodo a cui la valutazione si riferisce e non solo ai più recenti;

3) non si deve valutare se l'individuo è in astratto capace di fornire un dato rendimento quantitativo e qualitativo. Quello che va giudicato è solo il come egli ha svolto i suoi compiti nel periodo di tempo a cui la valutazione si riferisce, in funzione del livello medio di rendimento quantitativo e qualitativo che la posizione assegnatagli richiede. È rispetto a questa variabile che vanno giudicati gli aspetti quantitativi e qualitativi del rendimento del dipendente: volume di lavoro che ha svolto e rapidità, precisione, accuratezza nello svolgimento del lavoro, qualità dei risultati ottenuti, frequenza e gravità degli errori commessi, costanza nel rendimento;

4) non si deve valutare il dipendente per prestazioni, risultati o requisiti non richiesti dalle mansioni che ha svolto nel periodo considerato e nemmeno se il dipendente ha capacità tali da poter svolgere mansioni superiori alle attuali;

5) non va infine attribuita importanza alla eventuale circostanza che, in periodo passato rispetto a quanto oggetto della rilevazione, i risultati del dipendente siano stati superiori od inferiori rispetto al periodo in esame.

Occorre sottolineare che, mentre gli aspetti quantitativi possono essere concretamente misurati, gli aspetti qualitativi sono rimessi ad un giudizio necessariamente soggettivo da parte del valutatore.

Inutile nascondersi che oggi la maggior parte dei fattori su cui gli individui sono giudicati è di carattere qualitativo, pertanto non misurabili oggettivamente.

È per questa ragione che la scientificità del metodo è talvolta fortemente messa in discussione ma, nonostante questo, esso rimane strumento insostituibile di misurazione. Evitando in questa sede valutazioni su chi debba o meno essere oggetto di valutazione nel merito dei risultati (trattandosi di

posizione «politica» dell'azienda) e dando per scontato che nessuna pregiudiziale si pone in relazione al livello di personale, si tratta eventualmente di adottare una o più metodologie di valutazione in relazione ai livelli oggetto di indagine.

Una risposta a parte merita invece il quesito: «chi deve valutare?». Il recente contratto siglato per i dirigenti delle aziende sanitarie chiama esplicitamente in causa il NdV come organo che gestisce i sistemi ed i meccanismi di valutazione dei risultati.

Ritornando al problema della valutazione, regola fondamentale a questo riguardo è che la responsabilità della valutazione sia affidata alle persone che meglio conoscono i dipendenti da valutare e che sono a contatto con loro e il loro lavoro abbastanza da poter esprimere un giudizio sui fattori inclusi nel piano che vedremo.

Passando poi alle metodologie di valutazione, occorre sottolineare che il prodotto finale della valutazione, magari anche ai fini della costruzione di un piano di incentivazione aziendale, deve consistere in una ponderazione dei fattori di giudizio, cioè l'attribuzione di un valore o peso che esprima l'importanza quantitativa rispetto ad altri fattori di merito.

La ponderazione trova giustificazione con la diversa incidenza che ogni elemento ha ai fini del giudizio che si vuole ottenere. Per esempio, lo «spirito d'iniziativa» può avere un'importanza diversa per il successo sul lavoro rispetto alla «osservanza delle disposizioni impartite» (o viceversa) e questo dipende ulteriormente dalla posizione ricoperta.

Restando all'esempio precedente, lo spirito d'iniziativa ha un'importanza diversa a seconda che il valutato sia un addetto alla vendita o un impiegato amministrativo d'ordine. La ponderazione nel modello che qui si propone deve fare riferimento ai risultati della valuta-

zione delle mansioni cercando di trovare la migliore corrispondenza possibile tra i fattori di *job evaluation* (per esempio secondo il metodo Hay) e i fattori di merito. In questo caso il giudizio di merito complessivo sarebbe uguale alla sommatoria dei giudizi di merito ottenuti su ciascun fattore di valutazione moltiplicato per il «peso» del corrispondente fattore di *job evaluation*.

Qualche problema può crearsi in relazione alla possibilità che fattori di *job evaluation* non trovino correlazione con fattori di merito o viceversa. Questo problema può trovare soluzione nella corretta impostazione a priori dei due sistemi di valutazione, impostazione che pertanto non può prescindere da questa correlazione.

Qualche cenno meritano ora le metodologie di valutazione come risultano conosciute a tutt'oggi.

In quell'esigenza di sistematicità che permea tutto quanto il lavoro si prova a raggrupparle secondo la seguente casistica:

a) la tecnica più antica e diffusa è costituita dalle «scale di giudizio», che si articolano in una serie di fattori (caratteristica della persona o un aspetto del suo comportamento) ognuno dei quali suddiviso in una gamma di livelli da «insufficiente» ad «ottimo» ed il valutatore dovrà scegliere per ciascun fattore il grado che ritiene più idoneo;

b) esistono inoltre le «liste descrittive», quando si scelgono fra una serie di affermazioni precostituite quelle che, a giudizio del valutatore, meglio si adattano al dipendente oggetto della valutazione;

c) le «tecniche di comparazione» si suddividono in tre gruppi (graduatoria, confronto e distribuzione forzata) e sono molto semplici da usare in quanto richiedono di confrontare (globalmente oppure per ogni singolo fattore) ciascun soggetto con tutti gli altri soggetti del medesimo gruppo;

d) i «rapporti di valutazione» e il metodo dei «fatti significativi» prevedono la registrazione di tutti i fatti più rilevanti connessi con la prestazione di lavoro (fatti di successo e di prestazione inadeguata): sono anche detti metodi attivi perché richiedono un intervento molto più personale del responsabile. Tra questi ricordiamo i rapporti senza schema, i rapporti a schema libero e i rapporti a schema predeterminato;

e) la valutazione «non gerarchica» prevede che il giudizio venga espresso da persone diverse dai superiori gerarchici (possono essere i colleghi, i subordinati, lo stesso soggetto);

f) ed infine la valutazione «per obiettivi», in base alla quale il giudizio viene espresso rispetto ad una serie di obiettivi concordati in precedenza fra il superiore e il dipendente.

Qualunque sia il metodo adottato, il valutatore (che è sempre il responsabile gerarchico) al termine del processo deve compilare una scheda ove sono posti in rilievo tutti gli aspetti più significativi della prestazione fornita ma ciò che conta particolarmente è il giudizio di merito complessivo che, come sopra spiegato, collocherà il lavoratore in un definito punto della scala di merito per quel particolare profilo o livello.

Volendo infine avere una forma di controllo sulla «attendibilità del sistema valutativo» (a livello del responsabile di settore o di azienda) è possibile ricorrere ad una distribuzione della valutazione secondo una curva prefissata (curva gaussiana) che tenga conto forzatamente dei criteri probabilistici della distribuzione del merito, volta per volta fissati dall'azienda.

4.3. L'audit organizzativo

La prima verifica da compiere è quella relativa alla diffusione di una

cultura organizzativa forte all'interno dell'azienda. La necessità di utilizzare i risultati dei sistemi di valutazione ed incentivazione rendono necessaria la presenza di un'unità operativa che si occupi della gestione delle risorse umane e della formazione ed aggiornamento. Tale unità dovrebbe soddisfare i fabbisogni informativi ed il supporto tecnico di cui il NdV necessita senza l'interferenza delle unità organizzative che gestiscono l'amministrazione del personale. Le risposte organizzative a tale problema non sempre sono accettabili: negli organismi le unità organizzative in questione rimangono, il più delle volte, lettera morta. Il problema formativo, ad esempio, è stato spesso visto come momento di riparto dei fondi tra le varie categorie professionali esistenti: si nota la mancanza di piani che, con un disegno organico, possano soddisfare i bisogni formativi in maniera coerente. La scarsa diffusione dei sistemi di ricompensa (ad eccezione degli incentivi corrisposti in passato, principalmente con i progetti obiettivo), e dei sistemi di sviluppo del personale è dovuta essenzialmente a due fattori: una mancanza di cultura manageriale causata dai ritardi legislativi che hanno visto le organizzazioni sanitarie trasformarsi in azienda solo negli ultimi anni e le scarse risorse finanziarie dedicate alla gestione del processo di crescita del personale. A questi due elementi si aggiunge la considerazione che i processi di ingresso del personale non riuscivano a selezionare i profili più adatti alle esigenze delle aziende.

La validazione delle metodologie di valutazione delle risorse umane, in buona sostanza, non sempre è possibile poiché mancano sistemi formalizzati di valutazione. Come vedremo nel percorso implementativo, l'introduzione del NdV può servire ad affrontare queste contraddizioni: al fine di evi-

tare un sovraccarico operativo si costituisce *ex novo* un'unità organizzativa. La definizione di una *check list* di base per chiarirsi le idee sulla qualità dei risultati che il nucleo utilizzerà non verifica solo l'esistenza di strumenti gestionali per il controllo organizzativo ma parte dalla verifica dell'esistenza delle strutture organizzative che dovrebbero gestire tali processi (figura 10).

Le carenze di cui si è discusso in precedenza, si evidenziano dal fatto che notiamo un impegno particolare, da parte dei NdV che muovono i primi passi, nella progettazione di metodologie di verifica degli obiettivi prestazionali da parte dei dirigenti e la puntuale definizione dei criteri che bisogna adottare per la verificare concretamente se la prestazione resa sia qualitativamente elevata ed in quale misura lo sia.

Un importante contributo del NdV viene dall'indicazione dei criteri per l'utilizzo dei fondi previsti per l'incentivazione del personale medico e non medico (contratto della dirigenza del comparto sanità già citato):

1) fondo per la retribuzione di posizione che, in relazione alla graduazione delle funzioni, è correlata all'incarico conferito ai dirigenti dall'azienda;

2) fondo per la retribuzione di risultato che è correlata ai risultati raggiunti e al conseguimento di livelli significativi di qualità delle prestazioni dei dirigenti. La retribuzione di risultato, quindi, si suddivide in: incentivazione alla produttività determinata mediante il processo di *budget* e premio per la qualità delle prestazioni individuali distribuito dalla direzione ad un massimo del 7% dei dirigenti.

Il contributo del NdV può concretizzarsi nello sviluppo di sistema di attribuzione di punti da correlarsi al peso attribuito alle posizioni dirigenziali e all'elaborazione di meccanismi

premi/sanzioni collegati agli obiettivi contrattati tra i dirigenti e il comitato di *budget*, previo consenso dell'Alta direzione. Un aiuto nella risoluzione dei problemi, che certamente affioreranno nelle diverse soluzioni prospettate, potrà venire dall'utilizzo di metodologie di valutazione delle risorse umane già ampiamente sperimentate in campo privato, il cui utilizzo nella sanità, pur con le dovute cautele, potrebbe rivelarsi prezioso.

5. Percorso implementativo e resistenze

L'introduzione del nucleo costituisce una buona occasione per fare una verifica della bontà del disegno organizzativo e verificare la coerenza dello stesso. È probabile che debbano essere effettuati microinterventi organizzativi allo scopo di ridisegnare l'assetto interno degli uffici di *staff* attraverso l'aggiornamento delle figure che andranno a ricoprire i ruoli più innovativi: il corretto funzionamento del nucleo esige infatti un efficiente assetto organizzativo degli uffici di *staff*.

Queste strutture vanno impostate e progettate *ex novo* (nel caso di mancata costituzione) non solo perché previste dalla legge di riordino del sistema sanitario ma anche perché servono competenze sempre più specialistiche per governare il cambiamento. Mentre gli organi di linea svolgono processi di gestione caratteristica e si collocano lungo una linea gerarchica discendente, gli organi di *staff* svolgono processi

di misurazione o di organizzazione a supporto dell'Alta direzione. Gli uffici di *staff*, come abbiamo più volte ribadito, le elaborazioni di base con cui è possibile effettuare l'attività valutativa: un efficiente assetto e delle chiare regole di collegamento tra questi ultimi ed il NdV consentono di procedere all'attività valutativa senza eccessive preoccupazioni.

L'inefficiente assetto organizzativo degli uffici di *staff* richiede un'attività suppletiva del NdV riguardo alle carenze che caratterizzano tali organi e producono un dannoso sovraccarico operativo. Anche quando sono formalmente costituiti, l'attività degli uffici di *staff* può assumere uno scarso peso specifico riguardo alle decisioni dell'Alta direzione: spesse volte essi ricoprono un ruolo che finisce per avvicinarsi ad una sorta di ufficio studi sottraendole ai processi gestionali più operativi.

Nella fase di avvio dei NdV sarà giocoforza privilegiare l'area del controllo economico perché la prima fase di aziendalizzazione delle aziende sanitarie ha posto l'enfasi e consolidato strumenti atti ad indagare questo aspetto della gestione: gradualmente, quindi, si potranno compiere passi significativi anche nell'audit organizzativo e nel controllo della qualità. Tale approccio, lungi dall'essere riduttivo, costituisce il primo passo verso un'attività valutativa che, con l'affinamento dei nuovi strumenti gestionali adottati dall'azienda, diventerà globale.

Figura 10 - *Check list* precondizioni per il controllo organizzativo

Strumenti di controllo	Sì/No	Grado di funzionalità
Ufficio risorse umane Piani formativi di sviluppo Sistema di valutazione dei risultati Sistema retributivo e di carriera Analisi delle procedure e carichi di lavoro Meccanismi di integrazione		

Un NdV di valutazione potrà definirsi «maturo» quando saprà contemplare i tre aspetti analizzati senza sbilanciamenti eccessivi.

A conclusione di queste considerazioni riteniamo utile sintetizzare, in una sorta di *tableau de bord*, il corretto percorso implementativo del nucleo. Il percorso parte dal presupposto che l'azienda non sia dotata di alcun strumento, in modo tale da poter ricomprendere le situazioni più sfavorevoli (figura 11).

Passando all'analisi dei punti critici che possono ostacolare l'operato del NdV, esaminiamo i tre aspetti che riteniamo degni di particolare attenzione.

Sistema informativo aziendale

Il primo snodo è rappresentato dall'esigenza di razionalizzare ed integrare le diverse basi di dati che alimentano un flusso di informazioni e relazioni spesso non strutturate e la cui

trasmissione risulta non omogenea. Capita di sovente che una richiesta di dati dia origine a differenti risposte da parte degli interlocutori interpellati. I dati relativi ai ricoveri, degenza media, posti letto, Drg's, prestazioni ambulatoriali, poliambulatori, accessi di altro tipo ecc. devono essere elaborati con le stesse modalità per tutti i Centri di responsabilità.

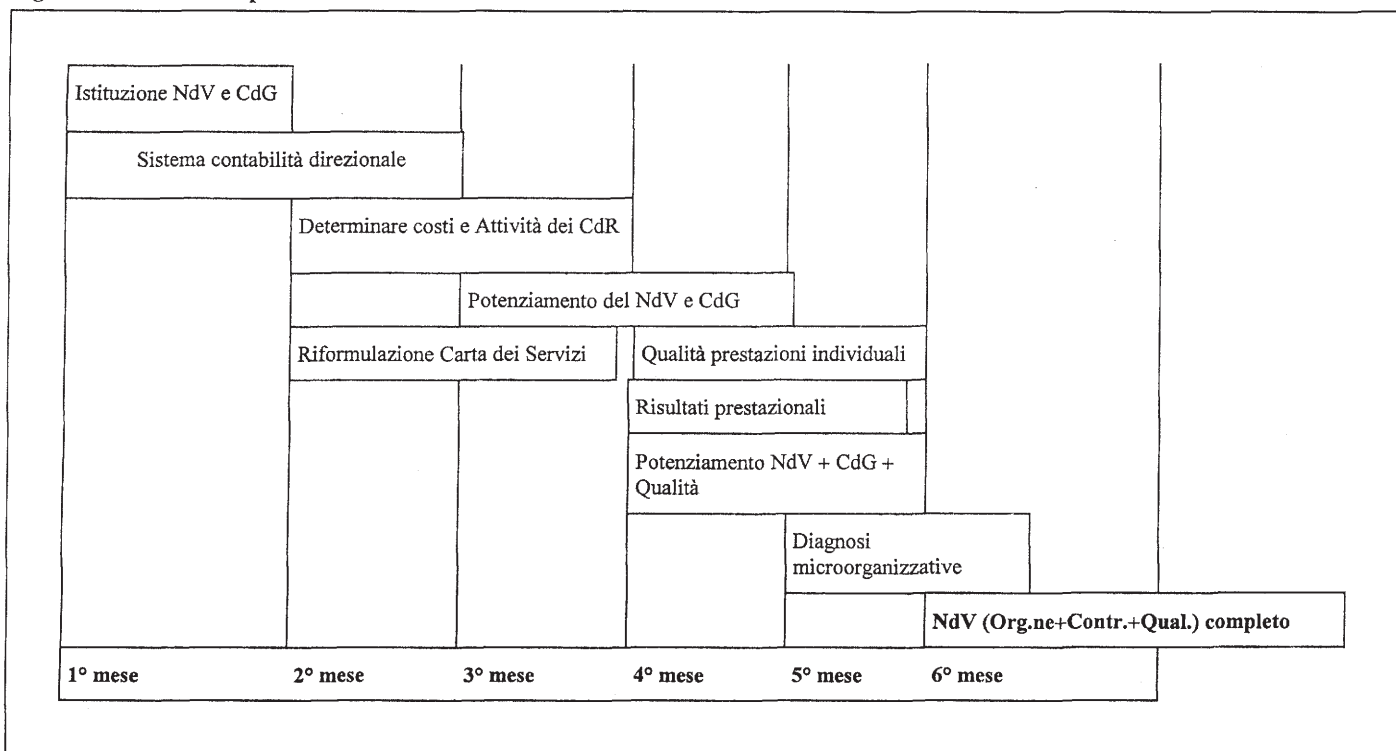
Stante la necessità di produrre la stessa tipologia di informazioni, è necessaria una riorganizzazione di tutti i flussi informativi con l'attivazione di un intervento di tipo esterno o con la costituzione di un gruppo di lavoro *ad hoc* che possa offrire, contestualmente all'insediamento del nucleo, un contributo fattivo per facilitare il nucleo nell'esercizio delle sue funzioni. Il processo valutativo del nucleo necessita di informazioni accurate e tempestive: una scarsa attendibilità dei dati finisce per riverberarsi sulla qualità

dei giudizi espressi sia in ambito globale che particolare.

Ambiguità strategica

La scarsa focalizzazione degli obiettivi da parte dell'Alta direzione può essere un'altra delle cause di fallimento del processo valutativo. L'ambiguità si concretizza nella mancata volontà dell'Alta direzione di effettuare scelte penalizzanti o premianti nei confronti delle diverse aree dell'azienda. In pratica l'Alta direzione si ritaglia un ruolo più «politico» che tecnico, in modo da non perdere il consenso interno e lasciando la «patacca bollente» della valutazione al nucleo. In una situazione di scarsità di risorse finanziarie è difficile mantenere il consenso a tutti i costi: rimanere al di sopra delle parti può far sì che sul nucleo vengano scaricate tensioni organizzative e lo stesso venga responsabilizzato di scelte di tipo strategico

Figura 11 - Percorso implementativo del Nucleo di Valutazione



che non può e non deve compiere. Il compito del nucleo può concretizzarsi nella definizione, ad esempio, il «mercato» sanitario di riferimento od i livelli di performance del sistema ma le azioni da intraprendere e la responsabilità delle stesse rimangono dell'Alta direzione. La funzione del nucleo è essenzialmente di supporto alle azioni organizzative dell'Alta direzione: un supporto importante e qualitativamente elevato tanto più riesce ad aumentare l'efficacia decisionale nella definizione degli obiettivi strategici dell'azienda sanitaria.

Resistenza del soggetto valutato

Quest'ultimo è, forse, l'ostacolo più difficile da superare nell'ambito del problema valutativo. La resistenza del singolo dirigente o l'opposizione delle parti sociali deve essere affrontata con molta attenzione, coerentemente con lo stile di direzione che l'Alta direzione intende adottare. Il principio che deve subito apparire chiaro è quello della divisione dei ruoli tra gli organismi sindacali e l'Alta direzione: ai primi è consentito tutelare le discriminazioni di trattamento tra i dirigenti e la corretta applicazione delle norme contrattuali; all'azienda invece compete la decisione sull'impronta da dare al sistema di ricompensa dei risultati nelle sue tre articolazioni (di valutazione, retributivo e di carriera).

La mediazione va affrontata nel momento in cui si appronta la metodologia di valutazione e, attraverso mec-

canismi formalizzati e trasparenti, si accolgono i suggerimenti delle parti in causa. La naturale resistenza può essere vinta anche individuando figure *leader* all'interno della struttura che possano diventare gli agenti del cambiamento su cui contare per diffondere la cultura manageriale all'interno delle strutture sanitarie, in un clima di graduale migrazione verso sistemi di valutazione più adatti a fronteggiare la complessità del mondo sanitario. La peculiarità dello «strumento valutazione» appare evidente: la valutazione (5) «è qualcosa che contro la natura delle organizzazioni, qualcosa di artificiale che in ultima analisi è imposto dall'esterno, qualcosa contro cui, istintivamente, chi è interno ad un'organizzazione tende a resistere e opporre ragioni per limitare, attenuare, contenere».

(1) Lo schema logico che illustra la strutturazione ed il funzionamento del NdV è riconducibile, fatti salvi gli opportuni adattamenti, a quello descritto da Ruffini R., 1995.

(2) I problemi di produttività negli enti pubblici sono stati affrontati da Reborà G. in numerosi scritti. Il suo schema orientativo per l'analisi dei risultati delle amministrazioni pubbliche in «La produttività degli Enti pubblici: problema di misurazione o problema di *management*?», Il nuovo governo locale, n. 3/1987, è di fondamentale importanza per analizzare la produttività anche delle aziende sanitarie.

(3) Nell'analisi delle aree di pertinenza del NdV ci soffermeremo maggiormente sugli aspetti connessi al controllo economico accennando brevemente ai problemi della qualità sanitaria, che risulta troppo specifica rispetto alla

materia trattata. Un capitolo a parte merita l'analisi del problema valutativo in cui verrà descritto il ruolo del NdV relativamente all'*audit* organizzativo.

(4) Le figure 4 e 5 sono il frutto dell'adattamento di schemi tratti da Bisio L., Mastrogioseppe P., 1996.

(5) Tali considerazioni trovano maggiore spazio nell'articolo di G. Reborà, 1996.

BIBLIOGRAFIA

- ACTIS GROSSO C., *La valutazione dei meriti del personale*, Torino, ISPER, 1968.
- AIROLDI G., *I sistemi operativi*, Milano, Giuffrè editore, 1980.
- ANTHONY R.N. E YOUNG D.W., *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, Milano, Mc-Graw Hill, 1992.
- BISIO L., MASTROGIUSEPPE P., *Il nuovo ordinamento finanziario e contabile degli enti locali: logiche di programmazione e controllo per l'attuazione del D.L.vo n. 77/95 e del regolamento di contabilità*, Il Sole 24 Ore Libri, Milano, 1996.
- BORGONOVÌ E. (a cura di), *Il Controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, E.G.E.A., 1990.
- GASPAROTTI G., *La valutazione del potenziale umano*, Milano, Forrad, 1968.
- PATERSON T.T., *Job evaluation*, London, Business book, 1972.
- REBORÀ G., *Valutazione, valutazione!*, in Azienda Pubblica, n. 1/1996.
- REBORÀ G., *La produttività degli Enti pubblici: problema di «misurazione» o problema di management*, in Il nuovo governo locale, n. 3/1987.
- RUFFINI R., *Il nucleo di valutazione negli Enti locali*, in Azienditalia, n.8/1995.
- WALKER MORRIS F., *Principles and practice of job evaluation*, London, Heimann, 1973.
- ZANDA G. F., *La valutazione dei dirigenti*, Padova, CEDAM, 1984.
- ZERILLI A., *La valutazione del personale*, Milano, F. Angeli, 1987.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

*La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità*
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Le pagine di Mecosan sono aperte al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo, ma soprattutto devono essere in grado di favorire la diffusione della cultura economica e manageriale nella sanità italiana, migliorando le capacità gestionali di coloro che operano sul campo e offrendo nuove indicazioni per le attività di ricerca e sperimentazione. Gli autori sono tenuti a rispettare le seguenti norme editoriali nella preparazione e nell'invio dei contributi:

A) Per la sezione SAGGI E RICERCHE: sono previsti articoli di lunghezza variabile tra 15 e 30 cartelle. Deve essere allegato un abstract in lingua inglese, di lunghezza non superiore a 200 parole, che illustri i principali contenuti dell'articolo e ne anticipi le conclusioni.

L'autore deve indicare almeno tre e non più di cinque parole chiare per la classificazione del proprio contributo. I resoconti di indagini e ricerche devono essere articolati secondo la scansione tradizionale: obiettivi, dati e metodologia, risultati, conclusioni.

B) Per le sezioni ESPERIENZE INNOVATIVE, LA SANITÀ NEL MONDO, SANITÀ E IMPRESA: sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione Sanità e Impresa). Gli articoli devono essere spezzati a intervalli di 2-3 cartelle con un richiamo evidenziante il tema delle cartelle seguenti (massimo tre parole, come il titolo di un paragrafo).

I riferimenti bibliografici, se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.

C) Per tutte le sezioni: si sollecita l'uso di schemi, rappresentazioni grafiche e tabelle. Questi devono essere richiamati nel corso dell'articolo con riferimenti puntuali e devono essere corredati di una didascalia analitica che permetta di comprenderne il significato senza ricorrere alla lettura del testo.

I richiami bibliografici si devono effettuare con il sistema autore-data (non con numeri progressivi). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo secondo le modalità descritte nell'esempio che segue:

*per i testi [Clerico, 1984] G. Clerico: Economia della salute. Franco Angeli 1984;
per gli articoli [Volpato, 1990] O. Volpato: La privatizzazione dei servizi pubblici. Azienda pubblica 1990; 2:243-252.*

I testi devono possibilmente essere scritti con un word processor e consegnati su disco magnetico. In alternativa possono essere consegnati dattiloscritti.

Le cartelle si considerano di 30 righe e 60 battute per riga.

I contributi devono essere consegnati in tre copie (oppure su un singolo disco magnetico), e preceduti da una prima pagina che indichi: nome e cognome di tutti gli autori (il primo sarà l'autore principale); istituzioni di appartenenza; indirizzo completo, numero di telefono e di telefax dell'autore principale; titolo suggerito; notizie sugli autori da riportare in nota; sezione per la quale si intende proporre il contributo.

Seguirà, per la sezione Saggi e Ricerche, una seconda pagina contenente l'abstract in lingua inglese.

I contributi devono essere inviati all'attenzione di Mario Del Vecchio, presso la redazione di Mecosan, viale Isonzo, 23, 20135 Milano, tel. 02/58362600 - fax 02/58362593.

Tutti gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio della redazione e di eventuali referenti esterni accreditati.

Qualore risultasse mancante alcuno degli elementi descritti in queste istruzioni il contributo potrà essere scartato oppure integrato dalla redazione senza richiesta di consenso all'autore.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

L'ANALISI PER L'IMPLEMENTAZIONE DI UNITÀ DI CARDIOCHIRURGIA NELL'OSPEDALE S. CHIARA DI TRENTO

di Alberto Antognozzi¹, Andrea Francesconi², Alessandro Sarti³ (*)

¹ Ospedale San Raffaele, Milano - Divisione Amministrazioni Pubbliche, SDA Bocconi

² Università di Trento - Divisione Amministrazioni Pubbliche, SDA Bocconi

³ Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Analisi epidemiologica e stima dell'attività - 3. I parametri di riferimento per l'accreditamento - 4. Caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria nella Provincia di Trento - 5. La proposta - 6. Valutazione dell'impatto economico dell'attivazione dell'Unità di cardiocirurgia - 7. Conclusioni.

1. Premessa

Il presente lavoro rappresenta la sintesi della proposta per l'implementazione di una unità operativa (u.o.) di cardiocirurgia (CCH) all'interno di una struttura ospedaliera. L'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, dopo la scelta politica di valutare la necessità di aprire una u.o. di CCH nell'ospedale S. Chiara a Trento, si è infatti avvalsa, come supporto per le decisioni, dell'opera di un gruppo di partecipanti ad un corso di *General Management*. Nell'articolo vengono presentati gli elementi sostanziali della proposta, relativi alle caratteristiche strutturali ed organizzative della nascente u.o., con particolare enfasi alla metodologia seguita (1).

La proposta operativa, secondo il mandato esplicitato dalla Direzione dell'azienda al gruppo di lavoro che ha svolto l'analisi, aveva come obiettivo l'identificazione di un modello organizzativo per la realizzazione di una unità di CCH che considerasse i vincoli rappresentati dagli obblighi formali di legge e, più in generale, dallo studio del sistema assistenziale sanitario nella Provincia di Trento. Il modello presentato tiene quindi in dovuta considerazione non solo la realtà

dell'ospedale S. Chiara, ma anche le relazioni con il territorio di competenza dell'Azienda sanitaria, nonché con l'ipotetico bacino di riferimento. Pertanto il quesito progettuale, che ad un primo esame poteva presentare una potenzialità propositiva particolarmente varia ed estesa, viene di fatto a concretizzarsi nella definizione di un modello organizzativo unico e particolare, in risposta alle molteplici esigenze emerse nello studio, con la conseguente esclusione di altre soluzioni teoricamente valide.

La metodologia utilizzata per giungere alla definizione del modello organizzativo che meglio rispondesse ai requisiti sopra evidenziati si è quindi esplicitata nei seguenti elementi di analisi:

— epidemiologia delle malattie cardiovascolari nella provincia e nella regione, per individuare i volumi di attività eventualmente raggiungibili;

— analisi dei parametri utilizzati per accreditare le unità operative di CCH, con particolare riferimento allo studio svolto dalla Regione Emilia-Romagna, volta ad identificare le modalità operative con cui, in altre realtà, si fornisce una risposta al bisogno di cura delle patologie interessate;

— analisi del contesto di riferimento in cui deve inserirsi l'unità di CCH, evidenziando gli elementi che devono essere considerati durante lo studio delle variabili organizzative interne ed esterne, cioè proprie dell'ospedale e del sistema di assistenza sanitaria nella provincia (2);

— definizione operativa del modello organizzativo che deve caratterizzare l'u.o. di CCH, considerando le relazioni con l'ospedale ed il territorio di riferimento;

— valutazione dell'impatto economico dell'attivazione dell'unità di CCH, in cui vengono esplicitate le voci di costo da considerare per la costruzione del conto economico dell'unità, in relazione ai possibili volumi di prestazioni erogabili.

(*) Il presente scritto è frutto di una elaborazione congiunta e condivisa dagli Autori. In fase di stesura finale sono comunque attribuibili ad A. Antognozzi la premessa e le conclusioni, ad Andrea Francesconi il paragrafo 6 ed al dott. Sarti i paragrafi 2, 3, 4 e 5. Gli Autori intendono ringraziare, per la collaborazione ed il supporto ricevuto, la Direzione generale ed il *management* dell'Azienda sanitaria trentina.

In allegato vengono infine presentate le tavole riepilogative dove vengono schematizzati gli elementi essenziali della proposta.

2. Analisi epidemiologica e stima dell'attività

Facendo riferimento alle statistiche degli anni 1991 e 1992 sulla mortalità, morbosità, *attacks rates* del territorio nazionale, dell'intera regione e della provincia trentina, ed estrapolando ad essa i dati forniti dal progetto Monica per la regione Friuli, considerati significativi per la nostra realtà per il solo fatto della contiguità geografica, si sono stimati 350-400 interventi di CCH in circolazione extra-corporea all'anno per le patologie coronariche (3). A questi è poi da prevedere l'aggiunta di altri 40-50 interventi per cardiopatie congenite e 45-55 interventi per cardiopatie valvolari, stimate applicando alla popolazione regionale i tassi di incidenza nazionali. Il numero di interventi in circolazione extra-corporea (oltre 400), risulta in linea con il valore medio dell'Italia, (nel 1991: 402 interventi a cuore aperto per milione di abitanti, di cui 484 nel nord, 460 nel centro, 262 nel sud), e comunque prossimo alla media europea di 449 per milione di abitanti (4).

Dai valori ottenuti emerge che le potenzialità del bacino di utenza rispondono ai criteri di efficienza ed efficacia (almeno 300 interventi l'anno consigliati dalle *Guides Lines American Heart Association*) solo se riferito all'intero comprensorio regionale. Ancora una volta, quindi, emerge come l'implementazione di una u.o. in un complesso ospedaliero non può avvenire senza la necessaria concertazione con i centri decisionali dei servizi sanitari (ospedalieri ed extraospedalieri) limitrofi, che nella fattispecie si compendia in un rapporto armonico e sinergico tra operatori ed alta diri-

genza, e tra quest'ultima ed i centri politico-programmatori delle due province autonome.

3. I parametri di riferimento per l'accreditamento

Il primo riferimento inerente la strutturazione di unità operative di CCH è riconducibile alla legge n. 132/68, nella quale al titolo III, «Requisiti e classificazione degli ospedali», si individua l'alta specialità inseribile negli ospedali regionali. Successivamente la legge n. 595/85, «Norme per la programmazione sanitaria ed il Piano sanitario nazionale», all'art. 5 oltre a definire requisiti strutturali ed organizzativi delle alte specialità, demanda al Ministero della sanità la definizione, da effettuarsi con apposito decreto, dei vincoli cui attenersi nella fase programatoria di una u.o. di alta specializzazione. Con il D.M. 29 gennaio 1992 il Ministro della sanità provvede a riconoscere la CCH come alta specialità, e ad inserirla nell'apposito elenco emanato in allegato al succitato decreto. In particolare si evidenzia che «il complesso dei mezzi, delle attrezzature, del personale assegnato a ciascuna alta specialità costituisce la struttura di alta specialità». Inoltre si sottolinea come sia demandato all'organo deliberante aziendale la «fissazione delle regole e norme per una organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale dei servizi e delle attività», che concorrono alla istituzione di una u.o. di alta specialità. L'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 determina l'obbligo dell'accreditamento delle strutture pubbliche e private, con il vincolo di definire i requisiti strutturali, tecnologici, ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie.

Al momento in Italia, solo il Piano sanitario nazionale (D.P.R. 1° marzo 1994), al capitolo 8, predispone un

atto di indirizzo e coordinamento alle regioni inerente i criteri di finanziamento ed accreditamento delle istituzioni sanitarie. In linea generale nel nostro paese, per l'accreditamento, non sono stati definiti i requisiti necessari da cui possono scaturire la certificazione e la conseguente autorizzazione. Attualmente, quindi, le autorità delle regioni risultano i destinatari dell'obbligo della definizione dei criteri per l'accreditamento, in funzione di una analisi strutturale-organizzativa che superi il concetto dei «requisiti minimi» di struttura, per entrare più nel merito organizzativo e di qualità delle prestazioni.

Negli Stati Uniti, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation* valuta la competenza professionale degli *staffs* sanitari, cioè la «clinical competence», intesa come insieme di requisiti professionali non definiti dalla laurea o specializzazione, ma da conoscenze ed abilità acquisite con una formazione adeguata o attraverso l'esecuzione di un numero adeguato di procedure. Il giudizio espresso (nei termini di accreditamento con merito, con raccomandazione, senza raccomandazione, non accreditato), tiene pertanto in grande considerazione il numero di interventi svolti, quale parametro indicativo del livello di competenza e specializzazione raggiunto dalla struttura.

Per la progettazione della u.o. di CCH a Trento sono state adottate le linee guida della Regione Emilia-Romagna (5). In particolare sono stati presi a riferimento i seguenti aspetti:

- autorizzazione ad operare della struttura;
- attività minima annua;
- accesso dei pazienti (definizione di ammissione ordinaria, in urgenza, in emergenza);
- disponibilità per le urgenze;
- modalità di degenza;
- tipologia di struttura;

— dotazione di personale laureato e non;
 — specificità per CCH pediatrica e trapianti;
 — dotazioni di attrezzature per la degenza;
 — dotazione di attrezzature per la terapia intensiva;
 — strutture sanitarie di supporto;
 — procedure per il controllo di qualità.

Sulla base dei parametri adottati nella Regione Emilia-Romagna si ipotizzano, per la realtà di Trento, tre possibili livelli di attività:

A: da 300 a 450 interventi in C.E.C. annui,

B: da 450 a 800 interventi in C.E.C. annui,

C: oltre 800 interventi in C.E.C. annui,

a cui corrispondono livelli minimi di risorse che devono essere previste, in termini di personale, attrezzature e tecnologie (tabella 1) (6).

4. Caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria nella Provincia di Trento

La conformazione orografica della provincia, la distribuzione della popolazione sul territorio (457.000 ab. con una densità di 72 abitanti per Km²), la scarsa tendenza alla urbanizzazione, la carenza di strutture residenziali, rendono ragione di uno standard di PL di 6,3 per mille abitanti (che sale al 7,06 per mille abitanti calcolando al 100% i PL delle strutture non pubbliche), e quindi ben al di sopra del 4,5 per mille previsto dalla normativa vigente in materia di PL per acuti. La ospedalità pubblica si ripartisce su 7 strutture ospedaliere, di cui 5 definibili «distrettuali», delineandosi un sistema planetario statico che vede al centro l'ospedale del capoluogo (S. Chiara di Trento), con 6 ospedali periferici, organizzati fonda-

Tabella 1 - Risorse minime nelle tre ipotesi di attività

	A	B	C
STRUTTURA			
sale operatorie	2	2	>2
letti degenza	15	25	>25
letti terapia intensiva	6	10	>10
PERSONALE LAUREATO			
cardiochirurghi	3	5	>5
anestesisti	2	4	>4
altri (CCH, anes., cardiol.)	5	6	>6
PERSONALE NON LAUREATO			
terapista della riabilitazione	2	2	>2
capo sala	3	3	3
infermieri professionali	29	43	59
strumentisti			
perfusionisti	2	2-3	4
ausiliari	6	7	12
tecnico manutentore	1	1	1
SALA OPERATORIA			
monitoraggio	2	2	3
pompe CEC	2	2	3
scambiatori calore	2	2	3
pompa centrifuga	1	1	1
bisturi elettrici	3	3	4
respiratori	2	3	4
recupero sangue	1	1	2
pace maker temp.	2	2	3
carrello anestesia	2	2	3
scaldasangue	1	1	1
prod. ghiaccio	1	1	1
TERAPIA INTENSIVA			
monitoraggio	1/pl	1/pl	1/pl
respiratori	1/pl	1/pl	1/pl
portata cardiaca	2	2	3
saturimetri	2	2	3
ECG	1	1	1
pompa enterale	1	1	1
pace maker temp (+ bic)	3 + 1 bic	4 + 2 bic	6 + 2 bic
scaldasangue	1	1	1
set riapertura	1	1	1
DEGENZA			
letti monitorizzati (% pl)	50%	50%	50%
aspiratori	1	1	1
materassi antidec.	*	*	*
ecocolor Doppler	*	*	*
DELLA U.O.			
emogasanalisi	2	2	2
dosaggio elettroliti	2	2	2
centrifuga Hct	2	2	2
contropulsatori	2	2	2
RX portatile	1	1	1
fibroscopio	1	1	1
dialisi	1	1	1
emofiltrazione	1	1	1
scialitica portatile	1	1	1
apparecchi fkt respir.	3	4	5
pompe infusione	24	30	40
defibrillatori	4	4	5

mentalmente su rigidi criteri divisionali, con scarsa integrazione funzionale, con pressoché totale assenza di interscambio di risorse tecnologiche e professionali.

Dall'analisi funzionale del sistema non traspare quella auspicabile osmosi di professionalità tra centro e periferia, quella proceduralizzazione comportamentale frutto di una integrazione culturale prima ancora che organizzativa, e l'unica forma di colleganza concreta nel quotidiano è rappresentata dal paziente che, talvolta per l'acuzie e la gravità della malattia, altre volte per precisa e libera scelta, afferisce all'ospedale centrale. L'analisi dei flussi migratori dei pazienti, oltreché dei volumi di attività, evidenziano un utilizzo non appropriato della ospedalità, in specie distrettuale, solo parzialmente spiegabile dalla conformazione orografica prima accennata, dalla relativa difficile viabilità, e dalla funzione vicariante l'assistenza sociale svolta da questi ospedali. Appare invece obbligatoria una ricollocazione organizzativa e funzionale delle strutture ospedaliere periferiche in un quadro generale di rete ridisegnata in integrazione con le strutture residenziali socio-assistenziali, in modo da configurare realmente dei presidi ospedalieri per acuti. Pertanto con l'obiettivo di razionalizzare l'utilizzo dei PL per sole finalità di acuzie, si è prospettato il superamento del rigido concetto della divisione, orientandosi ad un assetto interno di tali presidi sul modello delle aree funzionali omogenee, ed al contempo l'integrazione funzionale con tutta la rete ospedaliera, in special modo con il fulcro centrale, mediante articolazioni dipartimentali, soprattutto per quelle discipline, come la cardiologia e la CCH, che implicano interventi sempre più calibrati e graduati articolati su vari livelli di complessità.

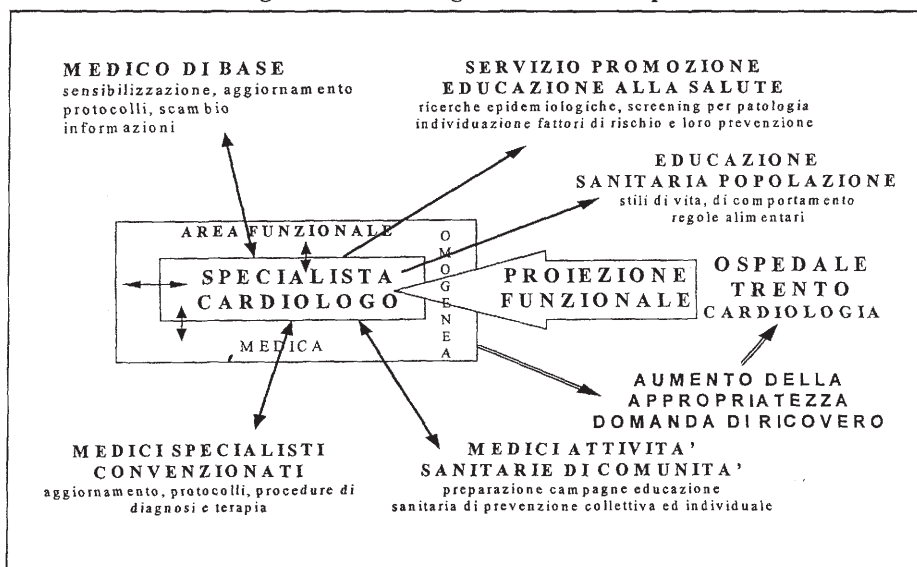
5. La proposta

Con l'obiettivo del razionale utilizzo delle risorse attualmente presenti (anche in termini di PL), si è prevista una revisione organizzativa interna degli ospedali distrettuali, dotandoli di tecnologia adeguata per una cardiologia di primo livello, inserita all'interno dell'area funzionale medica, con professionalità specialistiche in malattie cardiovascolari operanti in proiezione, periodicamente intercambiabili, dalla u.o. cardiologia dell'ospedale centrale. La professionalità specialistica, funzionalmente dipendente dal dipartimento cardiologico, medico e chirurgico, dovrebbe offrire il proprio apporto di competenze nel settore della epidemiologia, della prevenzione, della educazione sanitaria, della riabilitazione, nonché interagire con i medici di famiglia, delle attività sanitarie di comunità, della specialistica ambulatoriale, e rappresentare il fulcro coordinativo della continuità diagnostica e terapeutica che traccia un ipotetico percorso circolare a partire dal medico del territorio, passando dal settore specialistico dell'area funzionale medica del presidio, per proseguire nell'ospedale centrale e da qui ritornare alla medicina di base. L'integrazione organizzativa della funzione specialistica è quindi da configurarsi sia con l'*équipe* dell'area funzionale medica dell'ospedale distrettuale, sia con le professionalità operanti nel settore della prevenzione, tramite la partecipazione, in qualità di docente, a corsi di aggiornamento per i medici del territorio, la partecipazione a gruppi di lavoro per tematiche precipuamente individuate, ad incontri con l'utenza nell'ambito di campagne di educazione sanitaria da condursi a cura del servizio di promozione ed educazione alla salute. Altrettanto dovrebbe verificarsi nel settore della riabilitazione. Il fatto di poter fornire la propria consulenza alle varie professiona-

lità impegnate, per pazienti trattati, operati, curati da professionisti afferenti allo stesso dipartimento, rappresenta quella continuità assistenziale molte volte autorevolmente sollecitata ed auspicata. Con questa funzione il ruolo dello specialista cardiologo, in proiezione funzionale, costituisce il raccordo funzionale tra prevenzione, educazione alla salute, cura e riabilitazione, prima in periferia, e poi con il centro altamente qualificato, di secondo e terzo livello. I benefici prevedibili sarebbero da individuarsi, in una migliore sensibilizzazione, preparazione ed aggiornamento delle professionalità dell'area funzionale del presidio ospedaliero di distretto, nonché delle altre professionalità del territorio. L'utilizzo di tecnologie avanzate, unitamente alla capacità esperita, si tradurrebbe in risultati diagnostici più accurati e tempestivi, orientando adeguatamente la domanda sull'appropriato centro di riferimento, programmando l'inoltro, e garantendone la continuità di percorso. Il punto più delicato e fragile potrebbe rivelarsi la fase di inserimento dello specialista cardiologo nel contesto dell'ospedale di distretto, dal quale del resto la proiezione proprio organizzativamente dipende, senza determinare situazioni conflittuali con le altre professionalità ivi operanti. A tal fine appare determinante la figura del responsabile di area funzionale omogenea, e la capacità di correlare funzioni diverse ma complementari, da parte del direttore di distretto (tavola I).

Pertanto il modello di implementazione della CCH è stato sviluppato con riferimento principale ed ispiratore alla continuità del percorso preventivo, diagnostico, curativo, riabilitativo del paziente cardiopatico, ed in una visione unitaria della cardiologia, centrando gli obiettivi strategici su alcuni grandi temi (emergenza, urgenza, prevenzione, riabilitazione), che trovano

Tavola 1 - Le relazioni organizzative tra le figure sanitarie tra ospedale e territorio



la loro traduzione organizzativa e funzionale in modelli dipartimentali per l'intera alta specialità, e dei quali fanno parte la CCH, la terapia intensiva di cure coronariche, la terapia intensiva e post-intensiva post-operatoria, la riabilitazione, la cardiologia invasiva ed interventistica.

Il modello dipartimentale risponde alle necessità di coordinamento di competenze specialistiche più differenziate nell'intento di ottimizzare le risorse umane e tecnologiche indipendentemente dalla loro assegnazione ad uu.oo. diverse, prospettandosi come una struttura concepita essenzialmente al fine di incrementare le potenzialità assistenziali, di didattica, di ricerca, realizzando economie di gestione mediante la integrazione di attrezzature e professionalità appartenenti ad unità operative diverse inserite anche in differenti aree funzionali omogenee dello stesso o di altri presidi ospedalieri. La proposta fornita alla committenza, è, in altri termini, la risultante di un inquadramento della u.o. CCH in una visuale prospettica dell'intero sistema sanitario provinciale, in cui si cerca la sintesi funzionale unitaria delle sue svariate articolazioni, e delle quali la

CCH è una componente ultra specialistica.

Il modello proposto si configura come un sistema orientato a garantire l'unitarietà del percorso diagnostico-terapeutico, a sua volta graduato ed articolato su più livelli, in cui la casistica valutata e filtrata nei settori periferici, via via afferisce, con alta percentuale di appropriatezza, alle strutture più complesse per la conferma ed il perfe-

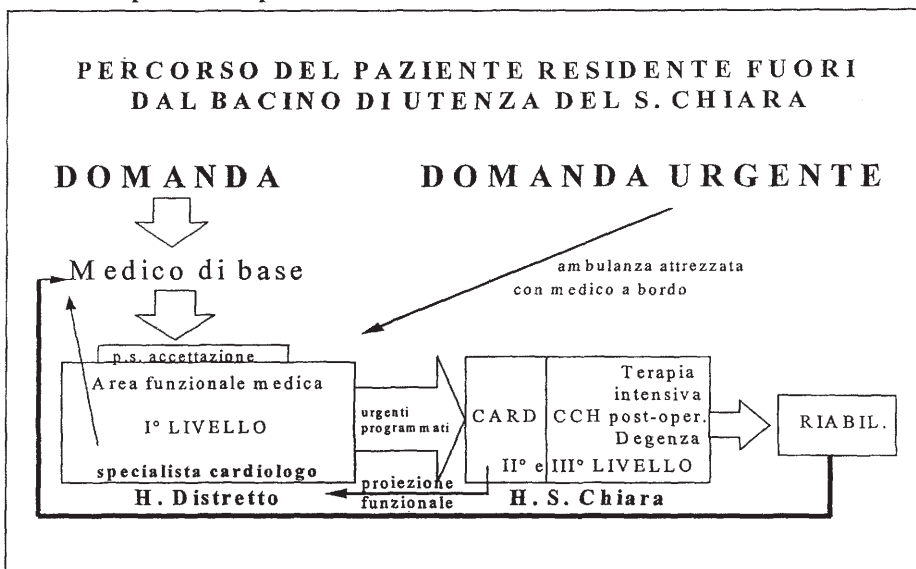
zionamento delle ipotesi cliniche, ed alla cui attività contribuiscono le uu.oo. di cardiologia con diagnostica cruenta (cateterismo cardiaco, angiografia coronarica), di cch con la annessa terapia intensiva e post-intensiva post-operatoria (tavola 2).

Sotto un profilo più strutturalmente tecnico il dipartimento proposto si pone l'obiettivo di realizzare una concreta attività assistenziale con rapporti sempre più stretti tra cardiologia, fisiologia, fisiopatologia cardiocircolatoria e CCH.

Nel presidio ospedaliero in questione, non essendo possibile identificare il dipartimento come modello strutturale unitario, che rimane pur sempre la soluzione ottimale, questi si presenta come modello di sintesi funzionale, in cui sono preliminarmente individuate le specificità di ciascuna componente, in modo da realizzare la sintesi unitaria attraverso modelli procedurali che facciano fondamento su documenti scritti, su codici di comportamenti tecnico-gestionali, integrativi, complementari, gradualizzati e sinergizzanti.

Con riferimento al modello dipartimentale, inteso come modo di operare inquadrato da idonea regolamentazio-

Tavola 2 - Il percorso del paziente



ne che definisce compiti e responsabilità dei vari attori, sono stati individuati 4 settori funzionali di articolazione delle attività: degenza, sala operatoria, terapia intensiva e post-intensiva, ambulatori, adeguatamente commisurati, nella struttura, nella tecnologia, nel personale, ad un volume di attività che nella proposta si ipotizza passare da 220 interventi/anno nella fase di avvio, a 300 interventi/anno nella fase intermedia, fino a 370-440 interventi/anno una volta a regime (4-5 anni) (7). Pertanto si sottolinea come, se nel progetto d'immediata realizzazione è stato opportuno esplicitare chiaramente i punti di debolezza rappresentati da variabili formalmente non riconoscibili ed ammissibili, ciò non significhi che di queste si debba tener conto in un atto programmatico redatto più su basi scientifiche e tecniche che non politico-amministrative (tabella 2).

Tabella 2 - Settori funzionali che compongono l'u.o. di cardiologia e CCH

- Terapia intensiva e subintensiva cardiologica
- Degenza cardiologia
- Diagnostica cardiologica non invasiva
- Diagnostica cardiologica invasiva (elettrofisiologia/elettrostimolazione)
- Diagnostica angiografica e cardiologia interventistica
- Day hospital cardiologico e cardiocirurgico
- Ambulatori cardiologico, cardiocirurgico, anestesilogico
- Riabilitazione cardiologica
- Rianimazione per le terapia intensive cardiologica e cardiocirurgica
- Sala operatoria cardiocirurgica
- Terapia intensiva postchirurgica

Dei settori funzionali sopra menzionati, nota a parte merita la degenza cardiocirurgica. Nella ipotesi formulata dell'incremento graduale degli interventi dai 220 iniziali ai 370-400 a

regime, considerando un indice operativo al 90%, e che alla CCH pervengono pazienti altamente selezionati, si stima un fabbisogno di PL variante dai 12 iniziali ai 20 necessari in fase avviata.

In questo quadro di previsione, in cui il raggiungimento dei livelli ottimali non è contestuale all'inizio della attività della CCH, appare sostenibile, anche in considerazione di vincoli di struttura edile ed organizzativa dell'ospedale in oggetto, la proposta di una aggregazione dei PL della CCH in un'area omogenea con la chirurgia vascolare, senza alterare il concetto e la filosofia del dipartimento medico-chirurgico di cardiologia, stante la determinazione dell'area di degenza dettata da criteri organizzativi, al fine di evitare onerosi ed impegnativi sovvertimenti dell'intero complesso. La soluzione dell'area omogenea di degenza, oltre a raccogliere indicazioni di legge, ne recepisce la filosofia ispiratrice volta a ridurre i costi di gestione, (in specie per quanto riguarda il personale di assistenza), a razionalizzare l'utilizzo degli spazi, ad aumentare la flessibilità recettiva (risolvendo il problema delle sub-discipline e superspecialità),

ad ottimizzare il tasso di occupazione dei letti, a migliorare la recettività alberghiera, nei suoi aspetti di accoglienza, ospitalità, e di umanizzazione dell'ambiente ospedaliero (tavola 3).

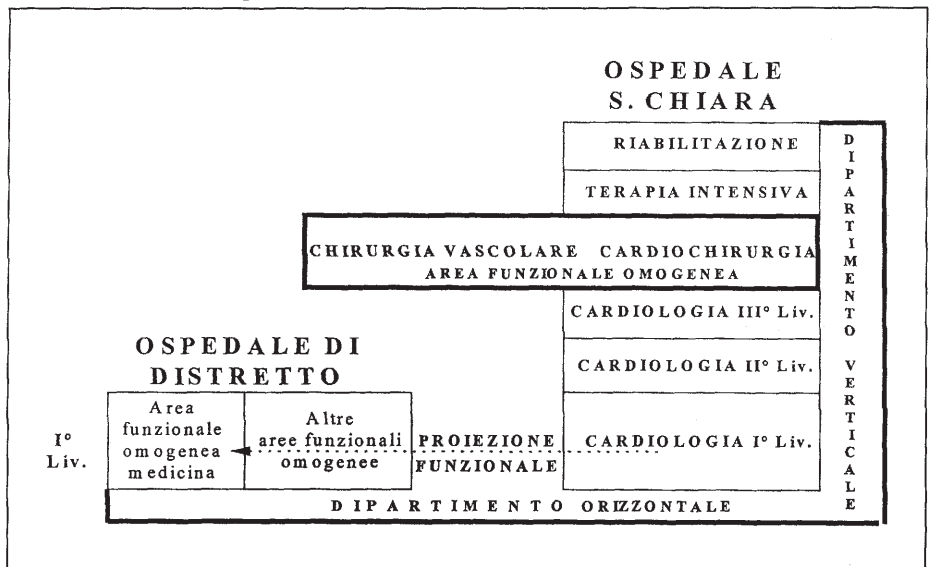
6. La valutazione dell'impatto economico dell'attivazione della cardiocirurgia

Al fine di valutare l'impatto economico della gestione delle attività di CCH si deve procedere alla ricostruzione delle seguenti informazioni:

- costi di gestione;
- ricavi di gestione.

Con riferimento al primo aspetto, la valutazione economico/gestionale dell'attivazione di nuove aree di attività nel contesto di aziende già operanti, si fonda sull'analisi dei costi e dei ricavi differenziali direttamente riferibili all'oggetto di analisi, nel caso analizzato, la futura divisione di CCH (8). Di conseguenza, il modello di analisi dei costi sotto illustrato concentra e focalizza l'attenzione solo su alcune tipologie di costi e non sulla totalità dei costi connessi con l'attività di CCH. Sono esclusi dall'analisi tutte quelle voci di costo che si riferiscono a

Tavola 3 - Percorso del paziente residente in zona disagiata



risorse utilizzate da centri di responsabilità distinti dalla CCH ed il cui ammontare, anche in relazione a quanto verificato sulla base dell'analisi sul campo effettuata ed ai dati fornitici dai diversi responsabili dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, non è destinato a subire significativi incrementi o riduzioni.

I costi sorgenti sono stati distinti in due categorie principali:

— costi sorgenti diretti rispetto alla CCH (quali personale, consumi di farmaci e presidi, tecnologia etc.);

— costi sorgenti indiretti rispetto alla CCH (quali costi da utilizzo dei servizi). Non sono stati tenuti in considerazione i costi comuni (quota parte dei costi generali) in quanto, l'analisi effettuata non ha evidenziato variazioni significative di tali fattori produttivi. Oltre ai costi sorgenti riferiti alla CCH si evidenzieranno i costi relativi all'incremento di organico di altre unità operative in relazione all'attivazione della CCH. L'analisi, infine, non ha considerato le implicazioni economiche connesse agli investimenti di ordine strutturale (ristrutturazioni degli spazi fisici e relative quote di ammortamento) in quanto tali informazioni non erano disponibili al momento di effettuazione dello studio.

Le principali voci di costo considerate sono state le seguenti:

Personale

L'organico medico, infermieristico e tecnico quantificato in base al modello organizzativo prefigurato è stato valorizzato sulla base del costo medio per profilo e posizione funzionale sulla base delle informazioni forniteci dall'ufficio personale dell'azienda sanitaria trentina. L'organico è stato quantificato sulla base delle considerazioni sviluppate nella parte precedente del presente lavoro.

Il prospetto allegato evidenzia la determinazione del costo del personale (tabella 3).

Beni di consumo

Con riferimento ai beni di consumo, la quantificazione dei costi è stata effettuata per aggregati di fattori produttivi. Gli aggregati di fattori produttivi considerati sono stati i seguenti:

- presidi chirurgici;
- protesi e *pace makers*;
- presidi sanitari;
- diagnostici e medicinali;
- materiale di consumo tecnico economale.

Rispetto a tali voci di costo la stima effettuata si è basata sulle seguenti considerazioni:

a) andamento ipotizzato dei volumi di attività;

b) andamento ipotizzato della tipologia di casistica effettuata.

Come precisato nelle precedenti parti dell'articolo, si sono ipotizzati tre differenti livelli di attività pari ad un numero complessivo di casi rispettivamente di ammontante a 220; 300; 370.

Per la definizione delle tipologie di casi trattati (*case-mix*) ci si è basati sui dati epidemiologici e sulla casistica prevalente riscontrata presso le divisioni di CCH di altre aziende ospedaliere/sanitarie italiane analizzate (9).

La conoscenza del numero di casi e della relativa tipologia (nell'allegato 1 si riporta l'esempio della casistica considerata riferito all'ipotesi di un livello di attività pari a 220 casi) consente la stima dei costi diretti relativi ai beni di consumo. A tale riguardo si evidenzia come; sotto il profilo metodologico, una rigorosa ricostruzione dei costi diretti per tipologia di caso trattato implichi la definizione di una sorta di «distinta base di produzione».

In altri termini, per ogni DRG considerato andrebbe effettuata una analitica ricognizione di:

- tipologia di beni utilizzati;
- quantità unitaria impiegata;
- prezzo-costo unitario di acquisizione (10).

Tale ricognizione dovrebbe essere riconosciuta dalle associazioni scientifiche e professionali di CCH. La indisponibilità di informazioni a tale livello di analiticità ci ha imposto di ri-

Tabella 3

DETERMINAZIONE ORGANICO	INCREMENTO CCH	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
<i>MEDICI</i> (*)			
PRIMARIO	1	171.000	171.000
AIUTI	5	139.000	695.000
TOTALE			866.000
<i>INFERMIERI</i>			
DEGENZA	7	40.220	281.540
BLOCCO	4	43.700	174.800
TERAPIA INTENSIVA	10	41.200	412.000
AMBULATORIO	1	43.700	43.700
TOTALE			912.040
<i>TECNICI DI FISIOPATOLOGIA CARDIOVASCOLARE</i>	4	55.000	220.000
<i>AUSILIARI</i>	1	30.000	30.000

(*) Questa dotazione organica è relativa alla fase iniziale di attività della CCH.

correre ad una metodologia alternativa, più semplice, ma certamente meno rigorosa. La determinazione dei costi variabili è stata effettuata parametrando i costi sostenuti da alcune divisioni/dipartimenti di CCH già da tempo operanti. Il principale limite della metodologia adottata consiste nell'ipotizzare, per la futura CCH dell'ospedale Santa Chiara di Trento un livello di efficienza operativa pari alla media delle altre realtà analizzate. Si tratta di un'ipotesi da certificare successivamente, che tuttavia non invalida il modello adottato. È possibile infatti effettuare una serie di simulazioni su tali voci di costo evidenziando le implicazioni, in termini di contributo economico della CCH in relazione a maggiori o minori livelli di efficienza stimati. I dati riportati rappresentano quindi un valido punto di riferimento ai fini di valutazioni economiche preventive.

Costi indiretti

Per i costi indiretti relativi all'utilizzo di prestazioni erogate da:

- centro trasfusionale;
- laboratorio;
- radiologia;
- anatomia patologica;
- altri;

la metodologia adottata è stata sostanzialmente equiparabile a quella in precedenza illustrata per il materiale di consumo.

Ammortamenti e manutenzioni della tecnologia sanitaria

Gli ammortamenti sono stati ipotizzati nella misura del 10% del valore del patrimonio tecnologico specifico della CCH. Le manutenzioni sono considerate nulle nel primo anno (apparecchiature nuove in garanzia) e stimate pari al 5% del valore del patrimonio tecnologico nei periodi succes-

sivi. Anche in questo caso si tratta di un'approssimazione al reale in quanto nei primi anni i costi di manutenzione avranno un impatto minore di quello che si manifesterà verso la fine del periodo di vita utile delle apparecchiature. Il valore adottato rappresenta dunque un valore medio per l'intero periodo.

Stima dei ricavi teorici

Si parla di ricavi teorici in quanto nell'ambito della Provincia autonoma di Trento il sistema DRG non è ancora utilizzato ai fini del finanziamento delle attività delle aziende ospedaliere e sanitarie. Per tale motivo, di conseguenza, la Provincia autonoma non ha ancora provveduto all'emanazione delle tariffe relative ai casi trattati. Il sistema DRG è tuttavia utilizzato ai fini del finanziamento della mobilità attiva e passiva extra-provincia. La mancata presenza di una divisione di CCH ha reso inevitabile fino ad oggi la totale fuga di pazienti residenti nel territorio trentino rispetto alla quale l'Azienda provinciale per i servizi sanitari sostiene conseguentemente l'onere finanziario ed economico quantificato sulla base dei DRG di appartenenza valorizzato con le tariffe del decreto ministeriale del 15 dicembre 1994 e successive modificazioni.

La mancanza di un sistema di finanziamento tariffario sul territorio trentino si traduce nella mancanza di ricavi di gestione connessi alle attività di diagnosi e cura. Per tale motivo i valori determinati vengono considerati come ricavi teorici. Essi hanno comunque un preciso significato economico. Possono essere infatti interpretati come minori costi sostenuti dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari connessi alla mancata fuga dei pazienti residenti sul territorio provinciale e trattati presso l'ospedale Santa Chiara. La determinazione dei ricavi

teorici è stata effettuata nel seguente modo:

- definizione del tipo di DRG trattati dalla CCH;
- stima del numero di casi per singolo DRG;
- quantificazione del totale di punti equivalenti connessi ai volumi di attività ed al *case-mix*;
- applicazione ai punti così determinati di diverse ipotesi tariffarie.

Le tariffe considerate nell'analisi sono state quelle adottate da:

- Regione Lombardia;
- Regione Emilia-Romagna;
- Ministero della sanità.

Nei primi due casi i ricavi sono ottenuti moltiplicando il totale dei punti DRG per la tariffa unitaria per punto. Nel terzo caso, i ricavi si ottengono moltiplicando le tariffe relative ai singoli DRG per il numero di casi previsto. Le tariffe più significative sono ovviamente quelle del Ministero della sanità in quanto quelle correntemente applicate ai fini della regolazione dei rapporti economico-finanziari tra aziende in relazione al fenomeno della mobilità dei pazienti. Si è ritenuto tuttavia significativo ed opportuno evidenziare l'impatto in termini di ricavi teorici derivante dall'applicazione di sistemi tariffari diversi. La scelta di utilizzare le tariffe emiliane e quelle lombarde è connessa poi all'opportunità di confrontare le tariffe nazionali determinate sui singoli DRG con tariffe regionali determinate sulla base del costo per punto DRG (tabella 4).

Analisi del margine

La differenza tra ricavi e costi sorgenti consente di valutare quale sia l'impatto, in termini economici, dell'attivazione della CCH nelle diverse ipotesi di volume di attività. Si precisa che, stante l'attuale assetto istituzionale dell'Azienda sanitaria trentina, che non prevede il ricorso al DRG ai fini

del finanziamento delle attività ospedaliere di diagnosi e cura, alle ipotesi tariffarie effettuate ed ai relativi ricavi complessivi va attribuito, come esplicitato precedentemente, un significato esclusivamente figurativo. I ricavi evidenziati nei conti economici sotto riportati non si traducono infatti in reali entrate finanziarie per l'azienda.

La ricostruzione di diversi livelli di ricavi vuole evidenziare le implicazioni economiche (ed il relativo giudizio di convenienza) sottostante a diverse ipotesi tariffarie (peraltro attualmente già adottate in differenti contesti regionali). In particolare, dai dati sottostanti, si evince quanto segue:

a) rispetto alla stima dei costi effettuata, l'attivazione della CCH è economicamente vantaggiosa solo per livelli di attività almeno pari a 300 interventi (tabella 5);

b) i dati sopra riportati non tengono conto della quota parte di costi generali attribuibili alla CCH, in considerazione dei quali il volume di convenienza si sposterebbe, in tutte le ipotesi di attività, verso l'alto.

Le indicazioni fornite dall'analisi dei ricavi meritano un'ulteriore considerazione. Come detto in precedenza, i ricavi devono intendersi come ricavi figurativi. Tali ricavi si trasformano anche in entrate finanziarie per l'azienda solo per quanto concerne i fenomeni di attrazione di pazienti di provenienza extra-provinciale. Per i pazienti residenti sul territorio della provincia di Trento i ricavi, valorizzati con le tariffe nazionali, vanno, più correttamente interpretati come costi cessanti. Attualmente, infatti per ogni patologia cardiocirurgica l'Azienda sanitaria trentina sostiene costi determinati sulla base delle tariffe nazionali che le vengono fatturate dalle aziende sanitarie od ospedaliere di altre regioni presso le quali i pazienti trentini sono stati curati. Interpretando i ricavi come costi cessanti, l'ammontare glo-

bale dei ricavi, va rettificato della quota parte di ricavi relativi a DRG medici che si è ipotizzato vengano comunque trattati presso la CCH di Trento. (Stima questa congruente con la precedente ipotesi di una percentuale di pazienti operati pari al 90%). In relazione a tale aspetto il margine di convenienza della attivazione della CCH a Trento assume i valori riportati nelle ultime due tabelle che si differenziano

per il fatto di considerare, o di non considerare, i costi relativi alle manutenzione della tecnologia.

Oltre ai costi considerati è stato evidenziato un ulteriore fabbisogno di risorse presso altre unità operative dell'ospedale Santa Chiara.

Servizio rianimazione

Un medico rianimatore.

Tabella 4 - La ricostruzione dell'impatto economico in tre ipotesi di livelli di attività

IPOTESI DI LIVELLI DI ATTIVITÀ	A	B	C
<i>NUMERO CASI</i>	220	300	370
PRESIDI CHIRURGICI	76.141	103.829	128.056
PROTESI E PACE MAKERS	301.001	410.457	506.230
PRESIDI SANITARI	918.233	1.252.135	1.544.300
DIAGNOSTICI E MEDICINALI	162.651	221.797	273.549
MATERIALE DI CONSUMO	100.000	100.000	100.000
MATERIALE TECNICO ECONOMALE	100.000	100.000	100.000
MANUTENZIONI ORDINARIE IN APPALTO	165.000	165.000	165.000
<i>TOTALE BENI DI CONSUMO</i>	1.823.027	2.353.218	2.817.135
MEDICO	866.000	866.000	866.000
INFERMIERISTICO	912.040	912.040	912.040
TECNICO	220.000	220.000	220.000
AUSILIARIO	30.000	30.000	30.000
<i>TOTALE PERSONALE</i>	2.028.040	2.028.040	2.028.040
<i>AMMORTAMENTI TECNOLOGIA</i>	450.000	450.000	450.000
<i>TOTALE COSTI DIRETTI</i>	4.301.067	4.831.258	5.295.175
CENTRO TRASFUSIONALE	187.599	255.817	315.508
LABORATORIO CHIMICA CLINICA	17.334	23.638	29.153
MICROBIOLOGIA	29.161	39.764	49.043
ALTRI (RADIOLOGIA, AN. PAT., ENDOCRINO., ETC.)	5.508	7.511	9.264
<i>TOTALE COSTI INDIRETTI</i>	239.602	326.730	402.968
<i>TOTALE COSTI</i>	4.540.669	5.157.988	5.698.143
TOTALE RICAVI (TARIFFE LOMBARDE)	4.859.062	6.625.993	7.531.112
TOTALE RICAVI (TARIFFE EMILIANE)	4.477.959	6.106.307	8.172.058
TOTALE RICAVI (TARIFFE NAZIONALI)	4.033.172	5.499.780	6.783.062

Tabella 5

	BEP (n. punti)	BEP (n. casi)
Tariffe lombarde	880,05192	203
Tariffe emiliane	1003,3796	232
Tariffe nazionali	non significative	276

Un fisioterapista.

Completamente inerenti all'attivazione della CCH.

Centro trasfusionale

Cinque infermieri professionali.

Già richieste in relazione all'attivazione di altre iniziative presso l'ospedale.

Ai fini della valutazione economica bisogna quindi sottrarre al margine determinato in precedenza i costi relativi al personale aggiuntivo presso il servizio di rianimazione (costi sorgenti indiretti). Ricorrendo ai dati forniti dal servizio personale dell'azienda si stima il costo di tali risorse in lire 185.000.000. Tale valore va portato in detrazione del margine calcolato in precedenza. I valori definitivi sono rappresentati nelle tabelle allegate (tabelle 6 e 7).

7. Conclusioni

Dall'articolo emergono con sufficiente chiarezza due ordini di considerazioni:

— l'analisi degli elementi che caratterizzano una u. o. di alta specialità,

propedeutica alla definizione del modello organizzativo e delle specifiche relative alla realizzazione della u. o. in esame, necessita lo studio di variabili complesse, di natura socio-sanitaria, ma anche economica, organizzativa e gestionale;

— nelle u.o. ospedaliere di nuova costituzione si dovrebbe individuare un modello organizzativo in grado di sviluppare i dovuti e necessari collegamenti con le strutture sanitarie territoriali, non limitando l'analisi alle sole variabili organizzative interne.

Relativamente al primo aspetto è doveroso sottolineare il carattere multidisciplinare del gruppo di lavoro che ha prodotto l'analisi. Solamente la presenza di professionalità complementari (epidemiologi, igienisti, esperti di organizzazione e gestione ospedaliera), in grado di analizzare i diversi aspetti che caratterizzavano il quesito progettuale in essere, ha per-

messo di considerare correttamente le molteplici variabili in gioco. Obiettivo dell'articolo è infatti anche presentare uno schema metodologico di analisi che contempra l'intervento di differenti figure professionali, abbandonando la prassi consolidata che vede limitare l'ambito di studio, relativamente alla progettazione di una nuova u.o., ai soli aspetti di igiene ed organizzazione ospedaliera.

Si sottolinea poi l'opportunità di considerare, oltre alle variabili organizzative interne, anche gli elementi di raccordo con la struttura sanitaria territoriale. Per l'implementazione di una nuova u. o. all'interno di un ospedale andrebbero infatti valutati, oltre ai vincoli ed alle opportunità interni all'ospedale, anche le variabili caratterizzanti il contesto sanitario di riferimento. A questo proposito, con riferimento alle realtà ospedaliere, diventa imperativa la ricerca di una proficua

Tabella 6

LIVELLI DI ATTIVITÀ	MARGINE NETTO SENZA CASI MEDICI
220	- 741.670
300	97.086
370	802.373

Tabella 7 - La ricostruzione dei livelli di attività della divisione di cardiocirurgia: l'ipotesi di un numero di casi pari a 220

IPOTESI DI CASISTICA ARTICOLATA PER DRG				
DESCRIZIONE	DRG	PUNTI	NUMERO CASI	TOTALE PUNTI
INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	75C	3,04	7	21,90897
INTERVENTI SU VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO	104C	7,7521	4	29,40452
INTERVENTI SU VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO	105C	5,8291	54	313,9674
BYPASS CORONARICO CON CAT. CARD.	106C	5,6583	16	92,28882
BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	107C	4,2348	98	414,4263
ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CARDIOVASCOLARE CON CC	108C	5,8725	9	51,2325
INTERVENTI MAGGIORI SUL SIT. CARDIOVASC. CON CC	110C	4,0823	1	4,645376
INTERVENTI MAGGIORI SUL SIT. CARDIOVASC. NO CC	111C	2,2979	3	7,844555
MAL. CARDIOVASC. NO IMA CON CATET. CARD. E DIAG. NON COMPLICATA	125M	0,7587	9	6,619003
ATEROSCLEROSI SENZA CC	133M	0,5312	8	4,029793
MALATTIE CARDIACHE CON. E VALV. >17 NO CC	136M	0,5266	7	3,795152
ANGINA PECTORIS	140M	0,6219	4	2,594824
TOTALE			220	952,7572

relazione con l'ambiente esterno. Nel nuovo sistema sanitario saranno infatti privilegiati gli ospedali che sapranno sviluppare nel territorio di riferimento una cultura per cui le strutture sanitarie «di base» (medici di medicina generale, consultori, presidi ospedalieri di livello inferiore, ecc.) possano effettivamente svolgere la funzione di «filtro».

L'articolo rappresenta un valido esempio, a questo proposito, di ricerca di un modello organizzativo aperto all'ambiente esterno, dove l'ospedale svolge un ruolo di promozione delle competenze e della sensibilità delle strutture socio-sanitarie presenti sul territorio necessarie ad attivare una effettiva attività di «filtro» rispetto alla realtà ospedaliera, a tutto beneficio del paziente e dell'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse.

(1) L'articolo rappresenta la sintesi, opportunamente elaborata, dell'analisi svolta, quale «lavoro sul campo», da un gruppo di partecipanti al corso di formazione «Corgesan 2», tenutosi nel corso del 1996 presso la Divisione amministrazioni pubbliche della SDA Bocconi. Il gruppo di lavoro, che gli Autori intendono ringraziare, era composto, oltre che dagli Autori stessi, dal dott. Lucio Baldo, dott. Francesco Fattiroli, col. Federico Marmo, dott. Giuseppe Rosato, dott. Massimo di Muzio.

(2) In relazione al mandato, la proposta doveva infatti contenere elementi che relativizzassero il modello organizzativo alle caratteristiche proprie dell'ospedale, ma anche della rete ospedaliera ed alla interrelazione di quest'ultima con l'assistenza sanitaria territoriale e con i servizi sociali.

(3) Per un approfondimento sul progetto Monica si veda Ministero della sanità (1984).

(4) A quest'ultima vi concorrono nazioni con oltre 800 interventi ed altre con 40 interventi per milione di abitanti.

(5) Si veda al proposito ANMCO (1992).

(6) Le risorse vengono suddivise tra sala operatoria, degenza e terapia intensiva.

(7) Il dato indicato nella proposta di 370 interventi/anno è prudenzialmente sottostimato

per quelle ragioni politico-etniche-linguistiche-amministrative precedentemente espresse, e che rendono prevedibile, anche se non auspicabile e al di fuori di ogni schema meramente tecnico di programmazione sanitaria, un tasso di migrazione verso centri stranieri di maggiore affinità culturale e sociale.

(8) Sul concetto di costi differenziali si rimanda a Dean: «Managerial economics».

(9) Tra le aziende considerate ai fini dell'analisi della casistica si citano: l'ospedale Luigi sacco di Milano; l'ospedale di Careggi a Firenze; la casa di cura S. Donato a S. Donato Milanese; l'ospedale Borgo Trento di Verona; l'azienda ospedaliera di rilievo nazionale Salerno.

(10) Si tratta in sostanza di ricostruire i costi standard associati alle diverse tipologie di casi trattati. Sul concetto di costo standard si rimanda per tutti a Coda V., 1968

BIBLIOGRAFIA (*)

ANMCO, *Criteri e modelli organizzativi in Cardiologia*. Ed. Cardiologiche ospedaliere, Firenze, 1986.

ANMCO, *Le strutture cardiologiche ospedaliere in Italia*. Secondo censimento ANMCO (1992), sta in Notiziario dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri, n. 96, marzo 1995.

ANMCO, GRUPPO DI LAVORO «CARDIOLOGIA 2000», *Modelli organizzativi dell'assistenza e figure professionali*. Documenti ANMCO 1993.

BOCCADORO S., *Il modello strutturale negli ospedali italiani*, in *Progettare per la Sanità*, n. 21, novembre 1993.

BOCCANELLI A., NOTARGIACOMO B., SIMONETTI S., *Azienda sanitaria e responsabilità del cardiologo: la gestione tecnico-organizzativa*. G Ital Cardiol, 25, suppl 1: 110-116, 1995.

CODA V., *I costi standard*, Giuffrè, Milano, 1968.

COLLINS-NAKAI R.L., HUYSMANS H.A., SCULLY H.E., *Task Force 5: access to cardiovascular care: an international comparison*. JACC, 19:1441-92, 1992.

DEAN, *Managerial economics*, Prentice-Hall Ed.

DI PASQUALE G., PINELLI G., *Come applicare e migliorare i DRG: ruolo del cardiologo*. G Ital Cardiol, 25, suppl 1: 102-105, 1995.

DOCUMENTI OSPEDALE, inserto n. 4/1994.

EUROPEAN INSTITUTE FOR CARDIAC SURVEY EUROPEAN REGISTRY, *European survey on*

open heart surgery, PTCA, Heart catheterisation, 1992. Ann. Acad. Sci. Artium Eur., Vol 6, 1993.

FISCH C., *Clinical competence in electrocardiography. A statement for physicians from the ACPACCNAHA task force on clinical privileges in cardiology*. JACC, 25: 1465-1469, 1995.

FRYE R.L., HIGGINS M.W., BELLER G.A., BENSON J.A., *Major Demographic and epidemiologic trends affecting adult cardiology*. JACC, 12:840-846, 1988.

GIOVANNINI E., LUCCI D., *Strutture e procedure cardiologiche nazionali: esame della situazione attuale*. G Ital Cardiol, 24: 1475-1491, 1994.

GIOVANNINI E., TAVAZZI L., VALAGUSSA F., *Struttura e organizzazione funzionale della cardiologia*. XXVI Congresso nazionale ANMCO, Firenze, 4-7 giugno 1995.

LYTLE B., COSGROVE D., LOOP F.D., *Future implications of current trends in bypass surgery*. 1991.

MINISTERO DELLA SANITÀ, *Linee di guida 1/95*. Gazzetta Ufficiale n. 150 del 29 giugno 1995.

MINISTERO DELLA SANITÀ, CENTRO STUDI, *Relazione della Commissione di studio per l'approfondimento dei problemi di ordine preventivo, curativo e riabilitativo nel settore delle malattie cardiovascolari e della Organizzazione della assistenza cardiologica e cardiocirurgica del Paese*, ed. Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1984.

SCHWEIGER C., *L'appropriatezza e i controlli di qualità delle prestazioni mediche*. G Ital Cardiol, 24: 1509-1517, 1994.

SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA CARDIACA E VASCOLARE, *Attività cardiocirurgica italiana 1991-1993. Risorse e situazione organizzativa dei Centri cardiocirurgici pubblici italiani*.

TESLER U.F. ED, *Health economics organisation and management with special reference to Cardiac Surgery*. Proceedings of the Seminar, E.Majorana Centre for Scientific Culture, 19-25 March 1990; Congedo Ed. 1991.

(*) Gli autori si scusano per l'indicazione incompleta di due testi, che hanno comunque preferito segnalare, sperando possano comunque venire reperiti dai lettori.

GLI INDICATORI DI QUALITÀ: CORRELAZIONI TRA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, MEDICINA VETERINARIA E I.Z.S.

di Lucio Baldo¹, Giovanni Loris Alborali²

¹ Veterinario azienda U.s.s.1 n. 17, Salò - Brescia

² Veterinario Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia, sede Brescia

SOMMARIO: 1. Riferimenti normativi e definizioni -2. Tipologie di indicatori di qualità -3. Discussione.

1. Riferimenti normativi e definizioni

Le norme che obbligano l'azienda sanitaria al controllo di qualità sono richiamate nell'art. 10 e nell'art. 14 del decreto legislativo n. 502/92 (1), decreto emanato a norma dell'art. 1 della legge n. 421/92 (2), integrato e modificato dall'art. 12 del decreto legislativo n. 517/93 (3). Nell'art. 10 si obbliga alla verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni ed al loro costo, per garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della popolazione. I modelli organizzativi, i flussi informativi dei soggetti erogatori, gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente devono essere funzionali a garantire la qualità delle prestazioni nei confronti dei cittadini. Alle Regioni è delegata la vigilanza relativamente al controllo della qualità delle prestazioni; inoltre svolgono interventi programmati di valutazione della qualità dell'assistenza. Al Ministero della sanità compete l'alta vigilanza. Con decreto del Ministero della sanità sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità, sentiti gli ordini e collegi competenti. Nell'art. 14 si inserisce la necessità di un sistema nazionale di indicatori di qualità dei servizi relativi

vamente all'andamento delle attività di prevenzione. Gli indicatori dovrebbero poi essere utilizzati dalle Regioni per valutazioni programmatiche in termini di investimenti finanziari o di personale.

Sono previste consultazioni da parte delle Regioni con organizzazioni sociali, sindacali, di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini in tema di attività dei servizi. Tali organizzazioni debbono essere sentite nella fase di programmazione e verifica dei risultati conseguiti.

L'azienda sanitaria è tenuta a predisporre un sistema di informazione al cittadino sui servizi erogati, sulle modalità di accesso e sulle tariffe, funzioni assicurate dall'ufficio relazioni con il pubblico (U.r.p.) previsto dall'art. 12 del decreto legislativo n. 29/93 (4) a sua volta modificato dal decreto legislativo n. 546/93, art. 7 (5).

Nelle linee guida n. 2/95 del Ministero della sanità (6) sono contemplati tra gli elementi informativi della Carta dei servizi « l'assunzione di impegni sulla qualità del servizio... *omissis*... attraverso l'adozione di *standard* di qualità».

L'azienda sanitaria ha «il dovere di valutazione della qualità dei servizi per la verifica degli impegni assunti, e per il costante adeguamento degli stessi». Gli strumenti di valutazione

sono rapporti, relazioni, riunioni pubbliche, conferenze di servizio, indagini nei confronti dell'utenza per misurarne la soddisfazione, etc.

Finalità delle norme è la tutela dei diritti degli utenti: non come garanzia teorica ma come attribuzione agli stessi di un potere di controllo e verifica della qualità dei servizi prestati (7).

La qualità tecnica delle prestazioni sanitarie viene analiticamente valutata con metodologie di verifica e revisione della qualità imposte dall'art. 10 del decreto legislativo n. 502/92. Nel presente elaborato si approfondisce l'argomento «qualità del servizio», la verifica e revisione della qualità tecnica della prestazione sanitaria essendo per sua natura complessa e non facilmente analizzabile non viene considerata rinviando a lavori in tema di organizzazione aziendale delle strutture sanitarie.

I fattori di qualità, indicatori di qualità e standard di qualità sono richiamati nelle indicazioni metodologiche per l'introduzione degli *standard* previsti dal direttivo del Presidente del Consiglio dei ministri del 19 maggio 1995, schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari» (8).

Essi sono così definiti:

— fattori di qualità di un servizio sono gli aspetti rilevanti per la perce-

zione delle qualità del servizio da parte dell'utente che fa l'esperienza concreta di quel servizio;

— indicatori di qualità sono variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto «indicativo di un fattore di qualità»;

— una *standard* di qualità è un valore atteso per un certo indicatore.

2. Tipologie di indicatori di qualità

Gli *standard* di qualità si possono suddividere in generali e specifici. I primi rappresentano obiettivi di qualità che si riferiscono al complesso delle prestazioni rese e verificabili nell'ambito collettivo. Gli *standard* di qualità specifica si riferiscono ad ogni singola prestazione resa all'utente e quindi verificabile dallo stesso.

Esempi di *standard* di qualità specifici per il servizio di medicina veterinaria potrebbero essere: il tempo massimo di attesa per una ispezione *ante-mortem* per l'area funzionale di ispezione degli alimenti ed il tempo massimo di attesa per un certificato sanitario di animali destinati ad un paese comunitario per l'area funzionale di sanità animale. Ugualmente il tempo massimo richiesto per un responso di un esame di laboratorio sollecitato dal servizio veterinario rappresenta uno *standard* di qualità specifico per l'attività degli I.z.s. In questo modo si potrebbero costruire altri indicatori a seconda delle finalità di colui che vuole osservare un certo fenomeno.

È utile chiarire che la fissazione di *standard* di qualità specifici è possibile solo per singole prestazioni o attività rese all'utente, monitorate in continuo.

Gli *standard* di qualità generale e specifici correlati ad esempio a caratteri temporali possono essere semplificati come segue: tempo *standard* generale è il tempo medio di attesa per

una prestazione presso l'area operativa in minuti oppure ore o giorni; il tempo *standard* specifico è il tempo massimo di attesa per quel tipo di prestazione in minuti, ore o giorni.

Gli indicatori di qualità del servizio possono essere ulteriormente suddivisi in indicatori di attività permanente ad esempio valutati in termini quantitativi di tempo per prestazione (indicatori interni al servizio), indicatori sulle strutture fisiche e procedure di accesso al servizio (indicatori saltuari) e indicatori di soddisfazione degli utenti tramite questionari (indicatori esterni al servizio).

Il decreto del Ministro della sanità del 24 luglio 1995 (9) in merito alle modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale, traccia uno schema generale degli indicatori secondo una matrice in cui sono presenti l'area di domanda e gli indicatori stessi, suddivisi a loro volta in:

- 1) indicatori di domanda e accessibilità;
- 2) indicatori di risorse;
- 3) indicatori di attività;
- 4) indicatori di risultato.

I presenti indicatori consentono di definire un quadro generale relativamente al dipartimento della prevenzione e contemporaneamente di analizzare specificatamente l'attività di ogni settore. La costituzione degli indicatori rappresenta il primo passo verso un sistema di controllo e di informazione a piramide che oltre a garantire la trasparenza dell'operato dei diversi servizi permette di ottenere lo stato di avanzamento dei programmi interdisciplinari. L'efficienza dei servizi deve essere valutata in riferimento, non solo alle singole e specifiche attività ma anche all'apporto fornito al raggiungimento degli obiettivi del dipartimento. Gli indicatori possono essere divisi in due gruppi: indicatori del dipartimento (vedi tavola 1) ed

indicatori settoriali del servizio di medicina veterinaria (vedi tavola 2).

Tra i due gruppi è possibile fare delle correlazioni: tra quantità di alimenti riconosciuti non idonei/quantità di alimenti controllati x 100 ed il numero atti di vigilanza veterinaria effettuati/numero di veterinari; oppure valutare il numero di casi nuovi di malattie professionali in addetti all'agricoltura con il numero di focolai di malattie infettive in animali da allevamento.

La definizione degli *standard* di qualità non è decisa dal potere centrale ma è delegata alla periferia con sensibilizzazione delle strutture sanitarie all'opportunità di cambiamento. Il circuito virtuoso che si vuole attivare inizia con l'analisi delle esigenze della propria utenza specifica in ogni azienda sanitaria. Il passo successivo è una decisione da parte del responsabile sulla fissazione degli *standard* più opportuni per quell'area di attività o di intervento, l'obbligo da parte degli stessi di indicare miglioramenti tendenziali, la verifica e controllo degli *standard* fissati onde assicurarne il rispetto mediante valutazioni interne ed esterne al servizio, in modo particolare con i cittadini e le loro organizzazioni (analisi partecipata della qualità-A.p.q.), l'istituzione di uffici deputati all'accoglimento dei reclami e di tutela del cittadino con possibilità di rimborso in caso la prestazione sia inferiore allo *standard* pubblicato.

Figura 1

ACRONIMI	
I.z.s.	Istituto zooprofilattico sperimentale
V.r.q.	Verifica e revisione della qualità
A.p.q.	Analisi partecipata della qualità
U.r.p.	Ufficio relazioni con il pubblico
Q.t.	Qualità totale

Tavola 1 - Indicatori generali del Dipartimento di prevenzione

B01	Numero di insediamenti produttivi censiti	
1C01	$\frac{\text{Costo delle attività del Dipartimento di prevenzione}}{\text{Costo totale}}$	x 100
1C02	$\frac{\text{Costo delle attività del Dipartimento di prevenzione}}{\text{Popolazione residente}}$	
1C03	Costo medio per operatore del Dipartimento di prevenzione	
1C07	$\frac{\text{Numero operatori tecnici del Dipartimento di prevenzione}}{\text{Popolazione residente}}$	x 1.000
1C08	$\frac{\text{Numero totale operatori del Dipartimento di prevenzione}}{\text{Popolazione residente}}$	x 1.000
1D07	$\frac{\text{Numero insediamenti produttivi sottoposti ad ispezione}}{\text{Numero insediamenti produttivi censiti}}$	x 100
1E03	$\frac{\text{Numero casi nuovi di T.B.C.}}{\text{Popolazione residente}}$	x 10.000
1E04	$\frac{\text{Numero casi nuovi di malattie infettive intestinali}}{\text{Popolazione residente}}$	x 10.000
1E11	$\frac{\text{Numero casi nuovi di malattie professionali}}{\text{Numero lavoratori esposti}}$	x 100
1E16	$\frac{\text{Numero casi di zoonosi}}{\text{Popolazione residente}}$	x 100
1E16	$\frac{\text{Quantità di alimenti riconosciuti non idonei}}{\text{Numero insediamenti produttivi censiti}}$	x 100

Affrontare problematiche sanitarie emergenti nell'ottica anche della qualità del servizio può potenziare l'attività di collaborazione sinergica tra le diverse strutture del Servizio sanitario nazionale. Un esempio è rappresentato dal coordinamento tra l'attività del dipartimento della prevenzione, il servizio di medicina veterinaria e l'I.z.s. per approfondire e monitorare l'aspetto zoonosico delle malattie infettive trasmissibili dagli animali all'uomo.

Il dipartimento della prevenzione sensibilizzato dall'aumento del numero di casi di zoonosi ha investito del problema il servizio veterinario e l'I.z.s. Il servizio veterinario in base alle conoscenze della diffusione di dette malattie infettive e della distribuzione delle specie animali sensibili ha intensificato il controllo sul territo-

rio di competenza. Il successivo coinvolgimento degli I.z.s. ha permesso di confermare la diagnosi, di approfondire le modalità di diffusione degli agenti eziologici di malattia e di creare un quadro epidemiologico territoriale più ampio in grado di valutare anche il quadro temporale delle zoonosi stesse.

L'individuazione di indicatori specifici all'interno di ognuna delle tre strutture del Servizio sanitario nazionale, quali ad esempio: il numero di casi di zoonosi nella popolazione residente per il dipartimento della prevenzione; il numero di interventi effettuati dal servizio veterinario aziendale ed il numero di accertamenti diagnostici volti a confermare o ad escludere una zoonosi per gli I.z.s., ha consentito di formulare *standard* di qualità di riferimento e valutare la qualità dei rispettivi servizi.

Importante è capire cosa si intende per qualità attesa, quali sono le aspettative dell'utente\cliente, dato che i bisogni sono infiniti, quali strumenti introdurre o utilizzare, quali metodologie scegliere per la verifica della qualità delle prestazioni rese e come valutare il loro costo.

In seguito si prospettano alcune possibilità di intervento, non esaustive o complete, ma che si ritengono utili per affrontare il problema.

Relativamente alla comprensione dell'esperienza dell'utente è importante mettersi nei panni dell'utilizzatore finale della prestazione e ripercorrere idealmente il cammino che l'utente ha con il servizio, la sua presenza nella struttura, la possibilità di accesso alla prestazione con analisi dettagliata dei rapporti e delle relazioni con il personale. Un intervento migliorativo della qualità consiste nella predisposizione di un opuscolo informativo chiaro e dettagliato sulle prestazioni rese dal servizio e la distribuzione di un questionario per la raccolta dei giudizi dell'utenza.

I fattori di qualità nelle aspettative dell'utenza sono: tempo, precisione, regolarità ed affidabilità (rispetto ai programmi prefissati e comunicati); rapidità (brevità del tempo intercorso tra chiamata e prestazione); procedure semplificate di utilizzo delle prestazioni (telefono, fax, lettera, verbale, pagamento facilitato delle prestazioni, autocertificazione); orientamento ed accoglienza all'ingresso della struttura (segnaletica, grafica semplice e chiara, orari, modalità di accesso, nomi dei responsabili); informazione analitica sul tipo di prestazione sanitaria erogata (bonifica sanitaria, ispezione ai macelli o in strutture accreditate allo scambio comunitario, procedimenti amministrativi, quesiti, risposte ad esposti o richieste di intervento in qualità di consulenti); strutture fisiche (spazi puliti e confortevoli con am-

Tavola 2 - Indicatori specifici del Servizio di medicina veterinaria

1B02	Numero impianti per la trasformazione e la lavorazione di alimenti di origine animale	
1B03	Numero impianti per la macellazione	
1C05	<u>Numero veterinari</u> Popolazione residente	x 1.000
1C06	<u>Numero veterinari</u> Numero unità bovino-equivalente	x 1.000
1D10	<u>N. allevamenti controllati per l'attuazione dei piani di eradicazione, profilassi o monitoraggio</u> Numero dei veterinari	
1D11	<u>Numero atti di vigilanza veterinaria effettuati</u> Numero dei veterinari	
1D12	<u>Numero determinazioni del mercurio effettuate nelle matrici alimentari</u> Popolazione residente	x 10.000
1D13	<u>N. determinazioni di composti organo-clorurati effettuate nelle matrici alimentari</u> Popolazione residente	x 10.000
1E12	<u>Numero focolai di malattie infettive in animali da allevamento</u> Numero allevamenti sottoposti ad ispezione	x 100
1E13	<u>Numero determinazioni del mercurio effettuate nelle matrici alimentari con risultato maggiore del valore limite</u> Numero determinazioni del mercurio effettuate nelle matrici alimentari	x 100
1E14	<u>Numero determinazioni di composti organo-clorurati effettuate nelle matrici alimentari con risultato maggiore del valore limite</u> Numero determinazioni di composti organo-clorurati effettuate nelle matrici alimentari	x 100

bienti atti a garantire riservatezza e tranquillità nelle relazioni con l'utenza); relazioni umane (capacità di comunicare da parte dell'addetto al contatto con il pubblico). Il coinvolgimento organizzativo dell'utente tramite una scheda di segnalazione dei disagi o un questionario per la raccolta di proposte di miglioramento del servizio può assolvere all'obbligo di partecipazione degli utenti, peraltro previsto dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 11 ottobre 1994 (10).

La fissazione degli *standard* è specifica per ogni realtà ed ambiente di riferimento, la tendenza è di migliorare con la verifica e l'eventuale revisione degli obiettivi il rapporto con l'utenza.

Quando il progetto di miglioramento coinvolge l'insieme delle componenti per dare quella prestazione si può parlare di qualità totale (Q.t.).

3. Discussione

Un interrogativo che si pone è il costo aggiuntivo dei servizi di informazione ed amministrativi a supporto dei meccanismi di misurazione dei risultati. Da stime si ritiene che il costo sia quantificabile in circa il 7%-10% del bilancio dell'azienda sanitaria (11). Le informazioni raccolte con continuità potranno essere poi utilizzate per altri obiettivi aziendali, quali i carichi di lavoro, la predisposizione del *budget*, l'attivazione dei centri di costo; la

verifica del rispetto dei tempi indicati dalla legge n. 241/90 (12) e regolamento di esecuzione (13); o la congruità con i regolamenti aziendali adottati. Non deve essere sottovalutata la resistenza potenziale da parte degli addetti a rendere pubblici gli esiti della propria attività, i contenuti e le priorità accordate.

Potrebbe sorgere un problema con alcune categorie di utenti meglio organizzate che riescono a dirottare risorse umane, tecnologiche o finanziarie verso interessi di gruppo dimenticando cittadini che non hanno i mezzi o le conoscenze per intervenire nel momento della programmazione-verifica (14).

Nel predisporre la raccolta dati relativa alla qualità attesa da parte dell'utenza è necessario diversificare le rilevazioni con strumenti quali griglie, questionari, indagini campionarie, interviste, osservazione diretta dei fenomeni tramite gruppi misti interni ed esterni all'azienda sanitaria, in quanto i dati devono avere significatività statistica e fornire un quadro realistico. Devono essere ben definiti gli strumenti da utilizzare per rendere effettiva la tutela del cittadino-utente con istruzioni operative e procedure chiare per i reclami, requisito fondamentale per il dialogo può essere solo la possibilità di finestre di informazione reciproca ed il rendere pubblici gli *standard* di qualità del servizio. La modulistica può essere resa più comprensibile grazie all'uso del «Codice di stile delle comunicazioni scritte in uso alle amministrazioni pubbliche» (15) con caratteri leggibili, comprensibili, di uso comune, con inserimento di grafici, completezza ed aggiornamento continuo delle informazioni che sono mutevoli in base alle disposizioni di legge che si susseguono nel tempo. Si evidenzia l'utilità di omogeneità e razionalizzazione dei contenuti della modulistica e

delle procedure in uso nella stessa organizzazione almeno per alcune aree omogenee di attività che fanno parte del dipartimento della prevenzione (16).

Nelle linee di tendenza al miglioramento della qualità come impegno programmatico sarà essenziale essere molto pragmatici e gradualmente coinvolgendo il personale dipendente per non creare aspettative controproducenti nell'utenza e demotivare le professionalità esistenti ricercando pochi elementi di miglioramento, effettivi, fattibili, condivisi e procedere alla costruzione di pochi indicatori veramente prioritari.

L'utilizzo degli indicatori può permettere all'azienda sanitaria in piena autonomia di individuare aree o progetti di intervento che ritiene significativi (17) nell'ambito delle strategie gestionali e deve essere visto come elemento tendenziale di miglioramento o spia di situazioni potenzialmente critiche (*feedbacks*); non deve essere visto come uno strumento estremamente rigido di valutazione, soprattutto se associato a sistemi premianti. Un servizio deve rispettare i propri *standard* predefiniti ma deve anche andare incontro alle aspettative ed ai bisogni dell'utente per potersi definire di «qualità». Il giudizio dell'utente è perciò fondamentale per soddisfarne le

necessità per capire le future priorità del servizio.

(1) Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (G.U. 30 dicembre 1992, n. 305, s.o. n. 137).

(2) Legge 23 ottobre 1992, n. 421. Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale (G.U. 31 ottobre 1992, n. 257, s.o. n. 118).

(3) Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (G.U. 15 dicembre 1993, n. 293, s.o. n. 113).

(4) Decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (G.U. 6 febbraio 1993, n. 30, s.o. n. 14).

(5) Decreto legislativo 23 dicembre 1993, n. 546. Ulteriori modifiche al decreto legislativo 3 febbraio 1993 sul pubblico impiego (G.U. 29 dicembre 1993, n. 304, s.o. n. 123).

(6) Ministero della sanità. Linee guida n. 2/95. Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale (G.U. 31 agosto 1995, n. 203, s.o. n. 108).

(7) Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 gennaio 1994. Principi sull'erogazione dei servizi pubblici (G.U. 22 febbraio 1994, n. 43).

(8) Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 maggio 1995. Schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari» (G.U. 31 maggio 1995, n. 125, s.o. n. 65).

(9) Decreto Ministero della sanità 24 luglio 1995. Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale (G.U. 10 novembre 1995, n. 263).

(10) Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 11 ottobre 1994. Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico (G.U. 8 novembre 1994, n. 261).

(11) Dalle lezioni del XVI Corso Corgesani, anno 1994-1995, università L. Bocconi, Milano.

(12) Legge 7 agosto 1990, n. 241. Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi (G.U. 18 agosto 1990, n. 192).

(13) Decreto Presidente della Repubblica 27 giugno 1992, n. 352. Regolamento per la disciplina delle modalità di esercizio e dei casi di esclusione del diritto di accesso ai documenti amministrativi in attuazione dell'art. 24, comma 2, della legge 7 agosto 1990, n. 241 (G.U. 29 luglio 1992, n. 177).

(14) Decreto del Ministro per la funzione pubblica 31 marzo 1994. Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni (G.U. 28 giugno 1994, n. 149).

(15) Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento per la funzione pubblica. Codice stile delle comunicazioni scritte ad uso delle amministrazioni pubbliche proposta e materiali di studio, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Libreria dello Stato, 1994.

(16) Legge 11 luglio 1995, n. 273. Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, recante: «Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni» (G.U. 11 luglio 1995, n. 160).

(17) Ministero della sanità. Linee di guida n. 2/96: profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari (G.U. 31 maggio 1996, n. 126).

NOVITÀ

RAGIUSAN

Rassegna giuridica della sanità

Rivista mensile
di dottrina, giurisprudenza, documentazione
di interesse socio-sanitario

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

N. 2 della Collana «I contratti di lavoro»

Il contratto collettivo nazionale di lavoro per i dipendenti del comparto sanità

Prodromi, riferimenti normativi e problemi applicativi

a cura di **Luigi D'Elia**



SIPIS 00197 ROMA - Viale Parioli, 77 - Tel. 06/8073368-8073386 - Fax 06/8085817

Ragiusan - Direttore responsabile: **Luigi D'Elia**

Publicazione registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 97/84 in data 10 marzo 1984

Fotocomposizione: **SIPIS** s.r.l. - Stampa: «Grafica Ripoli» s.n.c. - Tivoli

Esperienze innovative

Sezione 3^a

IL RAPPORTO PSICHIATRIA-MEDICINA GENERALE. L'ESPERIENZA DI REGGIO EMILIA

di Fabrizio Asioli, Maria Moscara, Maria Bologna

Dipartimento di salute mentale - Azienda U.S.L. di Reggio Emilia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il contesto operativo - 2.1. Il Servizio di salute mentale - 2.2. Il personale - 3. L'attività di consulenza territoriale a Reggio Emilia - 4. Progettazione - 4.1. Gli obiettivi - 4.2. Il gruppo di lavoro - 5. Valutazione - 6. Prospettive - 7. Conclusioni.

1. Introduzione

La legge di riforma del 1978 ha dato nel nostro Paese un forte impulso alla assistenza psichiatrica di comunità, nonostante ciò molti Servizi di salute mentale (SSM) adottano modelli assistenziali che, di fatto, ignorano il ruolo svolto dal Medico di medicina generale (MMG) che ha in cura il paziente, spesso, per tutto l'arco della vita.

Gli assetti organizzativi dei SSM sono diversi nelle differenti realtà regionali; la variabilità organizzativa dei SSM è legata alle caratteristiche stesse della legge-quadro del 1978, che demandava alle Regioni l'ambito applicativo.

I rapporti tra SSM e medicina generale (MG) risentono di molteplici variabili, proprie di ciascun contesto, legate alla storia dell'assistenza psichiatrica, alla cultura, allo stile tecnico, all'organizzazione dei singoli servizi specialistici.

Ricerche epidemiologiche italiane e straniere hanno messo in rilievo che:

— i pazienti con disturbi psichici rappresentano il 25-35% del totale dei pazienti che si rivolgono al MMG (Goldberg e Huxley, 1992);

— solo una frazione molto limitata dei pazienti con problematiche psi-

chiatriche accede ai SSM. La MG costituisce un importante filtro all'invio di questi pazienti (nella misura, in alcuni casi, di 1:10). La maggioranza di questi pazienti viene dunque trattata dal MMG (Goldberg e Huxley, 1980; Bellantuono *et al.*, 1992);

— il MMG manifesta difficoltà nell'identificare e trattare adeguatamente i pazienti psichiatrici essendo il *curriculum* universitario, soprattutto in Italia, scarsamente orientato alla preparazione psicologico-psichiatrica;

— i SSM tendono a «sequestrare» i pazienti inviati dai MMG, senza adottare strategie efficaci di selezione dei casi. Rare sono state le iniziative tese a favorire la collaborazione con i MMG, così come la messa a punto di strategie a supporto del lavoro sul campo da loro effettuato.

Il MMG invia i pazienti al servizio specialistico sostanzialmente con due tipi di richiesta:

— affidamento del caso allo psichiatra;

— consulenza, con quesiti di ordine diagnostico o terapeutico spesso di conferma al proprio operato.

Da studi recenti emerge come una accessibilità al servizio specialistico ritenuta «difficoltosa» dal MMG e dal paziente e la mancanza di strate-

gie di collaborazione determinino un incremento indiscriminato delle richieste di presa in carico (Asioli, 1996).

L'attenzione a questi aspetti ha condotto il nostro servizio a svolgere un'indagine epidemiologica (Saraceno *et al.*, 1991) sul percorso che i pazienti compiono dalla MG al SSM, a sviluppare iniziative comuni di formazione e ad organizzare un'apposita funzione di consulenza per i pazienti con disturbi emotivi comuni (1) inviati dai MMG (Asioli *et al.*, 1995; Bologna *et al.*, 1996).

Le iniziative di formazione si sono svolte attraverso incontri tematici di aggiornamento sull'uso degli psicofarmaci, la clinica di disturbi emotivi, la comunicazione verbale e non verbale nel rapporto medico-paziente e la discussione di casi clinici.

Nel 1996 ha preso avvio un progetto strutturato di formazione psichiatra-medicina generale, che vede coinvolti sei psichiatri e circa quaranta MMG del distretto di Reggio Emilia inteso a migliorare l'abilità di riconoscimento e trattamento dei disturbi emotivi da parte dei MMG.

Esperienze pilota analoghe alla nostra (Jackson *et al.*, 1993; Warner *et al.*, 1993; Thomas e Corney, 1993)

hanno dimostrato che forme di interazione strutturate tra MG e SSM conducono al miglioramento delle capacità di identificazione dei casi da parte del MMG, a cui consegue una maggiore disponibilità a trattare direttamente i pazienti.

2. Il contesto operativo

Il SSM del distretto di Reggio Emilia ha un bacino di utenza di 149.493 abitanti; comprende il capoluogo di provincia con 135.406 abitanti e sei Comuni limitrofi omogenei per caratteristiche socio-demografiche. Il contesto di riferimento è quello di una cittadina di provincia.

Nel distretto di Reggio Emilia operano 148 MMG (116 a Reggio Emilia, 32 nei Comuni limitrofi) convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.

Il problema delle risposte al disagio mentale nelle sue molteplici manifestazioni e nei diversi gradi di gravità è sempre stato oggetto di particolare attenzione da parte dei professionisti della salute, degli amministratori e della cittadinanza, ospitando tra l'altro la città un ex ospedale psichiatrico interprovinciale.

Già prima degli anni '70 il SSM di Reggio Emilia si è caratterizzato per il decentramento dell'attività assistenziale fuori dal manicomio e per una cultura ed una prassi della deistituzionalizzazione attraverso modelli di assistenza territoriale integrata.

Nel territorio del distretto è ampia la disponibilità di professionisti privati (psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, psicoanalisti); ci sono due case di cura private generali in cui viene svolta attività psichiatrica sia in regime di ricovero, che ambulatoriale. La città è sede di un ospedale psichiatrico giudiziario.

2.1. Il Servizio di salute mentale

Il SSM del distretto di Reggio Emilia comprende:

— tre Centri di salute mentale (CSM) per l'attività ambulatoriale e domiciliare programmata e per l'urgenza (garantiscono 9.30 ore di apertura al pubblico nei giorni feriali e 5.30 in quelli prefestivi);

— un centro diurno;

— una comunità terapeutica semi-residenziale, aperta 12 ore al giorno per sei giorni alla settimana;

— tre comunità terapeutiche residenziali;

— un Servizio di diagnosi e cura ospedaliero con bacino di utenza provinciale, con una attività di guardia di 24 ore.

L'ex ospedale psichiatrico, in fase di definitivo superamento, ospitava al 31 dicembre 1996, 234 pazienti provenienti non solo dalla provincia di Reggio Emilia.

L'organizzazione dipartimentale è funzionale a garantire che i vari momenti dell'intervento psichiatrico siano tra loro collegati in un progetto coerente e dotato di continuità, in grado di rispondere ai complessi bisogni di cura e riabilitazione dei pazienti gravi.

2.2. Il personale

Al 31 dicembre 1996 nel SSM lavoravano 35 medici, di cui tre apicali (il primario coordinatore dell'attività di consulenza ha anche funzioni di direttore di dipartimento), 92 infermieri e 143 tra assistenti di base ed educatori.

3. L'attività di consulenza territoriale a Reggio Emilia

Nel 1992 il SSM ha organizzato un'attività strutturata di consulenza per i pazienti inviati dai MMG. L'attività di consulenza è rivolta ad una fascia di pazienti affetti da disturbi emo-

tivi comuni, caratterizzati da non particolare gravità del quadro clinico, problematicità sociale e relazionale, significativo grado di compromissione delle *performances*. Questi pazienti si avvantaggiano di un riconoscimento puntuale del disturbo e di un trattamento specifico spesso limitato nel tempo.

La consulenza consente la ridefinizione del problema e l'impostazione di un trattamento che spesso lo stesso MMG è in grado di proseguire; in altri casi può esservi invece l'indicazione per un trattamento psicoterapeutico condotto dallo specialista.

La casistica relativa al 1993, distribuita per classi nosografiche, è riportata in tabella 1.

L'attività di consulenza è stata ipotizzata come via d'accesso al servizio parallela a quella diretta garantita dai CSM per i pazienti con disturbi gravi, non sempre collaboranti e che necessitano di trattamenti complessi e protratti nel tempo.

Caratteristiche organizzative dell'attività di consulenza (vedi figura 1):

1) il MMG invia il paziente con una richiesta di consulenza psichiatrica con un quesito di ordine diagnostico, terapeutico o medico-legale;

2) il paziente ottiene presso il Centro unico di prenotazione (CUP) del distretto un appuntamento, in genere per la settimana successiva; paga il *ticket* sulla prestazione;

3) vengono garantite otto prime visite alla settimana, distribuite in due pomeriggi, presso la sede di un CSM individuata per la maggiore accessibilità e la disponibilità di ambulatori adeguati;

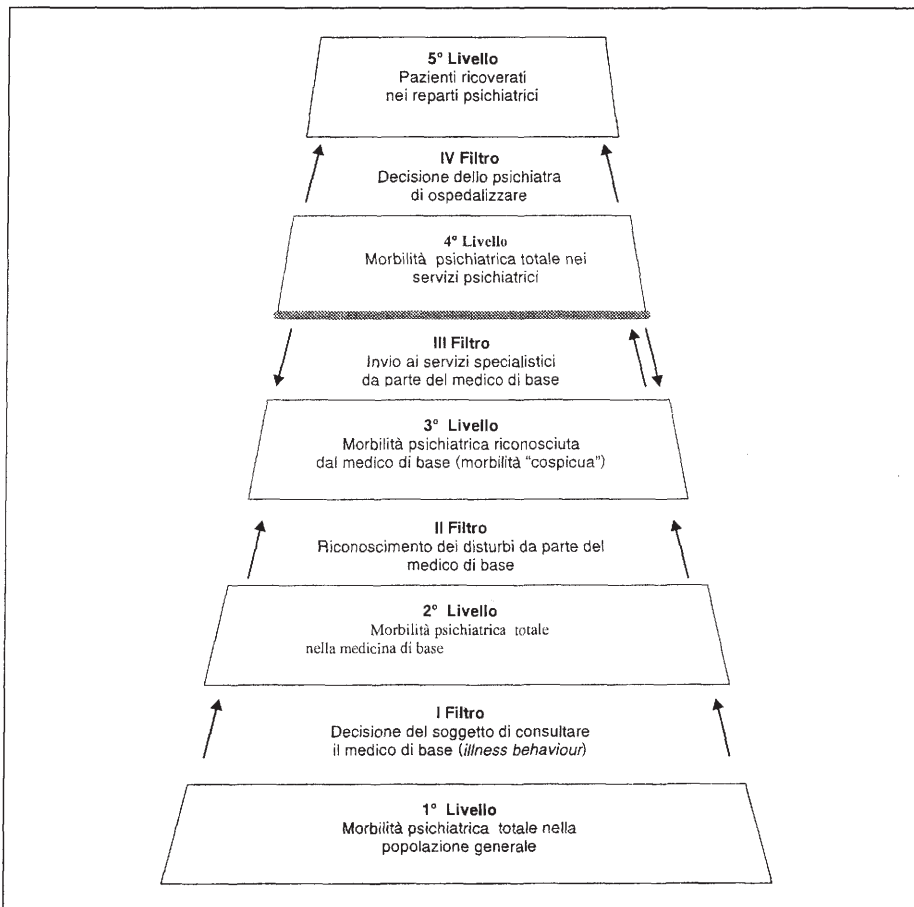
4) la prima visita ha caratteristiche definite ed esplicitate di colloquio clinico di valutazione, al termine del quale si possono aprire diverse possibilità in relazione al problema presentato e alle scelte di trattamento concordate con il paziente;

Tabella 1 - Diagnosi (ICD₁₀)

	VV.AA.	%
Sindromi nevrotiche, legate a <i>stress</i> , somatoformi.....	144	67.5
Disturbi di personalità.....	22	10
Disturbi da alterato comportamento alimentare.....	5	2
Schizofrenia.....	4	2
Sindrome delirante.....	2	1
Sindromi affettive.....	2	1
Demenza.....	3	1.5
Ritardo mentale.....	5	2
Altro.....	8	4
Non pertinenza.....	12	6
Non rilevabile.....	7	3
Totale.....	214	

La distribuzione percentuale dei casi privilegia le sindromi nevrotiche, le sindromi legate a *stress* e le sindromi somatoformi che costituiscono i cosiddetti disturbi emotivi comuni. Sotto la voce «altro» sono comprese situazioni problematiche come l'adolescenza e il conflitto di coppia che non rientrano in una precisa categoria nosografica.

Figura 1 - Il percorso più comune (dal basso verso l'alto) che seguono le persone con disturbi emotivi, dalla popolazione generale ai servizi psichiatrici ospedalieri (modello di Goldberg e Huxley modificato). Il circuito della consulenza si colloca nella zona di interfaccia tra il III filtro e il 4° livello



5) la restituzione al MMG dell'esito della consultazione utilizza un apposito modulo e se ritenuto opportuno un contatto telefonico;

6) se è necessario un trattamento specialistico, il consulente utilizza una scheda semistrutturata per le informazioni anamnestiche, la valutazione clinica e le indicazioni più utili per la gestione del caso.

La definizione del caso e della competenza specialistica acquista particolare rilievo in psichiatria rispetto ad altre discipline mediche, in quanto vi possono afferire problematiche di ordine eterogeneo (sociale, giudiziario). La valutazione rappresenta dunque la fase centrale della consulenza.

L'esito della consulenza è diversificato, in relazione alle caratteristiche del caso:

- non competenza psichiatrica;
- trattamento affidato al MMG;
- trattamento affidato allo specialista.

Al termine della consultazione l'esito viene esplicitato al paziente e comunicato per iscritto al MMG. Il circuito della consulenza ha l'obiettivo di sostenere e rinforzare l'intervento del MMG. Nella nostra esperienza il 39% dei casi viene rinviato per il trattamento al MMG (vedi tabella 2).

4. Progettazione

4.1. Gli obiettivi

Organizzare l'attività di consulenza ha avuto lo scopo di differenziare i circuiti di accesso al servizio in relazione ai bisogni specifici dell'utenza. Ha consentito di porsi il problema della valutazione e della competenza del caso, di «proteggere» l'attività dei CSM per il paziente grave, di porre in atto strategie di trattamento a breve termine per i pazienti meno gravi.

Per perseguire tali obiettivi si è incrementata la collaborazione con la

Tabella 2 - Restituzione del trattamento

	VV.AA.	%
MMG.....	83	39
Specialista	82	38
Certificazioni medico-legali	17	8
CSM	9	4
Specialista privato	3	1
Terapeuta di rilassamento.....	12	6
Terapeuta familiare	1	0.5
Drop-out nella fase di valutazione.....	3	1.5
N.R.	4	2
Totale.....	214	

La percentuale di pazienti restituiti per il trattamento al MMG è all'incirca pari a quella dei pazienti inviati allo specialista. Il circuito della consulenza ha l'obiettivo di sostenere l'intervento del MMG sui disturbi emotivi comuni.

MG, considerando il MMG un utente interno del circuito.

Gli obiettivi specifici del circuito di consultazione sono:

1) garantire, in tempi brevi, una consulenza per i disturbi emotivi comuni individuati dal MMG, attraverso il percorso di una abituale consulenza specialistica;

2) rendere identificabile, praticabile ed attendibile il percorso di accesso alla consulenza sia per il MMG che per il paziente;

3) offrire una via di collegamento codificata con il SSM, tesa a rafforzare e migliorare l'intervento del MMG piuttosto che a sostituirsi a lui «sequestrando» il paziente;

4) utilizzare la consulenza come occasione di formazione a due vie, per il MMG e per lo psichiatra;

5) privilegiare, quando necessari, interventi specialistici brevi con termine predeterminato;

6) considerare il disagio emotivo come «crisi» da superare utilizzando strategie non necessariamente specialistiche.

4.2. Il gruppo di lavoro

L'attività di consulenza rivolta ai MMG è svolta da un gruppo operativo funzionale, omogeneo per professio-

nalità e di piccole dimensioni. Il gruppo è costituito da sei psichiatri ed è organizzato in funzione di due obiettivi generali: garantire continuità ed omogeneità nella erogazione della prestazione.

I medici, appartenenti a diverse aree del SSM, sono stati designati in base ad alcuni criteri:

— esperienza professionale nel servizio pubblico consolidata nel tempo;

— attitudine al lavoro di collegamento con altri professionisti della salute;

— interesse per l'attività.

I medici impegnati nella consulenza svolgono tale funzione accanto ai compiti istituzionali propri dell'unità operativa di appartenenza. È prevista una rotazione, su richiesta, dopo un periodo di un anno. Del gruppo fanno parte un responsabile istituzionale (il direttore del dipartimento) ed un coordinatore (uno dei medici che svolge attività di consulenza).

In questi anni il gruppo di lavoro ha maturato l'esigenza di elaborare ed approfondire una cultura condivisa della consulenza psichiatrica territoriale. L'ambito delle esperienze di riferimento è quello di cultura anglosassone. Nel contesto italiano sono disponibili un'ampia letteratura ed una prassi consolidata sulla consulenza

nell'ospedale generale, mentre il campo dei contributi sulla consulenza fornita dal servizio specialistico territoriale al MMG è piuttosto ristretto.

La carenza di riferimenti culturali e metodologici consolidati ha richiesto un atteggiamento professionale orientato alla valutazione del processo e dei risultati; ha rappresentato uno stimolo per la riflessione costante sull'operato tecnico e la valutazione degli aspetti organizzativi allo scopo di elaborare alcune elementari linee-guida.

In questa prospettiva, la funzione di coordinamento garantisce un raccordo operativo attraverso la trasmissione delle informazioni; l'individuazione di spazi per la riflessione tecnica e metodologica, la riprogrammazione tattica dell'attività e la promozione della formazione.

Il passaggio di informazioni e comunicazioni e soprattutto la costruzione di una metodologia condivisa dell'intervento, nuova ed eccentrica rispetto all'esperienza in altri settori del servizio, ha richiesto particolare attenzione. A tal proposito alcuni meccanismi operativi sono risultati particolarmente utili (vedi tabella 3).

In questi anni il gruppo di lavoro si è trovato ad affrontare alcune questioni:

— scelte metodologiche riguardanti: le informazioni iniziali da dare al paziente per esplicitare la finalità prioritaria di valutazione diagnostica; la tecnica di conduzione del colloquio clinico; la ridefinizione del problema presentato e la possibile indicazione di un percorso terapeutico affidato al MMG o ad un altro specialista;

— modalità di comunicazione al paziente e al MMG dell'esito della consulenza;

— costruzione di una scheda «prima visita» semistrutturata;

— valutazione quantitativa e qualitativa dell'attività svolta;

- confronto con analoghe esperienze di altri servizi;
- strategie di collaborazione con i MMG;
- assetto organizzativo funzionale agli obiettivi prefissati, alle risorse disponibili, all'attività d'istituto;
- procedure (vedi tabella 3).

5. Valutazione

Nel 1997 l'attività di consulenza psichiatrica per la MG è diventata un progetto aziendale.

A cinque anni dall'inizio dell'esperienza ci sentiamo di affermare che l'efficienza del circuito è stata sostenuta da alcuni punti di forza:

1) il gruppo di lavoro ha fatto proprio e ha trasmesso ai nuovi membri un progetto specifico, eccentrico rispetto alla operatività abituale del servizio;

2) il coordinamento flessibile ha garantito l'autonomia di ciascun psichiatra, consentendo al contempo il confronto periodico con un gruppo di appartenenza professionale omogeneo;

3) la provenienza dei medici da diversi settori del servizio ha consentito un confronto tra culture, prassi operative e competenze specialistiche di «secondo» livello estremamente eterogenee (di orientamento psicodinamico, sistemico, gruppo-analitico, cognitivista, a mediazione corporea);

4) la costruzione di una cultura ed una prassi condivise della consulenza ha permesso di omogeneizzare l'erogazione delle prestazioni, di essere percepiti dai MMG come un «servizio» piuttosto che come un coacervo di specialisti, oltre che di trasmettere tale bagaglio ai nuovi membri del gruppo;

5) l'organizzazione strutturata ha protetto l'attività da disfunzioni e cadute di qualità nel rapporto con i pazienti e con i MMG;

6) l'elevata attenzione ai bisogni specifici del paziente e al ruolo del MMG ha reso possibili risposte integrate e mirate;

7) la cura costante a semplificare il percorso del paziente si è articolata in una serie di dispositivi facilitatori (procedura semplificata di prenotazione presso il CUP e di pagamento del *ticket*, prescrizione diretta da parte dello specialista di farmaci ed eventuali esami, richiesta diretta per l'accesso al trattamento specialistico con prenotazione contestuale dell'appuntamento);

8) il tempo limitato dedicato all'attività, concordato dal responsabile istituzionale con i dirigenti delle diverse unità operative, consente di escludere che l'offerta della prestazione conduca ad una espansione non controllata per incremento della richiesta;

9) l'attività di consulenza non si pone in concorrenza con l'offerta di professionisti privati, a cui pure vengono inviati i pazienti per il trattamento specialistico (il servizio non riesce a garantire, al momento, psicoterapie strutturate a lungo termine);

10) la prestazione di consulenza è soggetta al pagamento del *ticket*; ciò l'assimila alle altre consulenze specialistiche e consente un apporto di risorse economiche. Si tratta di un signifi-

cativo cambiamento culturale e gestionale per un servizio tradizionalmente ad utile zero, che prevede in larga misura utenti in libero accesso;

11) la ricaduta culturale ed operativa sul servizio è rilevante: l'esperienza della consulenza ha promosso una riflessione sull'opportunità di una valutazione attenta dei casi anche nei CSM e di strategie di trattamento in collaborazione con i MMG anche dei pazienti gravi in collaborazione con i MMG; la formazione si è sempre più orientata verso metodiche brevi di trattamento.

Soprattutto in prospettiva, l'efficienza del circuito rischia di essere compromessa da alcuni fattori:

1. Tempo limitato

Il gruppo di lavoro ha disposto finora di un tempo limitato (circa 2 ore settimanali per ciascun medico, quasi interamente assorbite dai due colloqui clinici di 50 minuti ciascuno) a fronte del carico di lavoro (306 consulenze nel 1995; 333 nel 1996). Il poco tempo disponibile compromette soprattutto la possibilità di un più stretto collegamento con i MMG (nella nostra casistica il 39% dei pazienti viene rinviato al MMG) e con gli specialisti (il 38% viene inviato ad un trattamento specialistico).

Tabella 3 - Meccanismi operativi del gruppo di lavoro

<p>1. Incontri periodici</p> <p>a. gruppo di lavoro/coordinatore</p> <p>b. gruppo di lavoro/referente istituzionale</p> <p>c. coordinatore/referente amministrativo/referente C.U.P.</p> <p>2. Comunicazioni scritte</p> <p>3. Procedure</p> <p>a. invio da parte del MMG</p> <p>b. restituzione al MMG</p> <p>c. invio a trattamento specialistico</p> <p>d. comunicazione referente amministrativo/C.U.P.</p> <p>e. raccolta dati</p>
<p>I meccanismi operativi sono finalizzati a consentire un migliore raccordo tecnico ed organizzativo all'interno del gruppo e tra questo e l'esterno, una trasmissione efficace delle informazioni e la codifica di procedure operative.</p>

2. Difficoltà di comunicazione con il servizio

Nella fase iniziale il passaggio di informazioni riguardanti l'organizzazione della attività di consulenza e il profilo dell'utenza d'elezione non è stato sufficientemente chiaro e ciò ha determinato, per un certo tempo, una sovrapposizione con l'attività svolta nei CSM.

3. Ridotta disponibilità per i trattamenti psicoterapeutici

L'alto carico di attività d'istituto limita attualmente la disponibilità per trattamenti psicoterapeutici soprattutto a medio-lungo termine.

4. Mancanza di un collegamento in rete

L'attività di consulenza non è in rete con altre risorse del distretto (v., ad esempio, il servizio di psicologia clinica). È possibile che si realizzi una sovrapposizione di offerte, soprattutto per quanto riguarda i trattamenti psicoterapeutici; tra i due servizi è possibile l'invio reciproco, ma manca un protocollo di lavoro condiviso. Le relative risorse ed assetti organizzativi non sono reciprocamente noti.

6. Prospettive

Un'attività così strutturata presenta alcuni aspetti caratteristici:

a) bassa complessità tecnologica.

La consulenza utilizza una competenza professionale monospecialistica. Il colloquio clinico è in genere sufficiente per la valutazione, in pochi casi è necessario impiegare tests psicodiagnostici o richiedere indagini strumentali;

b) alta complessità organizzativa.

L'alta complessità organizzativa è data dall'interazione tra:

— diversi settori del SSM;

— il SSM (con i rigidi vincoli organizzativi, funzionali all'attività d'istituto) e la MG (complesso sistema di professionisti con organizzazione, stili e culture professionali eterogenei);

— il SSM ed altri Servizi di potenziale interfaccia (Servizio per le tossicodipendenze, Servizio materno-infantile, Servizi sociali);

— il SSM e il CUP.

Le prospettive dell'attività sono connesse all'individuazione di alcune aree di miglioramento riguardanti la qualità tecnica della prestazione erogata e l'assetto organizzativo. Per questo si ritiene opportuno:

— implementare i meccanismi operativi, operazione a basso costo, che richiede sostanzialmente più tempo da dedicare all'attività. A questo proposito un'area di miglioramento significativa riguarda le modalità di interfaccia del circuito di consulenza con altri segmenti aziendali: CUP, Servizio di psicologia clinica, Servizio per le tossicodipendenze, Servizio materno-infantile, Consultori familiari, Servizi sociali. La costruzione di meccanismi operativi specifici per ciascuna interfaccia potrebbe risultare di grande utilità per fornire prestazioni integrate;

— utilizzare sistemi informativi per avere per ciascun utente, al momento della consulenza, informazioni sulla storia psicologico-psichiatrica (pregresse consulenze, terapie consigliate, eventuali ricoveri). Questi dati faciliterebbero il raccordo con pregressi interventi, consentendo di attivare percorsi terapeutici più mirati e di agire su due fenomeni molto frequenti in psichiatria: il *drop-out* e il ricorso a più specialisti della medesima area in tempi ravvicinati. Entrambi i fenomeni sono piuttosto frequenti nella fase di esordio del disagio emotivo quando il paziente non ha ancora instaurato una alleanza terapeutica. Tali comportamenti possono sostenere una giu-

stapposizione degli interventi con elevato rischio di insuccesso terapeutico, che contrae ulteriormente la compliance del paziente, eleva il rischio di cronicizzazione del disturbo, incidendo significativamente sui costi;

— definizione dei confini dell'attività con scelte strategiche su livelli e qualità delle prestazioni di base da erogare nei servizi territoriali. I nuovi scenari organizzativi, che riconoscono nel distretto l'articolazione del SSN deputata ad erogare servizi integrati, e la dimensione dipartimentale del SSM possono consentire di avviare modalità innovative di erogazione delle prestazioni.

Relativamente ai livelli di attività da garantire, sono stati avviati incontri con i MMG, che si propongono l'obiettivo di un confronto sugli aspetti operativi ed organizzativi e sulle esigenze di reciproca formazione; di un confronto per gli interventi su pazienti che difficilmente giungono allo specialista psichiatra (v. disturbi somatoformi), ma il cui disagio sostiene una significativa disabilità ed alti costi sanitari (per il frequente ricorso a visite specialistiche internistiche e chirurgiche, esami strumentali, ricoveri, terapie) e sociali (per la compromissione delle *performances* lavorative).

Non disponiamo ancora di studi valutativi sulla efficacia di questo circuito, ma alcuni indicatori indiretti sembrano confermarne la validità:

— il gradimento esplicito manifestato dai MMG, le loro sollecitazioni ad ulteriori momenti di formazione organizzati con il SSM. I consulenti, a loro volta, rilevano da parte dei MMG una migliore pertinenza dei casi inviati con impiego sempre più appropriato della consulenza ed una più proficua collaborazione anche sui casi gravi trattati dai C.S.M.;

— il gradimento espresso indirettamente dai pazienti: è molto limitato il

fenomeno del *drop-out* anche nei casi in cui la valutazione sia più complessa e prolungata. In alcuni casi il gradimento viene esplicitato: in particolare, alcuni pazienti valorizzano la percezione dell'atmosfera di collaborazione esistente tra specialista e MMG;

— ultimo elemento, ma non per questo secondario, la soddisfazione degli psichiatri del SSM per questa attività e per il rapporto più articolato con i MMG.

7. Conclusioni

Gli obiettivi di qualità prioritari del circuito sono:

a) integrare l'attività specialistica psichiatrica con la MG per potenziare la funzione dei MMG nel riconoscimento e trattamento dei disturbi emotivi comuni;

b) migliorare la qualità della prestazione specialistica contenendone i costi.

Il circuito della consulenza territoriale può rappresentare un modello per individuare indicatori di esito (Jenkins, 1990). In tale prospettiva, la consulenza potrebbe rappresentare un modello di progettazione a tre tempi:

1) definizione degli obiettivi prioritari, tenendo conto delle evidenze epidemiologiche disponibili sulla possibilità di ridurre l'incidenza, la recidiva, la disabilità e la sofferenza connessa con i disturbi emotivi comuni;

2) definizione degli interventi da attivare nel contesto specifico per raggiungere gli obiettivi ed individuazione/disponibilità delle risorse necessarie per attuare gli interventi;

3) definizione degli esiti che si possono realisticamente attendere date le strategie prescelte, le risorse impiegate e le peculiarità del contesto.

L'esperienza *in itinere* ci fa ritenere che alcuni requisiti strutturali facilitano l'erogazione di una consulenza specialistica di buon livello:

1) adeguatezza numerica e formativa del personale: il numero di ore e dei consulenti impegnati nell'attività è stato, di tempo in tempo, adeguato alla domanda utilizzando come indicatore la lista d'attesa;

2) organizzazione del lavoro in grado di garantire le prestazioni con continuità, in modo omogeneo ed integrato;

3) spettro adeguato di risorse e programmi: il collegamento con il MMG e con lo specialista che seguirà il trattamento rappresenta uno degli aspetti chiave della consulenza.

L'esperienza di questi anni ha consentito di rilevare che vi è un riorientamento verso il circuito della consulenza di una parte delle richieste che giungevano prima in modo indifferenziato ai CSM, segnale di una aumentata conoscenza del circuito da parte dei MMG.

Per i disturbi emotivi comuni ci pare che un intervento precoce, che tenda ad escludere l'uso di farmaci come prima risposta al disagio, che punti sull'ascolto e sul supporto empatico, rivesta caratteristiche di tipo preventivo oltre che risultare più efficace; così come, a maggior ragione, è buona pratica evitare un trattamento ad utenti del circuito (circa il 10%) che non presentano problemi di pertinenza psichiatrica.

L'impiego di linee-guida è risultato utile per migliorare la qualità tecnica della prestazione. L'utilizzo di criteri espliciti nello svolgimento della consulenza ha ridotto la variabilità nella erogazione degli interventi contribuendo ad offrire agli utenti (MMG e paziente) un'immagine coesa del circuito specialistico. La potenziale utilità delle linee-guida riguarda, in particolare, la esplicitazione agli utenti

delle finalità della prestazione e la valutazione dei risultati in tempi definiti.

(1) La letteratura definisce disturbi emotivi comuni quei disturbi che si incontrano negli ambulatori della MG, osservatori privilegiati della patologia presente nella popolazione generale. Comprendendo, a grandi linee, disturbi depressivi, ansiosi, dell'edattamento e somatoformi, che interrompono il funzionamento abituale del soggetto.

BIBLIOGRAFIA

- ASIOLI F., BOLOGNA M., CONTINI G., JONUS A., SARACENO B., *Il circuito medicina di base e psichiatria: lo studio e l'organizzazione di Reggio Emilia*, Riv. Sper. Freniatr., CXIX, IV, 1995.
- ASIOLI F. (A CURA DI), *Il medico di base e lo psichiatra*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1996.
- BELLANTUONO C., BALESTRIERI M., RUGGERI M., TANSELLA M., *I disturbi psichici nella medicina generale*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1992.
- BOLOGNA M., MOSCARA M., TONDELLI A., *La consulenza territoriale nel servizio di Reggio Emilia. L'organizzazione del circuito Medicina Generale-Psichiatria*, Riv. Sper. Freniatr., CXX, 3, 1996.
- GOLDBERG D., HUXLEY P.C., *Common Mental Health disorders. A bio-social model*, London, Tavistock, 1992.
- JACKSON G., GARER R., GOLDBERG D., TANTAM D., LOFTUS L., TAYLOR H., *A new community mental health service team based in primary care*, Brit.J.Psych., 162, 1993.
- JENKIS R., *Towards a system of outcome indicators for mental health care*, Brit.J.Psych., 157: 500-514, 1990.
- SARACENO B., TERZIAN E., LAVIOLA F., STERNAI E., TOGNONI G., *Il disagio psichico nella medicina generale: il caso, il trattamento, il referral*, in Asioli F., Contini G. (a cura di) *Psichiatria e medicina di base*, Bologna CLUEB, 1991.
- THOMAS R.W.H., CORNEY R.H., *Working with community mental health professionals: a survey among general practitioners*, Brit.J.Gen.Pract., 43, 1993.
- WARNER R.W., GATES R., JACKSON G., *Effects of a community mental health service on the practice and attitudes of general practitioners*, Brit.J.Med.Pract., 45, 1993.

L'ANALISI DEI MECCANISMI DI ACCESSO E DI PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA «SAN MARTINO» DI GENOVA

di Gino Gumirato, Dario Padrone, Anna Maria Reali, Aldo Somaglia, Evangelista Tragni Matacchieri

Gruppo di lavoro del progetto DSA Co.Ge.M.San. 1996

SOMMARIO: 1. Cenni storici sull'azienda ospedaliera «San Martino» di Genova e dati di attività - 2. Prima analisi dei meccanismi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali - 2.1. Le prenotazioni effettuate presso il CUP - 2.2. Le prenotazioni «distribuite» - 2.3. I flussi informativi interni generati dalle procedure di prenotazione - 2.4. Risorse *hardware* e *software* attualmente in uso per la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali e per il governo dei flussi informativi aziendali - 2.5. Il posizionamento organizzativo delle unità operative coinvolte nelle procedure di prenotazione - 2.6. Prima analisi dei fattori di criticità riscontrati e soluzioni «di primo livello» - 3. Dall'analisi dei meccanismi di prenotazione all'indagine dei sistemi aziendali: la valutazione della coerenza complessiva - 3.1. Un approccio sistemico - 3.2. Le variabili organizzative - 3.3. La struttura organizzativa ed i meccanismi di coordinamento ed integrazione - 3.4. Conclusioni.

1. Cenni storici sull'azienda ospedaliera «San Martino» di Genova e dati di attività

L'attuale azienda ospedaliera «San Martino» di Genova è il risultato di un'evoluzione storica di oltre cinque secoli. Il nucleo originario, l'ospedale di Pammatone, fu infatti fondato nel 1423 da Bartolomeo Bosco come «ospedale delle donne» e fu successivamente ampliato, grazie ai lasciti ed alle donazioni di benefattori. Verso la fine del 1800, in considerazione delle nuove esigenze della città che aveva ormai superato i 100.000 abitanti, si decise di reperire un'area idonea per la costruzione di un nuovo ospedale, dove trasferire il vecchio Pammatone. Nel 1907 iniziò la costruzione dei padiglioni dell'ospedale San Martino, che furono inaugurati nel 1910. Nei decenni successivi l'ospedale continuò ad aumentare la sua dotazione strutturale, costruendo nuovi edifici ed assumendo progressivamente, soprattutto per talune specialità, la connotazione di struttura di riferimento e

di alta specializzazione anche in ambito internazionale.

Dal 1995 ha avuto inizio anche per il S. Martino l'avvio del processo di riorganizzazione secondo il modello organizzativo-gestionale introdotto dai decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93.

L'attuale struttura dell'azienda si caratterizza per le rilevanti dimensioni e per i numerosi fattori di complessità, di ordine organizzativo, gestionale e logistico, facilmente desumibili dai dati sintetici riepilogati nella tabella 1.1.

L'attività dell'azienda è sinteticamente illustrata, per gli anni 1994 e 1995, nella tabella 1.2.

2. Prima analisi dei meccanismi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Primo e fondamentale obiettivo di questo lavoro è rappresentato dall'analisi e dalla schematizzazione degli attuali meccanismi di prenotazione e di accesso alle prestazioni specialistiche

co-ambulatoriali erogate dall'azienda sopra descritta.

Le procedure di prenotazione attualmente adottate non sono uniformi ed afferiscono a due distinte categorie:

— prenotazioni effettuate attraverso procedure «centralizzate», ossia gestite dal C.U.P.A. (Centro unificato di prenotazione ambulatoriale), di se-

Il presente articolo sintetizza le conclusioni del «progetto sul campo» condotto nel 1996 dagli Autori presso l'azienda ospedaliera «San Martino» di Genova, nell'ambito del secondo anno del programma Co.Ge.M.San. (Corso di general management in sanità) della Scuola di direzione aziendale (SDA) dell'Università commerciale «L. Bocconi» di Milano.

Gli Autori ringraziano, per la preziosa collaborazione, la direzione dell'azienda ospedaliera San Martino di Genova e tutto il personale che ha collaborato al lavoro di raccolta ed analisi delle informazioni presso le diverse unità organizzative coinvolte; ringraziano, inoltre, il professor Francesco Zavattaro ed il dottor Luca Buccoliero, della Divisione amministrazioni pubbliche della Scuola di direzione aziendale dell'Università Bocconi, per il supporto fornito al gruppo nella fase di indirizzo del lavoro e di verifica dei risultati.

Tabella 1.1 - Dati sintetici sull'azienda ospedaliera «San Martino» di Genova

Dati strutturali:
24 padiglioni
1 struttura a monoblocco per acuti a 16 piani
1 struttura a monoblocco chirurgico a 8 piani
6 edifici universitari
7 edifici di servizi generali
36.000 m ² di superficie complessivamente occupata
12 km di lunghezza della rete stradale interna
Posti letto:
2504, di cui:
— 1244 a direzione ospedaliera
— 1135 a direzione universitaria
— 125 per emergenze e cure intensive
Dipendenti:
5000 unità
Afflusso medio giornaliero alle strutture:
15.000 persone

Tabella 1.2 - Dati di attività (fonte: Relazione sanitaria)

DESCRIZIONE	ANNO 1994	ANNO 1995
Ricoveri diretti	55.461	57.833
Giornate di degenza.....	771.882	741.076
Ricoveri <i>day-hospital</i>	22.659	28.160
Sedute <i>day-hospital</i>	54.011	64.666
Degenza media.....	13,57	12,49
Indice di occupazione.....	83,98	82,80
Indice di rotazione.....	28,96	31,13
Presenza media giornaliera	2.118	2.069

guito indicato come CUP, per omogeneità con l'acronimo di uso comune;

— prenotazioni effettuate in modo «distribuito», presso i diversi reparti.

Entrambe le modalità di prenotazione hanno un momento iniziale comune: l'utente accede all'ospedale S. Martino e, generalmente, si presenta agli sportelli di prenotazione/informazione del CUP, ubicati all'ingresso principale dell'ospedale. In tale occasione l'utente apprende l'*iter* necessario per prenotare la prestazione richiesta (prenotazione diretta presso i reparti oppure contestuale e centralizzata presso il CUP) e, coerentemente, registra la sua prenotazione presso il CUP oppure si reca ai reparti.

2.1. Le prenotazioni effettuate presso il CUP

Il servizio CUP dispone di 16 terminali per le prenotazioni, ubicati in larga parte presso un'unica zona dotata di sportelli per il pubblico e, in alcuni casi, dislocati presso singoli reparti, ambulatori o servizi collegati ad esso. Il CUP dispone, inoltre, di 4 terminali adibiti all'inserimento dei dati di attività provenienti dai vari servizi dell'ospedale.

Il CUP svolge principalmente le funzioni di:

- prenotazione;
- incasso *ticket*;
- rendicontazione *ticket*;

— parziale elaborazione dei dati di attività.

L'attività del CUP si è sviluppata negli anni con l'inserimento nelle agende centralizzate di un numero sempre crescente di tipologie di prestazioni, senza tuttavia inglobare la totalità dell'offerta ambulatoriale dell'azienda ed evidenziando notevoli problemi connessi:

— alla comunicazione al pubblico (nei locali del CUP esistono bacheche in cui sono affisse, in modo casuale, le avvertenze e le informazioni sulle modalità di accesso ai vari servizi);

— al coordinamento delle diverse attività (le agende gestite dal servizio sono coordinate da 3 operatori, sulla base delle comunicazioni provenienti in modo irregolare dai vari settori mediante l'uso di supporti cartacei).

Il CUP copre una quota delle prenotazioni effettuate dall'utenza ambulatoriale che oscilla tra il 40% ed il 60% dell'attività complessiva effettivamente svolta (che è, peraltro, di difficile quantificazione, in quanto alcune prestazioni «sfuggono» a qualunque tentativo di controllo e rendicontazione).

Il mancato inserimento nell'organizzazione del CUP delle prenotazioni relative alle rimanenti attività è dovuto principalmente all'elevato grado di autonomia proprio di alcune unità operative (laboratori, cliniche universitarie, divisioni, ecc.). In effetti diverse unità operative provvedono direttamente alla prenotazione delle proprie prestazioni specialistiche, operando nella convinzione di ottimizzare il servizio reso all'utenza, senza «l'interferenza» che deriverebbe dalla prenotazione centralizzata.

Il sistema di prenotazione così diversificato, tuttavia, genera, un impatto assai negativo sui pazienti che accedono alla struttura (il flusso medio giornaliero di utenti al CUP è di circa 1000 persone), perché crea disorienta-

mento e incertezza, effetti peraltro accentuati dalla frammentazione logistica dei diversi servizi, dalla pluralità di discipline omogenee esistenti e dalla carenza di segnaletica e servizi di informazione.

2.2. Le prenotazioni «distribuite»

Le prenotazioni «distribuite» si effettuano presso i vari reparti, ambulatori, servizi diagnostici e laboratori che, per i motivi sopra ricordati, non si avvalgono della «mediazione» del CUP. In questi casi le procedure di prenotazione sono diverse a seconda del reparto o servizio a cui si accede ma, per semplicità ed immediatezza, è possibile considerare questo insieme come un'area omogenea.

Le agende delle disponibilità sono gestite e consultate in modi diversi dalle varie unità operative, talora con procedure informatiche autonome, talora, invece, su supporto cartaceo. L'unica condivisione di informazioni con le altre unità operative è costituita dalla rendicontazione dell'attività erogata, che ogni servizio invia, su supporti cartacei, al CUP anche ai fini dell'incentivazione del personale.

Occorre ricordare che l'ambulatorio che sceglie di gestire in autonomia l'accesso del paziente ai servizi erogati cura direttamente (spesso con maggiore efficacia rispetto all'ipotesi centralizzata) anche la comunicazione in merito all'eventuale fase preparatoria dell'atto diagnostico od alla documentazione (clinica o amministrativa) che dovrà essere esibita.

Un esempio interessante di «commistione» tra ruolo accentrato del CUP e responsabilità autonoma degli erogatori di servizi è rappresentato dal settore dei laboratori.

Nell'azienda ospedaliera S. Martino esistono, infatti, due laboratori centrali e 44 laboratori ubicati nei singoli reparti, che effettuano complessiva-

mente circa 6 milioni di atti diagnostici all'anno.

Secondo la corretta procedura, per sottoporsi ad un esame l'utente deve «affrontare» ben 5 attese, come emerge dalle fasi di seguito riepilogate:

1) prenotazione presso il CUP (ufficialmente obbligatoria ma spesso non ritenuta indispensabile dal laboratorio, che può accettare comunque il paziente);

2) pagamento anticipato del *ticket* (che può essere versato anche successivamente, nello stesso giorno in cui l'esame è effettuato);

3) accettazione presso il laboratorio (nel giorno previsto dalla prenotazione);

4) esecuzione della prestazione;

5) ritiro del referto.

2.3. I flussi informativi interni generati dalle procedure di prenotazione

Le diverse fasi della procedura di prenotazione generano molteplici flussi informativi interni che coinvolgono sia le unità operative direttamente interessate alla procedura sia gli altri livelli decisionali che utilizzano queste informazioni per vari scopi.

Il principale flusso informativo interno generato dalle procedure di accesso è quello riguardante il volume e la composizione dell'attività ambulatoriale erogata dai vari servizi, anche per la verifica dei *ticket* incassati e da incassare. Attualmente questo tipo di informazione non è disponibile in modo certo per la mancanza di una procedura globale di rilevazione. Le uniche informazioni disponibili provengono in parte dal sistema del CUP ed in parte dalle singole unità operative che trasmettono allo stesso CUP, primariamente ai fini dei meccanismi di incentivazione del personale, i dati dell'attività svolta per le successive elaborazioni. Non esiste un collegamento informatico che permetta la tra-

smissione diretta dei dati tra i diversi uffici: ciò determina l'utilizzo esclusivo di supporti cartacei, con la conseguente necessità di continue ridigitazioni dei dati stessi, e rende pressoché impossibile una vera e propria «quadratura di cassa», limitando la verifica al mero computo dell'ammontare quotidianamente introitato dai vari punti cassa.

L'iter adottato per la rilevazione dei dati relativi all'attività ambulatoriale è strutturato come segue:

1) il CUP, attraverso una prima operazione di «data entry», inserisce:

— i dati di attività in suo possesso, dedotti dalla procedura interna di prenotazione centralizzata;

— i dati di attività pervenuti, in veste di elenchi particolareggiati allegati alle impegnative, dai reparti che effettuano prenotazioni manuali, dalla radiologia e dai 2 laboratori;

2) quindi, il CUP invia all'U.O. Sistema informativo automatizzato (SIA) il dischetto ed i tabulati contenenti i riepiloghi per reparto (mensili, trimestrali o con scadenze diverse);

3) il SIA riceve i dati dal CUP, li digita nuovamente nel proprio sistema (infatti il formato dei dati contenuti nel dischetto non è compatibile con il sistema adottato) e trasmette i tabulati all'ufficio personale, ai fini delle procedure legate ai meccanismi di incentivazione;

4) l'ufficio personale provvede ad inoltrare i dati (su supporto cartaceo) ai responsabili dei vari reparti o servizi per la verifica e validazione;

5) i responsabili di U.O., apportate eventuali rettifiche ai tabulati ricevuti, li ritrasmettono all'ufficio personale per il calcolo delle incentivazioni.

La procedura descritta (ed illustrata dalla figura 2.1) rappresenta, attualmente, l'unica modalità di registrazione e verifica dei dati di attività delle strutture, anche ai fini di verifica degli

importi riscossi a titolo di compartecipazione alla spesa (*ticket*).

2.4. Risorse hardware e software attualmente in uso per la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali e per il governo dei flussi informativi aziendali

L'hardware del CUP è costituito da un server UNISYS 5000 in ambiente UNIX a cui sono collegati, in rete locale, 16 terminali che utilizzano il data base relazionale ORACLE e 4 terminali dedicati al «data entry».

Questo sistema fu installato nel 1980, nel quadro di un progetto regionale di informatizzazione volto al miglioramento dei servizi per il cittadi-

no. In tale occasione non fu peraltro previsto alcun collegamento in rete del CUP con gli altri servizi coinvolti a vario titolo nella procedura di prenotazione e nella gestione dei relativi dati.

Contestualmente all'installazione del sistema, fu acquistata la procedura software tuttora utilizzata, che si articola nelle seguenti funzioni, descritte nel menu di avvio:

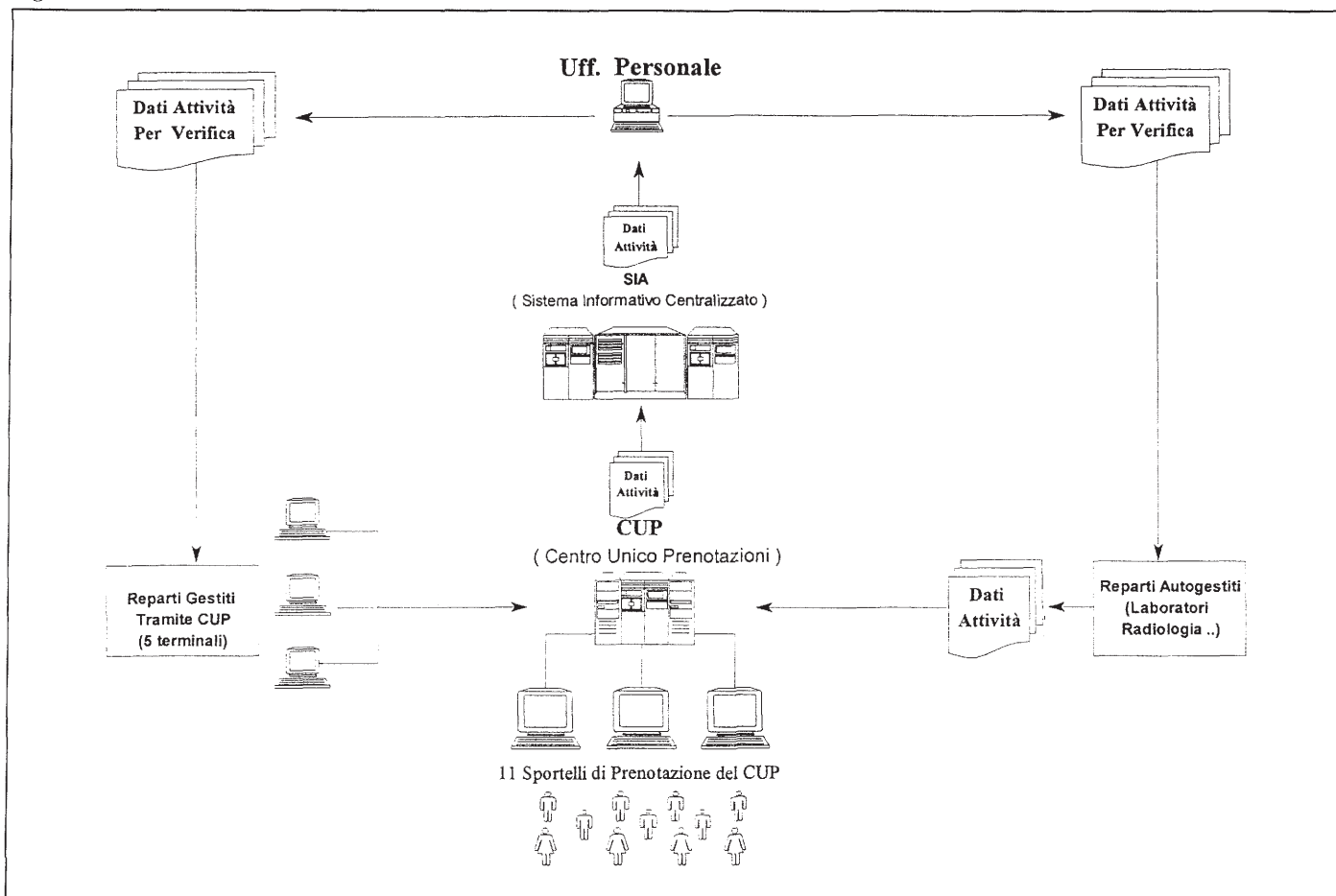
- 1) prenotazione;
- 2) pagamento prestazioni prenotate;
- 3) pagamento prestazioni non prenotate;
- 4) riepilogo incasso giornaliero per cassa;

5) stampa riepilogo incasso giornaliero per cassa.

La funzione prenotazione consente:

- 1) la scelta delle prestazioni da prenotare (individuate a video da un elenco generale di prestazioni con codifica interna del CUP);
- 2) la scelta del presidio erogatore delle prestazioni (sulla base di un elenco a video di presidi e delle rispettive agende giornaliere di disponibilità);
- 3) l'inserimento dei dati anagrafici del paziente (compreso un recapito telefonico, dato obbligatorio, ed il numero di libretto sanitario) oppure (per alcuni pazienti residenti nell'area della cessata USL 13, la semplice «estrazione» dei dati dall'archivio),

Figura 2.1 - Descrizione dei flussi informativi interni



l'attribuzione di un codice di prenotazione e la stampa (attraverso un semplice comando «print screen») della videata contenente i dati relativi all'appuntamento, quale promemoria per l'utente;

4) il calcolo dell'importo dovuto dal paziente a titolo di *ticket*;

5) il possibile incasso anticipato del *ticket* con stampa della videata relativa alla ricevuta (operazione peraltro non frequente, anche in considerazione della complessità delle procedure necessarie ad un eventuale rimborso di un *ticket* incassato anticipatamente);

6) l'incasso del *ticket* all'atto dell'effettuazione della prestazione (previa ridigitazione dei dati del paziente e nuovo calcolo dell'importo);

7) la stampa giornaliera dei movimenti di cassa.

Si noti che la procedura non consente di richiamare successivamente le informazioni inserite al punto 3), se non attraverso la digitazione del codice attribuito all'atto della prenotazione, spesso tuttavia non ricordato dal paziente che si presenta allo sportello in un momento successivo.

Inoltre, il limitato spazio su disco consente la conservazione dei dati storici relativi agli ultimi mesi, con perdita delle informazioni precedenti.

Infine, la procedura CUP non è compatibile con quella di elaborazione dati adottata dal SIA, con riferimento ai seguenti aspetti:

- codifiche interne delle prestazioni;
- formato dei dati;
- impossibilità di «estrazione» ed esportazione dei dati dall'archivio CUP.

La procedura informatica CUP ora descritta, seppur particolarmente semplice, risente pesantemente della lentezza determinata dalle limitate prestazioni dell'*hardware* utilizzato.

Il S.I.A. dell'ospedale San Martino è dotato di Mainframe BULL composto da:

- sistema DPS 7000;
- sistema DPX 380;
- sistema DPX 340.

Tali sistemi gestiscono le seguenti procedure:

- bilancio;
- personale;
- farmacia;
- varie.

Recentemente è stato installato un elaboratore Alpha Digital in ambiente UNIX con DBR Oracle per la gestione della procedura della rilevazione delle presenze.

Al mainframe sono collegati 189 terminali e/o PC alle U.O. dell'ospedale a cui vanno sommati quelli relativi alle attività svolte per enti esterni e, precisamente:

— per l'unità sanitaria n. 3 «Genovese»:

82 utenti per la gestione amministrativa su sistema DPX 380;

5 utenti per la gestione farmacia su sistema DPX 380;

27 utenti per la gestione del personale su sistema DPS 7000;

— per l'istituto scientifico tumori di Genova:

9 utenti per la gestione del personale su sistema DPS 7000.

Il S.I.A. ha recentemente curato il cablaggio a fibre ottiche dell'intero ospedale (ad esclusione di limitate aree dello stesso), realizzato a cura della Telecom Italia. Tuttavia, non è ancora stato in alcun modo definito l'utilizzo della rete installata in tale occasione, sulla quale attualmente transitano solo limitati flussi informativi (tra i quali, ad esempio, quelli relativi alla rilevazione delle presenze).

Sono stati inoltre predisposti alcuni accessi ad Internet da diverse postazioni di lavoro (con la possibilità di usufruire dei servizi di posta elettronica

ca e scambio informazioni mediche con ambiente esterno).

2.4. Il posizionamento organizzativo delle unità operative coinvolte nelle procedure di prenotazione

Gli organi e le unità operative coinvolti a vario titolo nei meccanismi di prenotazione ed accesso sono i seguenti:

- la direzione amministrativa;
- la direzione sanitaria;
- il CUP;
- i diversi punti di prenotazione «distribuiti» e non gestiti dal CUP (reparti, laboratori, radiologie);
- l'U.O. Sistema informativo automatizzato (SIA), che, come descritto in precedenza, gestisce ed elabora i flussi informativi aziendali.

La figura 2.2 descrive la struttura organizzativa dell'azienda ospedaliera S. Martino.

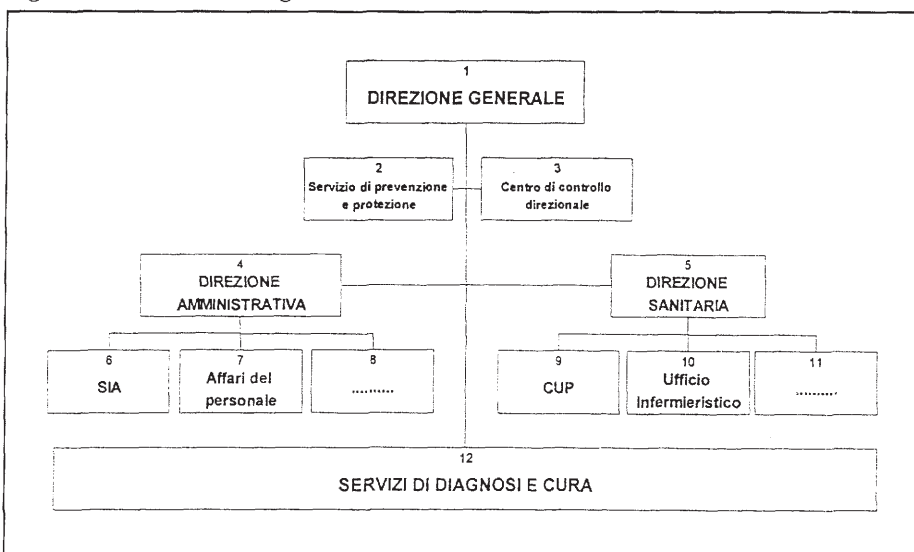
Si noti che la direzione generale dell'azienda ha, quali unici organi di *staff* (previsti da apposite disposizioni nazionali e regionali):

- il servizio di prevenzione e protezione (L. n. 626/94);
- il centro di controllo direzionale.

La direzione sanitaria, che si occupa direttamente anche dell'area programmazione, pianificazione e controllo, è suddivisa nei seguenti settori:

- emergenza, per la gestione del pronto soccorso e del 118;
- ufficio infermieristico, che si occupa dell'organizzazione del personale di assistenza e dell'igiene dei reparti, in stretto rapporto con le caposala;
- gestione del personale laureato, con annesse le problematiche inerenti la medicina legale;
- tariffazione, DRG, convenzionamento, statistica sanitaria e rapporti con enti esterni;
- gestione consumi e tecnologie;
- archivio sanitario;
- biblioteca sanitaria;

Figura 2.2 - La struttura organizzativa aziendale



— igiene ospedaliera e sicurezza del lavoro, che opera in stretto collegamento con l'organo di staff «Ser-

vizio di prevenzione e protezione»;
— Centro unificato di prenotazione (CUP).

L'articolazione delle responsabilità della direzione sanitaria è rappresentata dalla figura 2.3.

La direzione amministrativa è direttamente responsabile delle seguenti unità operative:

- affari generali e legali, correlata all'accettazione amministrativa del pronto soccorso ed all'URP;
- affari del personale;
- gestione tecnica;
- gestione risorse;
- bilancio e contabilità;
- Sistema informativo automatizzato (SIA).

La figura 2.4 riassume la struttura organizzativa della direzione amministrativa.

L'attuale struttura organizzativa dell'azienda, qui descritta, evidenzia alcuni caratteri di criticità, in particolare per quanto riguarda il posiziona-

Figura 2.3 - La direzione sanitaria

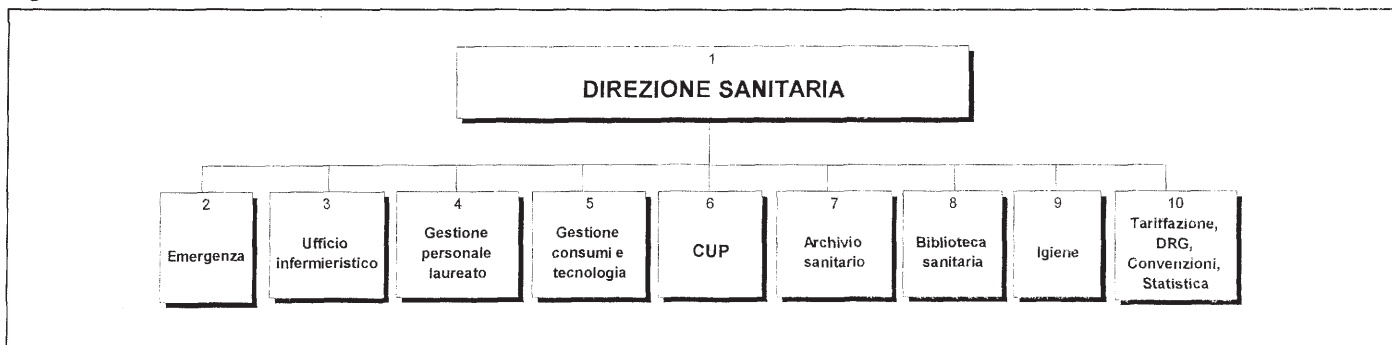
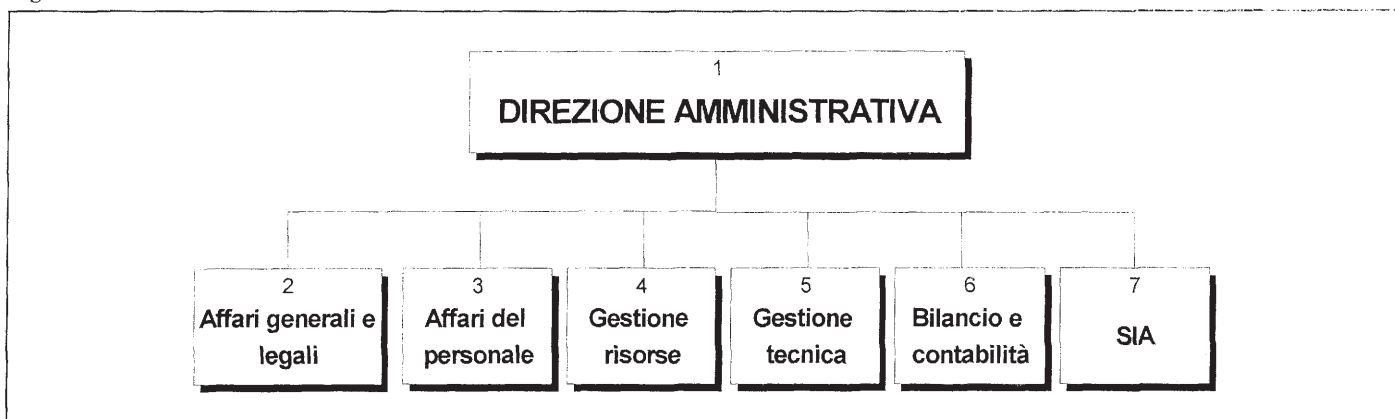


Figura 2.4 - La direzione amministrativa



mento del CUP e del SIA. Il CUP, infatti, dipende attualmente dalla direzione sanitaria e non esistono, di fatto, meccanismi di collegamento con il SIA (emanazione della direzione amministrativa), dal quale lo stesso CUP è supportato solo saltuariamente. CUP e SIA agiscono, di fatto, quali organi di *staff* delle due diverse direzioni, che operano in modo isolato e senza seguire un percorso chiaro e ben stabilito.

Il SIA presenta inoltre rilevanti problemi di ruolo e di collocazione strategica nel complessivo sistema aziendale. A causa della composizione dell'organico, dell'esperienza e delle professionalità acquisite nel tempo (solo su sistemi centralizzati e limitatamente alla produzione di software per il settore amministrativo) il servizio non si attribuisce un ruolo strategico di gestione globale del sistema informativo dell'azienda ma, piuttosto, un ruolo di «appoggio» alla direzione amministrativa ed a quella generale per la semplice elaborazione dei dati o per lo sviluppo di applicativi dell'area amministrativa.

La pianta organica del SIA e del CUP è descritta dalla tabella 2.1.

Si noti che il numero degli operatori addetti al servizio è equivalente a quello dei terminali e che, pertanto, l'assenza di un operatore determina la temporanea chiusura al pubblico dello sportello.

Appare, infine, degna di nota l'eterogeneità del personale addetto al CUP, che include operatori ausiliari ed amministrativi.

2.5 Prima analisi dei fattori di criticità riscontrati e soluzioni «di primo livello»

Sulla base delle analisi sin qui condotte, si possono identificare i seguenti fattori di criticità:

1) le notevoli dimensioni dell'azienda, che rendono più complesso l'accesso degli utenti e costituiscono altresì una parziale giustificazione della mancanza di un piano unitario;

2) l'insufficienza strutturale del supporto informativo aziendale (dotazione *hardware*, architettura della rete, procedure *software*);

3) le difficoltà di comunicazione (interaziendale e con l'esterno);

4) l'assoluta disomogeneità delle procedure di accesso adottate;

5) la mancanza di politiche di formazione del personale coinvolto nei rapporti con l'utenza;

6) l'incompleta definizione della struttura organizzativa aziendale, anche con riguardo alla definizione delle responsabilità strategiche ed operative del CUP.

Tuttavia, se alcuni dei fattori di criticità sopra citati costituiscono vincoli ineliminabili in quanto strutturali (ad esempio la complessità derivante dalle dimensioni), taluni interventi correttivi potrebbero consentire, già nel breve periodo, una prima e parziale soluzione dei problemi sin qui descritti.

In particolare, appaiono affrontabili e risolvibili con un accettabile impiego di risorse problemi quali:

— la formazione del personale di contatto;

— la razionalizzazione delle comunicazioni agli utenti;

— la standardizzazione di alcune fasi delle procedure di accesso;

— l'adeguamento tecnologico delle dotazioni *hardware* (in particolare tenendo conto dell'esistenza di una rete aziendale in fibra ottica scarsamente utilizzata, che potrebbe consentire un funzionale collegamento tra il CUP ed il SIA, i reparti e tutti i servizi erogatori di prestazioni) e delle procedure *software*.

La figura 2.5 propone, a titolo di esempio, una possibile soluzione tecnica «di primo livello» coerente con l'obiettivo di piena integrazione in rete dei diversi sottosistemi e di razionalizzazione dei flussi informativi interni.

3. Dall'analisi dei meccanismi di prenotazione all'indagine dei sistemi aziendali: la valutazione della coerenza complessiva

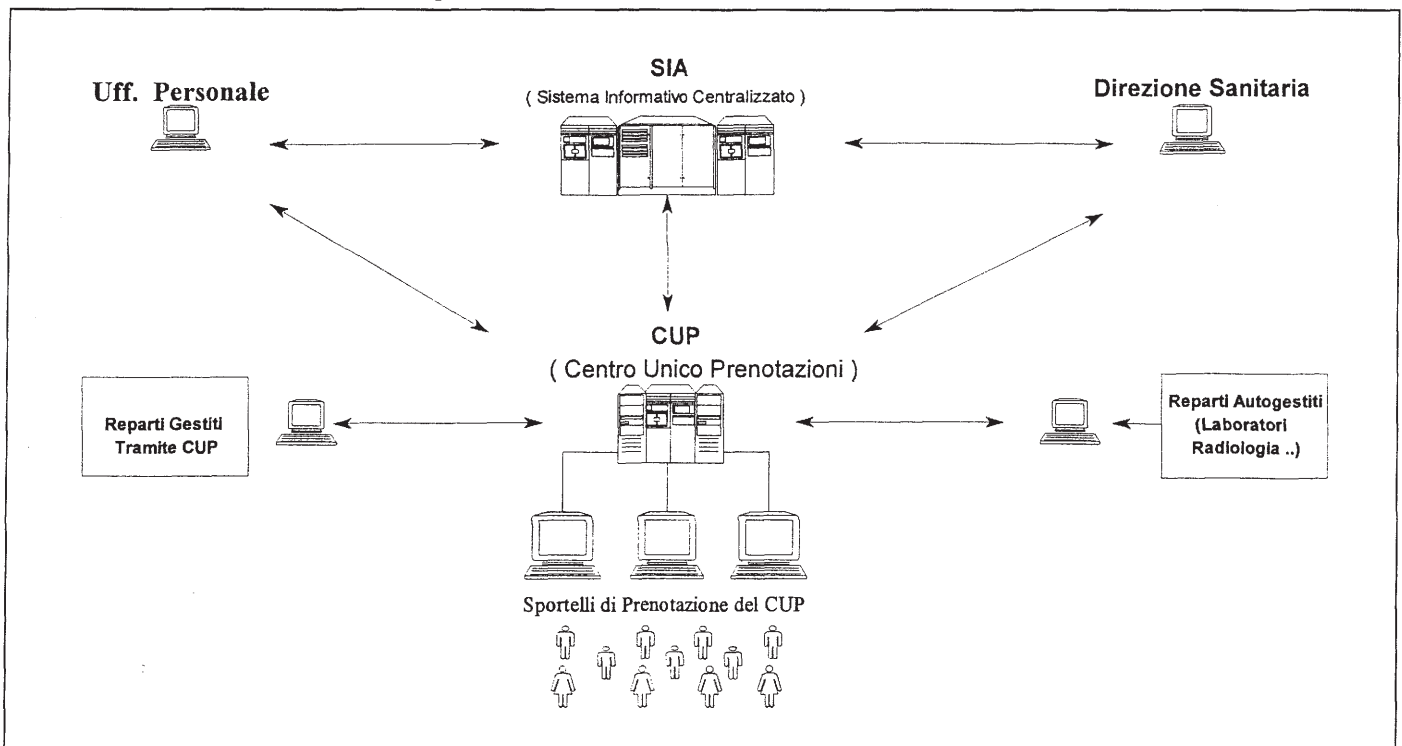
3.1. Un approccio sistemico

Al termine dell'analisi dei meccanismi di accesso alle prestazioni ambulatoriali e delle principali problematiche gestionali che ne discendono, proprio la relativa semplicità ed immediatezza di alcune delle soluzioni immediatamente prospettabili (rimaste, tuttavia, sino ad ora inattuata) inducono ad effettuare ulteriori approfondimenti, al fine di cogliere la reale natura del problema indagato, che sembra evidentemente trascendere la dimensione

Tabella 2.1 - Pianta organica del CUP e del SIA

SIA	CUP
1 Dirigente amm.vo - fascia A 1 Dirigente amm.vo - fascia B 2 Analisti - fascia B 9 Assistenti tecnici programmatori 4 Operatori tecnici coordinatori 3 Operatori tecnici 4 Coadiutori amm.vi	1 Op. prof. coordinatore - Inf. prof. caposala 1 Assistente amm.vo 6 Coadiutori amm.vi 1 Op. prof. di 2ª categoria - Inf. generico 13 Ausiliari
24 unità totali	22 unità totali

Figura 2.5 - Possibile soluzione tecnica «di primo livello»



«tecnico-organizzativa» sin qui analizzata ed investire ambiti meno immediatamente percepibili e rappresentabili.

L'azienda ospedaliera S. Martino di Genova rappresenta infatti un contesto ad elevata differenziazione, sia verticale che orizzontale, al quale è associato un elevato grado di complessità. Tra gli elementi alla base di quest'ultima complessità possiamo ricordare i seguenti:

- la dimensione (elevato numero di soggetti, di ruoli, di sottosistemi);

- il livello di incertezza da amministrare (legata all'attuale sistema di finanziamento, all'evoluzione delle tecnologie, al sistema legislativo ed alle tipologie ed al numero di prestazioni da erogare);

- il decentramento del processo decisionale (la diffusa discrezionalità decisionale è strettamente collegata all'elevata differenziazione orizzontale ed all'elevata dimensione);

— il livello di interdipendenza (determinato dal numero e dalla qualità delle relazioni interne richieste dal tipo di servizio prodotto: in un'azienda sanitaria fattori quali la crescente specializzazione in ambito medico e l'interdisciplinarietà delle prestazioni necessitano inevitabilmente di una frequente interdipendenza).

Un approccio di tipo «sistemico» appare il più adeguato al fine di sintetizzare la rilevante complessità di fenomeni, processi ed interconnessioni esistenti nel caso oggetto della presente trattazione e consente di giungere ad una valutazione sul grado di coerenza complessiva che caratterizza l'azienda in esame. È dunque necessario relazionare il sottosistema del CUP al più ampio sistema organizzativo aziendale, cercando di cogliere il livello di coerenza esistente tra i due sistemi e tra questi e l'ambiente esterno ed identificando i fattori di incoerenza cui imputare le disfunzioni operative e

tecniche sopra descritte, che costituiscono, evidentemente, soltanto una manifestazione di dinamiche più articolate.

Come è noto, il corretto funzionamento di un sistema aziendale può essere assicurato da un elevato grado di coerenza interna tra:

- variabili organizzative;
- struttura organizzativa e meccanismi operativi;
- comportamento organizzativo.

3.2. Le variabili organizzative

Coerentemente con tale modello e con le analisi sopra illustrate, le variabili organizzative dell'azienda ospedaliera «San Martino» possono essere sintetizzate come segue.

Le variabili istituzionali

La legislazione di carattere nazionale evidenzia la necessità di un mag-

gior orientamento delle strutture sanitarie alle problematiche dell'accesso ai servizi da parte dei cittadini. L'Ufficio relazioni con il pubblico (URP) ed il Centro unificato di prenotazione (CUP) rappresentano gli elementi strutturali per una gestione sempre più orientata al «cliente».

La Regione Liguria non può che far propri questi indirizzi, con particolare riferimento alla più grande azienda ospedaliera sul suo territorio: pertanto, le relazioni con il pubblico ed i meccanismi di accesso assumono particolare rilevanza anche per l'immagine della Regione.

Se, oltre all'ambiente di tipo «istituzionale», si considera anche la popolazione ed il rapporto di quest'ultima con l'ospedale, non si possono parimenti trascurare le legittime aspirazioni a minori tempi di attesa, a migliori servizi e ad una migliore comunicazione.

La problematica in esame assume, quindi, un valore strategico estremamente elevato tanto per la Regione quanto per l'azienda.

Le variabili individuali

Il S. Martino si caratterizza per una notevole dimensione orizzontale; ciò è dovuto alla forte differenziazione dei servizi erogati, che includono anche specialità di interesse nazionale ed europeo. Evidentemente molte di queste specialità assumono una rilevanza enorme per l'ospedale e quindi esercitano un potere derivante dalla notevole autonomia. Tale caratteristica è ancora più accentuata nelle strutture di tipo universitario.

Il rischio che ne deriva è rappresentato dal fatto che i responsabili delle varie specialità perseguono propri fini di tipo sanitario e scientifico non necessariamente negoziati e/o tesi al perseguimento delle finalità istituzionali dell'azienda.

Il decentramento orizzontale delle responsabilità, che riguarda, chiaramente, anche l'area amministrativa, si accompagna ad una notevole quantità di personale non specializzato ed ausiliario (notevole dimensione verticale) gestito secondo logiche burocratiche. Anche con riferimento a questo aspetto esiste il rischio che il *gap* tra bisogni individuali e bisogni aziendali assuma una dimensione non più controllabile.

Le variabili tecniche

In precedenza sono già state poste in evidenza le notevoli dimensioni orizzontali e verticali dell'azienda, cui si aggiungono i problemi logistici derivanti dalle dimensioni fisiche delle strutture e dai collegamenti tra le stesse all'interno dell'area del San Martino.

Si è, inoltre, già diffusamente descritto il livello di informatizzazione del CUP, che appare assolutamente inadeguato alle esigenze del servizio.

Le variabili sociali

L'azienda S. Martino ha numerosi e complessi obiettivi da raggiungere in un ambiente in cui le «regole del gioco» non sono spesso molto chiare. Le dimensioni orizzontali e verticali, più volte citate, complicano notevolmente la situazione. Si riscontra, pertanto, un elevato fabbisogno di integrazione ed un rilevante potenziale di conflittualità.

3.3. La struttura organizzativa ed i meccanismi di coordinamento ed integrazione

La struttura organizzativa del S. Martino, già descritta in precedenza, è di tipo funzionale e prevede un'articolazione formale e gerarchica di ruoli e responsabilità. Non vi sono sostanzia-

li problemi per ruoli assenti e le singole unità operative di *line* possono perciò godere di un punto di riferimento stabile.

Tuttavia, le interazioni tra organi della struttura sono lasciate più a processi di mutuo aggiustamento, tipiche del tentativo di superare le rigidità strutturali, che ad una esplicita progettazione delle stesse.

Ad esempio, il posizionamento organizzativo del CUP quale organo dipendente dalla direzione sanitaria costituisce un fattore rilevante di rigidità in quanto non prevede chiari meccanismi di interazione con altri organi od unità operative, quali ad esempio la direzione amministrativa od il SIA, che necessitano di dati e di informazioni continue.

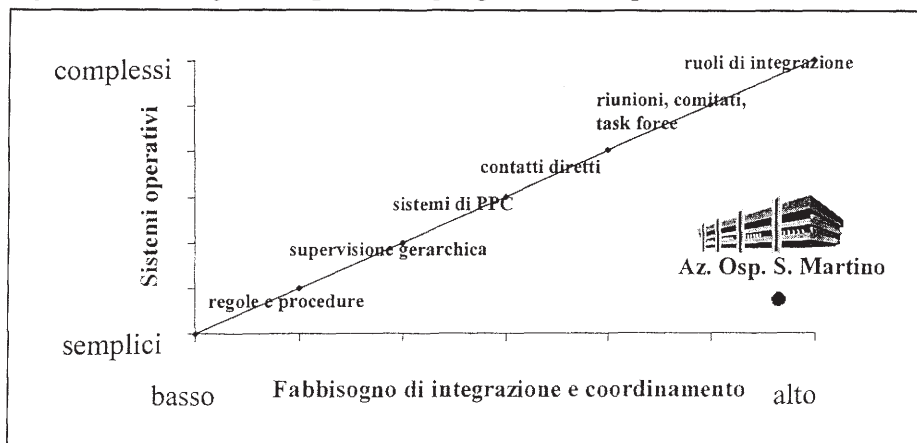
Uno dei più rilevanti fattori di criticità appare infatti l'inadeguato sviluppo di organi in *staff* alla direzione generale, intesi quali supporto all'azienda nel suo insieme, che potrebbero inoltre creare le premesse per un rafforzamento delle relazioni trasversali.

Rispetto al notevole fabbisogno di integrazione che contraddistingue l'azienda occorre notare, da un lato, la grave carenza di sistemi operativi di coordinamento stabili (riunioni, comitati, ruoli addizionali di integrazione, ecc.) e, dall'altro, il costante utilizzo di strumenti quali la supervisione diretta (gerarchica) e l'accordo raggiunto durante riunioni informali.

Tale carenza si riscontra anche a livello del *top management*, laddove il numero limitato di persone dovrebbe invece facilitare le relazioni di gruppo e diminuire i rischi di conflittualità.

La rilevante complessità del S. Martino richiederebbe invece (come è evidenziato dalla figura 3.1) l'utilizzo di strumenti di gestione delegata (ruoli di integrazione e coordinamento) e di gestione diffusa (meccanismi colle-

Figura 3.1 - Fabbisogni di integrazione e tipologie dei sistemi operativi adottati



giali di coordinamento e direzione per obiettivi).

3.4. Conclusioni

Sono state illustrate le profonde incoerenze che, all'interno del sistema aziendale in esame, contraddistinguono i rapporti tra:

- le variabili organizzative;
- la struttura organizzativa;
- i principali meccanismi operativi.

All'inadeguata coerenza del sistema sembra, dunque, potersi attribuire la reale natura delle disfunzioni che evidentemente affliggono il sistema unificato di prenotazioni dell'azienda ospedaliera San Martino, che stenta a recuperare una sua dimensione di efficienza ed efficacia, malgrado l'organizzazione, a tutti i livelli, evidenzia la chiara percezione del carattere altamente strategico del servizio di accesso alle prestazioni specialistico-ambulatoriali. Tutti gli attori sono infatti consapevoli del fatto che il successo e la visibilità dell'orientamento all'utente perseguito dall'azienda si fondano in misura rilevante sui risultati di funzionalità ed efficacia ottenuti dal CUP e dall'URP, in quanto «interfaccia» tra l'ambiente esterno di riferimento e l'insieme delle relazioni aziendali.

Inoltre, è ben noto che al CUP sono direttamente collegati i sistemi di contabilizzazione delle prestazioni effettuate, per la misurazione dei volumi di attività (legata ai sistemi di finanziamento per prestazione ed ai meccanismi di incentivazione del personale) e dei risultati di ordine scientifico ed epidemiologico.

A livello di strategie «percepite» (e dunque diffuse informalmente) non vi sono, pertanto, dubbi circa la crucialità del tema per il successo aziendale e per il perseguimento delle finalità istituzionali complessive.

In realtà, l'approccio adottato nei confronti del servizio in esame non è coerente con questa visione «diffusa»: vi sono, infatti, diversi attori che «imprenditorialmente» desidererebbero perseguire un loro progetto di soluzione del problema mentre non esistono progetti formalizzati che razionalizzino e pianifichino le soluzioni.

Ciò determina una situazione di «stallo» («circolo vizioso di mancata allocazione delle risorse») che:

— da un lato non porta alla predisposizione di un progetto complessivo in quanto troppo complesso;

— dall'altro non consente di realizzare singoli interventi (quali, ad esempio, quelli sopra denominati «di primo livello»), in quanto essi non rappresentano la soluzione del problema.

Inoltre, l'incoerenza tra l'elevato valore strategico del servizio in esame e la mancata attività di programmazione in merito allo stesso può determinare, nel breve periodo, situazioni particolarmente critiche quali:

— il mancato coordinamento e la difficoltà di integrazione in molte fasi di lavoro;

— la demotivazione del personale, dovuta alla precarietà del servizio, vissuto «di giorno in giorno», alla mancata negoziazione sugli obiettivi da raggiungere, alla visione punitiva del proprio posto di lavoro, alla diffusa sensazione di mancata sensibilità al problema, alla mancanza di formazione specifica;

— la mancanza di un riorientamento complessivo del servizio che porti a reali innovazioni positive tanto nei rapporti dell'azienda con gli utenti quanto nel più ampio sistema aziendale di controllo direzionale (comprendente, quindi, anche le fasi di misurazione delle attività, di reporting e di valutazione economico-finanziaria e scientifico-epidemiologica).

(1) Appare opportuno sottolineare che, in una struttura così complessa, emerge, tra l'altro, la netta separazione tra l'apparato universitario ed il sistema di organizzazione ospedaliera. Le relazioni tra università e direzione generale dell'azienda ospedaliera sono poco sviluppate, in quanto il personale medico universitario evidenzia una spiccata autonomia organizzativa e funzionale e la direzione generale dell'azienda rivela una certa impotenza nel modificare la situazione, anche in considerazione dello status giuridico universitario.

BIBLIOGRAFIA

- LAWRENCE P.R. AND J.W. LORSCH, *Organization and Environment. Managing Differentiation and Integration*, Harvard University, 1967.
- RUGIADINI A., *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè Editore, 1979.
- SEILER J.A., *Systems Analysis in Organizational Behavior*, Irwin-Dorsey, 1967.

SISTEMA PER LA QUALITÀ DELL'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 2 «ISONTINA» REGIONE F.-V. GIULIA. PROGETTO ED ESPERIENZA

di Carlo Pagana¹, Paolo Quondam¹, Luigina Soranzio¹, Gianni Baratti²

¹ Centro di Promozione della qualità dell'A.s.s. n. 2 «Isontina»

² Direttore generale dell'A.s.s. n. 2 «Isontina»

SOMMARIO: 1. Contesto generale - 2. Progetto qualità - 2.1. Prima fase (1991-1993): le linee strategiche. Esperienza - 2.2. Seconda fase (1994-1996): contesto nazionale; regionale; aziendale; evoluzione del concetto di qualità. - 3. Sistema qualità di azienda - 4. Organizzazione - 5. Attuazione - 6. Commenti - 7. Prospettive.

1. Contesto generale

L'A.s.s. n. 2 «Isontina», con sede a Gorizia, ha una popolazione residente di 137.932 abitanti distribuiti in 25 comuni, su di un territorio di Km² 466. L'azienda dispone di 2.080 dipendenti, con un alto rapporto tra operatori e popolazione residente (1,5%); il *budget* per il 1997 ammonta a 250 miliardi. Comprende due presidi ospedalieri (Gorizia e Monfalcone), dotati, oggi, di 666 posti-letto complessivi, un Dipartimento di salute mentale, un Dipartimento di prevenzione e due Distretti sanitari. È presente, inoltre, un ospedale classificato, di tipo riabilitativo con 126 posti-letto.

Nell'azienda è in corso un profondo e difficile processo di cambiamento, le cui linee direttrici sono essenzialmente date da:

— decisa riduzione dei costi unitari e della spesa complessiva a fronte di una storica quota capitaria fra le più alte della Regione Friuli-Venezia Giulia;

— riorganizzazione e, in alcuni casi, ristrutturazione radicale del sistema di offerta dei servizi, negli ultimi anni cresciuta in modo del tutto disarticolato;

— conseguente forte integrazione fra i centri di offerta dei servizi, muovendo da una spiccata cultura, ben radicata, di contrapposizioni e lacerazioni, che attraversa, ricomprendendoli, quasi tutti i livelli sociali e produttivi della Provincia;

— recupero del governo dell'azienda, da anni assente;

— costruzione e successiva progressiva estensione di un sistema di corresponsabilizzazione in un iniziale contesto di sua assenza pressoché totale;

— riequilibrio dell'offerta sanitaria, in rapporto all'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri del 37% (circa 12.700 ricoveri in meno) in due anni (1996-1997) da una parte e conseguente investimento, dall'altra, di risorse, così acquisite, per attrezzare una rete adeguata di servizi sul territorio;

— riorganizzazione dei presidi ospedalieri, che ha portato, in due anni, alla riduzione dei posti-letto da 837 a 666 (da 6 a 4,8 posti-letto x 1.000 abitanti) e del tasso di ospedalizzazione da 247 a 198 x 1.000 abitanti, alla integrazione di reparti e servizi, con attivazione di dipartimenti «verticali» e «orizzontali», sviluppo dei *day hospital* in ogni specialità;

— potenziamento delle strutture con funzioni di «filtro»: pronto soccorso, ambulatori, servizi diagnostici, medicina di base;

— concreto, progressivo coinvolgimento dei medici di medicina generale in alcune politiche aziendali;

— sviluppo dell'attività distrettuale, attraverso le RSA (Residenze sanitarie assistenziali) e l'ADI (Assistenza domiciliare integrata);

— attivazione di sistemi di programmazione e di controllo di gestione;

— sviluppo del Sistema per la qualità di azienda;

— inizio, con l'1 gennaio 1997, di una fase sperimentale di gestione *budgetaria*.

La domanda sanitaria si caratterizza per una struttura demografica fortemente sbilanciata a favore delle fasce di età più alte (età > 65 a. 21%), per un tasso di ospedalizzazione ancora elevato (198 x 1.000 abitanti), per un tasso di fuga del 26% ed un tasso di attrazione del 16%. La distribuzione dei ricoveri vede ai primi posti le malattie dell'apparato muscoloscheletrico e del tessuto connettivo (14%), dell'apparato cardio-circolatorio (13,1%), dell'apparato digerente (8,9%), del sistema nervoso (7,8%).

2. Progetto qualità

2.1. Prima fase. Anni 1991-1993

Le linee strategiche del progetto

Partendo da una analisi delle caratteristiche peculiari delle aziende sanitarie, che sono aziende di servizi, di *knowhow* (autonomia clinica degli operatori, complessità delle attività svolte, conflittualità elevata, difficoltà a misurare il prodotto ultimo dell'ospedale in termini di salute aggiunta), venne elaborato un progetto per orientare alla qualità l'organizzazione di quegli anni, sviluppando un nuovo modo di pensare e di governare la complessa realtà sanitaria. Fu individuato, come finalità della organizzazione sanitaria, il soddisfacimento dei reali bisogni e delle aspettative del cittadino-utente (centralità del cittadino), tramite il miglioramento della qualità dei servizi e l'uso ottimale delle risorse e vennero indicate alcune linee principali di intervento:

— rilevazione dei bisogni degli utenti e del tipo di domanda sanitaria, valutazione della risposta dei servizi sanitari e orientamento delle risorse, delle prestazioni, della riorganizzazione dei servizi in base alla «gerarchia» dei bisogni da soddisfare;

— approccio sistemico e pianificato al miglioramento della qualità, per promuovere la qualità in tutta l'organizzazione, superando la fase di interventi episodici, predisponendo le condizioni organizzative necessarie e coinvolgendo gradualmente tutto il personale;

— sviluppo della cultura e della pratica della cooperazione mediante l'integrazione dei vari punti di vista (amministratori, operatori, cittadini), per recuperare una visione unitaria delle finalità e degli obiettivi dell'azienda, riducendo così quegli elementi di separazione e di conflittualità fra

operatori, fra sanitari, amministrativi e dirigenti e fra questi e i cittadini;

— integrazione del *knowhow*:

a) della cultura della professione sanitaria, la cui funzione è quella di valutare un problema clinico (diagnosi) per risolverlo (cura), ma anche di gestire i processi clinico-assistenziali;

b) della cultura della Vrq (Verifica e revisione della qualità delle cure), che è uno strumento di valutazione e soprattutto di autovalutazione della qualità delle prestazioni per migliorarla, che privilegia, fra gli elementi della qualità, l'efficacia e la qualità tecnico-scientifica, e che rappresenta un indispensabile strumento gestionale: «Se non esiste un sufficiente livello di accettazione dei criteri in base ai quali è valutata l'attività, nessun sistema di controllo di gestione può funzionare nel settore sanitario» (Borgonovi, 1988);

c) della cultura manageriale di tipo partecipativo, che valuta le «prestazioni» del sistema per migliorarne la qualità gestionale-organizzativa e raggiungere i risultati, che privilegia l'efficienza e l'adeguatezza delle prestazioni dei servizi e che permette di «elevare a sistema» la Vrq, apprestando gli strumenti e le tecniche organizzativo-gestionali per valorizzarne i risultati, per utilizzarli a supporto del processo decisionale, per generalizzare le esperienze positive, per stabilire meccanismi di monitoraggio sistematico della qualità, motivando gli operatori;

— responsabilizzazione degli operatori, in termini di impegno per aumentare non solo la qualità tecnico-professionale e l'efficacia degli interventi ma anche l'efficienza dei processi produttivi diagnostico-terapeutici;

— adozione di meccanismi premianti orientati alla qualità, utilizzando incentivi professionali ed economi-

ci sia individuali, che per *équipe* e unità operativa;

— predisposizione di un sistema informativo orientato alla qualità, per la raccolta, elaborazione e trasmissione periodica di dati di attività validi, di quelli relativi agli indicatori per la qualità, delle iniziative di Vrq all'interno dell'organizzazione.

L'esperienza

L'esperienza iniziò nel 1991 con la costituzione del Gruppo promotore (1), la formulazione di un documento-proposta di riferimento per istituire il sistema per la Vrq di Usl, che definiva finalità, principi, metodologia e campi di applicazione della Vrq, modello organizzativo sperimentale, modalità di finanziamento, criteri di valutazione dei programmi di Vrq. Evidenziava, inoltre, le somiglianze fra la metodologia di approccio clinico al paziente da parte del medico, quella della valutazione e miglioramento della qualità e quella manageriale del controllo di gestione. Il progetto fu proposto agli amministratori ed ai primari per acquisire il loro consenso e raccogliere eventuali suggerimenti e portato alla conoscenza degli operatori attraverso un'assemblea generale. Successivamente fu approvata la delibera di istituzione del sistema e di nomina ed insediamento della Commissione per la Vrq di Usl.

La commissione, di cui facevano parte oltre trenta (!) persone, era costituita da dirigenti medici e infermieri di Usl, di ospedale e di distretto, amministrativi, rappresentanti degli utenti. Essa individuò alcune priorità, che portarono alla formazione di tre gruppi di lavoro: rilevazione delle opinioni dei cittadini-utenti; valutazione della qualità della documentazione clinica; analisi dei flussi di dati dell'organizzazione, finalizzata alla crea-

zione di un efficace sistema informativo.

Il primo gruppo di lavoro portò all'organizzazione di un valido sistema che rilevava i reclami e i suggerimenti degli utenti, sia negli ospedali che nei distretti, li classificava e attivava le azioni necessarie per risolvere le problematiche segnalate, inviando poi al cittadino la risposta scritta a firma del coordinatore sanitario.

Il gruppo sulla valutazione della documentazione clinica, che aveva come riferimento il primo lavoro di Vrq in Italia sulla leggibilità delle cartelle cliniche, condotto nelle divisioni di medicina di due ospedali dell'Usl (Grado e Monfalcone), non riuscì a sviluppare una iniziativa efficace, in quanto emersero, all'interno del gruppo, perplessità sulla reale utilità dello studio e valutazioni pessimistiche sulla capacità di ottenere risultati significativi in maniera diffusa. In ogni caso il gruppo, valorizzando alcune esperienze di cartella infermieristica (Ortopedia di Gorizia), contribuì a sensibilizzare gli operatori sull'importanza di un tale strumento e sulla sua diffusione, stimolando anche la creazione di strumenti nuovi di registrazione e di comunicazione dei dati (cartella clinica dell'osservazione temporanea e scheda infermieristica del pronto soccorso di Monfalcone che accompagna il paziente in caso di ricovero o di trasferimento).

Il gruppo sull'analisi dei flussi di dati, cominciò a valutare le varie tipologie di dati allo scopo di selezionare quelle più importanti (sul personale, le attività, i Drg, i costi), utilizzabili a supporto del processo decisionale all'interno della organizzazione, verificare altresì la validità, promuovere criteri di rilevazione uniformi, elaborare infine dei reports periodici da trasmettere ai vari reparti e servizi.

In tale ambito si definirono alcuni percorsi, come ad esempio quello sui

dati degli ambulatori ospedalieri, e si iniziò a valutare, tramite un progetto *sub 2* del fondo incentivazione alla produttività, il prodotto ospedaliero attraverso i Drg, la Vrq, i Centri di costo; si sviluppò l'analisi di alcuni reparti con la descrizione dei profili di attività e dei relativi indicatori. L'utilizzazione di tale fondo di incentivazione per finanziare progetti obiettivi, pur con alcuni limiti, ha portato alla definizione di importanti strumenti, come le griglie di valutazione dei progetti, e ha permesso di avviare il superamento della fase storica, caratterizzata da incentivi «a pioggia», correlati a risultati solamente di tipo quantitativo.

Inoltre si formulò un piano di formazione alla Vrq che coinvolgesse in primo luogo un nucleo trasversale di operatori (medici, infermieri, amministrativi) e dirigenti (primari e caposala), per creare una «massa critica» di operatori, motivati e capaci di utilizzare le metodologie di valutazione e miglioramento della qualità e di raggiungere i risultati.

Il vero motivo che, in questa prima fase, non ha permesso di realizzare compiutamente il sistema è dovuto al fatto che, in sostanza, l'esperienza è stata portata avanti da un gruppo di convinti, appassionati, capaci «volontari» in un contesto, però, che mai avrebbe favorito la sua crescita date le manchevolezze «strutturali» che sono state evidenziate, all'inizio, nel capitolo «Contesto generale». Allora, il dettaglio degli specifici elementi negativi appare una logica quanto inesorabile conseguenza:

— mancanza di un sostegno efficace da parte dei dirigenti: lo strumento innovativo della promozione della qualità non emerse, nella realtà, come una leva strategica della «politica» dell'Usl, finalizzata al cambiamento, ma venne considerato «una pratica di lusso che un servizio può permettersi

solo dopo aver superato la soglia di sopravvivenza» (Tonelli, 1992);

— assenza di investimenti adeguati e in tempi «utili» per organizzare e promuovere la qualità, in termini di persone dedicate, corsi di formazione, sistema informativo, supporto segretariale; bisogna però ricordare che, nell'ultimo periodo della prima fase (fine 1993), furono assegnate risorse per corsi di formazione, attrezzature (un computer), 2 medici, che, per un numero limitato di ore, iniziarono formalmente a dedicarsi all'implementazione del sistema;

— l'implementazione della Vrq come sistema necessitava, oltre che di momenti di sensibilizzazione, soprattutto di un piano di formazione sulle tecniche e le metodologie del miglioramento della qualità, che precedesse, accompagnasse costantemente e sostenesse l'intero processo: tale necessità non fu soddisfatta;

— la commissione di Usl pletrica (30 persone), che non riuscì a darsi strumenti operativi efficaci;

— pochi operatori si dimostrarono motivati e disponibili ad impegnarsi per realizzare il sistema.

Le resistenze, in genere non esplicite, vennero dai dirigenti amministrativi e sanitari a vari livelli, che diffidavano del «giudizio» di qualità sul proprio modo di operare per timori legati alla possibilità di perdere posizioni di potere e di privilegio, acquisite spesso senza le necessarie competenze manageriali e che si sentivano «spiazzati» da uno strumento, la Vrq, che non era in grado di controllare e che metteva a rischio il «quieto vivere» quotidiano e le sicurezze derivanti da una consolidata *routine*; ma vennero anche da una parte degli operatori, abituati a lavorare con uno scarso impegno per migliorare la qualità del proprio servizio, in un contesto e in un clima che non stimolava ad assumersi le proprie responsabilità e ad attivarsi

per cambiare comportamenti non conformi al progredire delle conoscenze scientifiche.

In ogni caso, in questi anni, il tema della valutazione e miglioramento della qualità si è imposto, in qualche modo, all'attenzione dei dirigenti e degli operatori, è aumentata la cultura della qualità e la sensibilizzazione degli operatori e si sono iniziati ad affrontare problemi basilari per delineare una strategia di promozione della qualità, finalizzata al cambiamento dei comportamenti individuali, al cambiamento organizzativo e a rendere possibile il controllo di gestione dell'organizzazione. Si è inoltre formato un gruppo di operatori con funzioni di aiuto e di supporto per coloro che hanno voluto impegnarsi sui temi della qualità e si è realizzato un collegamento, sia pur episodico, con i rappresentanti dei cittadini-utenti.

2.2. Seconda fase. Anni 1994-1996

L'impulso per un decisivo sviluppo del progetto qualità in tutte le sue implicazioni è derivato dal fatto che, in un periodo successivo, sono venuti a «maturazione» alcuni importanti fattori di contesto, attraverso cui si sta realizzando una crescente messa a fuoco del tema della qualità nei servizi sanitari, delle metodologie di valutazione e delle strategie di miglioramento.

Il contesto nazionale è dato dalla messa in opera delle grandi scelte di politica sanitaria contenute nelle leggi di riforma del Ssn n. 502/92 e n. 517/93 e nel Piano sanitario nazionale 1994-1996, che hanno innescato una «rivoluzione» ancora in pieno sviluppo: regionalizzazione; aziendalizzazione; distinzione fra organi di «tutela» della salute, che assicurano i livelli di assistenza (Regione, aziende) e di «produzione» (ospedali, Rsa, ecc.); finanziamento tramite quote capitarie

(livelli assistenziali) e tariffe (Drg, cicli di prestazioni); competizione amministrata; attenzione alla qualità, con riferimento alla Vrq (art. 10), all'accreditamento (art. 8), ai diritti dei cittadini (art. 14), alla Carta dei servizi (D.P.R. n. 12/95), agli indicatori di efficienza e di qualità (decreto Min. san. n. 7/95).

Il contesto regionale del Friuli-Venezia Giulia è caratterizzato dalla presenza di un chiaro e completo quadro normativo e di una efficace capacità di programmazione sanitaria e di controllo dei risultati. Le principali scelte di politica sanitaria regionale sono state: configurazione di un mercato «regolato»; riorientamento del servizio sanitario regionale verso l'assistenza sanitaria di base e le strutture sanitarie del territorio, con una conseguente revisione dell'assetto ospedaliero per trasformare l'ospedale sempre più in luogo di trattamento intensivo dell'acuto con un limitato trattamento delle *post-acuzie*; definizione delle responsabilità gestionali delle aziende sanitarie; definizione di criteri di finanziamento, basati sul rimborso prospettico dei ricoveri, che hanno come obiettivo, attraverso l'assegnazione di un determinato tetto dei ricoveri, la riduzione del tasso di ospedalizzazione al 160 per mille, entro il 1997. È stato inoltre definito un finanziamento per obiettivi finalizzato alla valutazione e miglioramento della qualità, come la quota di finanziamento di 2,5% del globale di ospedale collegata a livelli di inappropriatazza dei ricoveri non superiori alla soglia del 25% e quella legata all'istituzione di un sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere e delle piaghe da decubito. Tali scelte insieme con il buon funzionamento del sistema informativo regionale; l'attivazione dell'Agenzia regionale della sanità, con funzioni di supporto e di controllo, e, nel suo ambito, la creazione di gruppi di lavoro, come,

per esempio, quello per la Carta dei servizi; i periodici momenti di negoziazione, hanno consentito da una parte il decollo dell'aziendalizzazione e dall'altra l'introduzione di alcuni elementi di qualità nella sanità regionale.

Nell'ambito di questi elementi di contesto generale, la nuova direzione generale dell'A.s.s. n. 2 «Isontina», a fronte di una elevata complessità aziendale, con fenomeni di elevata conflittualità e di rigidità organizzativa, si è caratterizzata per uno stile di direzione di tipo «direttivo» all'inizio e poi con crescenti elementi di tipo partecipativo, attivandosi per sviluppare vari strumenti di comunicazione nei confronti dei dirigenti e degli operatori (per esempio incontri mensili con tutte le varie componenti del personale, invio di lettere per segnalare problemi, o per congratularsi dei buoni risultati raggiunti), che ha notevolmente migliorato il clima interno dell'organizzazione; si è impegnata inoltre per formare delle buone «squadre» (*staff*, gruppi di progetto) e, attrezzandosi con un sistema informativo sempre più efficace, ha sviluppato una crescente capacità di lettura della realtà organizzativa e di verifica dei risultati, potendo così attivare un iniziale livello di controllo di gestione che si sta sviluppando efficacemente; ha dimostrato grande interesse per la valutazione e il miglioramento della qualità, considerata come leva assolutamente strategica per sviluppare positivamente il cambiamento organizzativo, fornendo costante stimolo e sostegno esplicito alle varie iniziative e alla crescita del progetto.

Un altro fattore importante di questa seconda fase, risiede nella evoluzione del concetto di qualità: dalla Verifica e revisione della qualità (Vrq), al Miglioramento continuo della qualità (Mcq) e al *Total quality management* (Tqm). La qualità non è solo un problema interno dell'azienda, ma deve

soprattutto orientarsi all'esterno per soddisfare i clienti; non riguarda solo la «produzione» ma tutti i settori dell'azienda, comprese le attività manageriali; non «cura» solo i difetti ma li previene; la qualità non è responsabilità di alcuni esperti o di un ufficio della qualità ma è responsabilità di tutti, è una funzione trasversale che abbraccia tutte le funzioni aziendali, è una leva strategica, non è un costo ma un investimento e deve far parte integrante della strategia aziendale. La qualità non può essere comunque imposta dall'alto o dall'esterno ma è il risultato di un insieme di attività svolte in modo volontario, che devono però essere promosse, sostenute e incentivate, mettendo in atto le opportune strategie motivanti: l'operatore non deve chiedersi «ho superato il controllo?» ma «come posso migliorare il mio lavoro?». La qualità non si raggiunge una volta per tutti, ma è un processo continuo di miglioramento. «In una organizzazione orientata alla qualità, ognuno ha due lavori: il primo è quello solito, il secondo è quello di aiutare a migliorare il primo» (Berwick, 1989).

La Vrq, come la *Quality assurance* da cui proviene, ha considerato soprattutto il punto di vista dei professionisti sanitari, ha avuto un prevalente interesse verso la dimensione professionale della qualità, cioè verso la qualità tecnico-scientifica per assicurare prestazioni all'altezza del progresso scientifico e tecnologico, verso l'efficacia come capacità di un intervento di raggiungere il risultato desiderato, verso l'appropriatezza delle prestazioni, la sicurezza delle procedure e gli aspetti etici della relazione medico-paziente. Tenendo presente che solo il 15% degli interventi medici risultano basati su solide evidenze scientifiche (R. Smith, 1992) e che, quindi, una quantità rilevante di prestazioni sanitarie possono essere rite-

nute non appropriate, non necessarie o dannose, risulta evidente l'importanza della valutazione e del miglioramento della qualità professionale finalizzata ad identificare e scegliere, nella pratica clinica, interventi appropriati e di sicura efficacia, a costruire linee guida di comportamento in particolare laddove esistono grossi rischi e importanti incertezze nelle decisioni cliniche, utilizzando anche uno strumento come i Drg per la descrizione e la valutazione delle attività cliniche.

Insieme alla qualità professionale, ha acquistato grande importanza la qualità percepita dal cittadino-cliente, per la centralità che i suoi bisogni e le sue attese assumono negli obiettivi di una azienda sanitaria, e la qualità percepita dagli operatori, finalizzate entrambe a rilevare problemi e criticità da inserire poi nel circuito del miglioramento continuo per attivare il cambiamento di comportamenti o di modalità organizzative. Anche se questo aspetto non è stato per nulla trascurato dalla Vrq — basta pensare a tutti i lavori di rilevazione del gradimento delle cure da parte dei pazienti (Donabedian, 1990) — è necessario sviluppare la nozione di cliente esterno nel nuovo contesto aziendale, dei suoi valori, dei suoi bisogni e delle sue attese, sia per quanto riguarda l'aspetto della qualità della prestazione professionale, sia per l'aspetto «alberghiero», sia per l'aspetto relazionale, attraverso una informazione-educazione adeguata al fine di trasformare il paziente/cliente da soggetto passivo, in condizioni di oggettiva inferiorità nei confronti del medico, in alleato-protagonista nelle decisioni sul suo stato di salute, in grado di valutare, insieme al medico, in modo critico, le attese non realistiche e i falsi bisogni.

Altrettanto importante è la dimensione della qualità organizzativa, relativa all'efficienza nella gestione dei

processi clinico-assistenziali, in termini di integrazione degli operatori e di coordinamento delle attività, alla luce del fatto che l'atto medico diagnostico-terapeutico si è trasformato lentamente in un processo produttivo diagnostico-terapeutico, sempre più dipendente dalla organizzazione (dalla fase «artistica» alla fase tecnologica). Tenendo presente però che, senza efficacia, non ha senso migliorare l'efficienza (Cochrane, 1978). Questa dimensione della qualità coinvolge anche aspetti strategici relativi al sistema di responsabilizzazione e di controllo di gestione.

3. Sistema qualità di azienda

Il progetto per l'istituzione del sistema Vrq nella nostra azienda conteneva già, in termini di elaborazione, questi elementi di evoluzione, che, sviluppati, hanno portato a definire, anche sulla base dell'esperienza acquisita, un programma per il miglioramento continuo della qualità, che si articola nelle seguenti linee di intervento:

- costruzione di un sistema strutturato per la qualità, costituito dal Centro di promozione, dai Comitati di ospedale e di distretto, dai Gruppi di miglioramento;

- piano di formazione dei dirigenti e degli operatori per sviluppare la cultura della qualità e realizzare una crescente capacità di lettura della propria realtà operativa e di scelta delle strategie di miglioramento più idonee;

- valutazione del prodotto sanitario tramite Drg, Vrq, Centri di costo, con analisi globale di ospedale, di distretto e di unità operativa;

- produzione di *reports* periodici su volumi di attività, qualità delle prestazioni, costi;

- scelta di *set* di indicatori per la qualità e loro monitoraggio;

— sviluppo del sistema premiante orientato alla qualità;

— definizione di *iter* diagnostico-terapeutici delle patologie più importanti o frequenti, con il coinvolgimento dei medici ospedalieri e dei medici di medicina generale;

— valorizzazione del punto di vista del cittadino-cliente, valorizzazione delle opinioni degli operatori.

4. Organizzazione della qualità

L'azienda ha istituito, con apposita delibera, il sistema qualità di azienda, inteso non come struttura burocratica, ma come organizzazione aperta, flessibile, il cui compito principale è quello di rendere la valutazione una componente permanente del normale lavoro professionale, stabilendo meccanismi di monitoraggio sistematico della qualità della assistenza erogata e formando tutto il personale sui metodi del miglioramento continuo della qualità, così come stabilisce l'obiettivo 31 dell'Oms, nell'ambito del progetto «Salute per tutti per l'anno 2000».

Lo schema organizzativo (tabelle 1, 2, 3, 4 e 5) si articola come previsto dalla ordinanza istitutiva:

«I gruppi di miglioramento (tabella 6) sono gli organismi fondamentali di tutto il sistema e si costituiscono spontaneamente o su temi particolari, con successiva formalizzazione da parte della direzione sanitaria e dei direttori di distretto e di dipartimento e con comunicazione al Centro di promozione della qualità. Tali gruppi possono costituirsi all'interno delle U.o., dei dipartimenti, o, trasversalmente, con il coinvolgimento di alcune U.o. di ospedale e di distretto.

I componenti dei Comitati per la qualità e dei Gruppi di miglioramento svolgono la propria attività nell'ambito dell'orario di lavoro.

Le attività di autovalutazione e di miglioramento della qualità vengono

svolte su base volontaria, autonoma e non hanno carattere punitivo o fiscale.

Gli organismi per la qualità redigono i verbali delle riunioni e la relazione sulle iniziative avviate e sui risultati raggiunti, che verrà inviata al direttore generale alla fine di ogni anno.

Vengono adottate, come metodologie di "problem solving", la Vrq-Mcq (Miglioramento continuo della qualità), per la sua ampia diffusione nel settore sanitario (dal 1984 in Italia), le molteplici esperienze a livello nazionale ed internazionale (*Quality as-*

urance/Continuous quality improvement), per i risultati raggiunti; la *Total quality management* (Tqm), per l'approccio organizzativo globale e l'attenzione che pone alla soddisfazione del cliente ed ai processi di lavoro; l'analisi sistemica, per le analisi e le valutazioni di ordine organizzativo-gestionale; l'Analisi partecipata della qualità (Apq), di recente introduzione, per l'attenzione ai temi della cittadinanza e della qualità percepita.

Il finanziamento del sistema viene assicurato assegnando, nell'ambito

Tabella 1 - Azienda per i servizi sanitari n. 2 «Isontina»

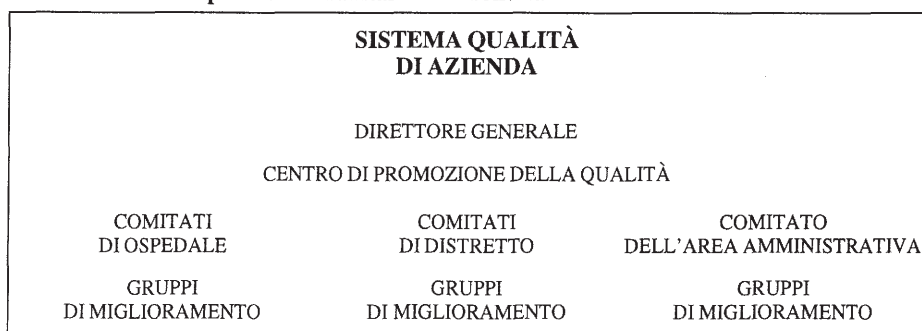


Tabella 2 - Centro di promozione della qualità

<p>1) RESPONSABILE:</p> <p>2) FUNZIONI:</p> <ul style="list-style-type: none"> — PROPORRE IL PIANO ANNUALE PER LA QUALITÀ — PROMUOVERE LA COSTITUZIONE DEI COMITATI DI OSPEDALE E DI DISTRETTO — COORDINARE I PROGRAMMI FRA OSPEDALI E FRA OSPEDALI E DISTRETTI — PROMUOVERE LA COSTITUZIONE DI GRUPPI DI LAVORO SU TEMI, SECONDO PRIORITÀ AZIENDALI — SOSTEGNO METODOLOGICO AI COMITATI E AI GRUPPI DI LAVORO — PROPORRE SET DI INDICATORI E METODOLOGIE DI MONITORAGGIO — ARCHIVIO, DOCUMENTAZIONE DI ESPERIENZE LOCALI, NAZIONALI, INTERNAZIONALI, CENSIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI VRQ E DELLE PERSONE «FORMATE» — ELABORAZIONE E VALUTAZIONE DEI QUESTIONARI PER I PAZIENTI E I DIPENDENTI — ELABORAZIONE E DIFFUSIONE DI REPORTS — INFORMAZIONE E FORMAZIONE — PROPOSTE PER ORIENTARE ALLA QUALITÀ: AGGIORNAMENTO, SISTEMA INFORMATIVO E SISTEMA PREMIANTE ED ELABORAZIONE DI METODOLOGIE PER LA VALUTAZIONE DELLE RICADUTE — SEGRETERIA <p>3) COMPOSIZIONE. CRITERI:</p> <ul style="list-style-type: none"> — MULTIPROFESSIONALE: medici, infermieri, amministrativi — NUMERO DEI COMPONENTI: 10 — PERSONE CON COMPETENZA SPECIFICA: VRQ, EPIDEMIOLOGIA/STATISTICA, ORGANIZZAZIONE-GESTIONE — TEMPO DEDICATO: 4-5 ORE /SETTIMANA

Tabella 3 - Comitati per la qualità di ospedale

<p>1) RESPONSABILE: — IL DIRIGENTE MEDICO</p> <p>2) FUNZIONI: — ORGANIZZARE E COORDINARE LE ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE — STIMOLARE LA CREAZIONE DI: GRUPPI DI MIGLIORAMENTO DI REPARTO/SERVIZIO, COMMISSIONI (infezioni ospedaliere, uso del sangue, tessuti, farmaci, documentazione clinica, ecc.) — SCEGLIERE ALCUNE PRIORITÀ DI RICERCA/INTERVENTO — DEFINIRE SET DI INDICATORI E LORO MONITORAGGIO — DEFINIRE LE RISORSE NECESSARIE IN BASE AI PROGRAMMI DA ATTIVARE — VALUTARE A SCADENZA SEMESTRALE/ANNUALE I RISULTATI RAGGIUNTI E COMUNICARLI ALLE U.O. E AL DIRETTORE GENERALE</p> <p>3) COMPOSIZIONE. CRITERI: — MULTIPROFESSIONALE (direzione sanitaria, clinici, servizi diagnostici, farmacisti, infermieri, amministrazione, servizi tecnici, rappresentante degli utenti, ecc.) — NUMERO DEI COMPONENTI: 8-10 — PERSONE CON COMPETENZA SPECIFICA: VRQ, EPIDEMIOLOGIA/STATISTICA, ORGANIZZAZIONE-GESTIONE — TEMPO DEDICATO: 2-3 ORE/SETTIMANA</p> <p>4) DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI: — QUALITÀ PERCEPITA — QUALITÀ ORGANIZZATIVA — QUALITÀ PROFESSIONALE</p>
--

Tabella 4 - Comitati per la qualità del distretto

<p>1) RESPONSABILE: — CAPODISTRETTO</p> <p>2) FUNZIONI: — ORGANIZZARE E COORDINARE LE ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ALL'INTERNO DEL DISTRETTO — STIMOLARE LA CREAZIONE DI: GRUPPI DI MIGLIORAMENTO: ADI, RSA, Educazione sanitaria — SCEGLIERE ALCUNE PRIORITÀ DI RICERCA/INTERVENTO — DEFINIRE SET DI INDICATORI E LORO MONITORAGGIO — DEFINIRE LE RISORSE NECESSARIE IN BASE AI PROGRAMMI DA ATTIVARE — VALUTARE A SCADENZA SEMESTRALE/ANNUALE I RISULTATI RAGGIUNTI E COMUNICARLI AL DIRETTORE GENERALE</p> <p>3) COMPOSIZIONE. CRITERI: — MULTIPROFESSIONALE (medici, infermieri, psicologi, assistenti sanitaria e sociale, amministrativi, rappresentante degli utenti, ecc.) — NUMERO DEI COMPONENTI: 6-7 — PERSONE CON COMPETENZA SPECIFICA: VRQ, EPIDEMIOLOGIA/STATISTICA, ORGANIZZAZIONE-GESTIONE — TEMPO DEDICATO: 2-3 ORE/SETTIMANA</p> <p>4) DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI: — QUALITÀ PERCEPITA — QUALITÀ ORGANIZZATIVA — QUALITÀ PROFESSIONALE</p>
--

del bilancio annuale dell'azienda, una quota di risorse in base alla valutazione del fabbisogno annualmente previsto dal Piano annuale per la qualità.

Alfine di stimolare le attività di valutazione e di miglioramento della

qualità, la nostra azienda sta sviluppando un sistema premiante fondato non più solo sulla quantità delle prestazioni, ma anche sulla valutazione della qualità delle prestazioni e dell'uso ottimale delle risorse. Le incentiva-

zioni, sia di carattere professionale che economico, per Unità operativa, per *équipe* e per singolo operatore verranno erogate in rapporto alla verifica del raggiungimento dei risultati, in base a criteri di valutazione espliciti, definiti dalla direzione generale e concordati con gli operatori e i loro rappresentanti».

5. Attuazione

Sono stati realizzati, durante gli anni 1994-1995, i corsi di formazione di base sulla Vrq, che hanno coinvolto 130 operatori, fra cui tutti i primari, responsabili, capisala; i corsi sui Drg e i corsi di economia sanitaria.

Il Centro di promozione della qualità ha promosso la costituzione dei Comitati e dei Gruppi di miglioramento; ha realizzato alcune iniziative per la rilevazione della qualità percepita (questionario per il gradimento delle cure, indagine sulle opinioni degli operatori), la redazione della Carta dei servizi e le attività riguardanti l'appropriatezza dei ricoveri, le infezioni ospedaliere, le lesioni da decubito. Redige inoltre le *news* aziendali, quale strumento di comunicazione periodica con gli operatori.

Nel primo semestre 1996 sono stati insediati i Comitati per la qualità dei due ospedali, dei due distretti e dell'area amministrativa. Il Centro di promozione della qualità, con alcuni suoi membri (Pagana, Quondam, Soranzio, 1996), fornisce un supporto metodologico costante al lavoro dei comitati, sperimentando una formazione al miglioramento continuo della qualità sul campo. Attraverso delle schede per l'individuazione dei problemi, ciascun comitato ha scelto le priorità di intervento, in base ai criteri di importanza/frequenza, misurabilità, risolvibilità, maggior beneficio atteso per l'organizzazione e, su queste, si sono costituiti dei gruppi di lavoro specifici

Tabella 5 - Comitati per la qualità dell'area amministrativa

<p>1) RESPONSABILE: — DIRETTORE AMMINISTRATIVO DELEGATO</p> <p>2) FUNZIONI: — ORGANIZZARE E COORDINARE LE ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ALL'INTERNO DELL'AREA AMMINISTRATIVA — STIMOLARE LA CREAZIONE DI: GRUPPI DI MIGLIORAMENTO: COMUNICAZIONE FRA UFFICI PERCORSI DELLE PRATICHE AMMINISTRATIVE — SCEGLIERE ALCUNE PRIORITÀ DI RICERCA/INTERVENTO — DEFINIRE SET DI INDICATORI E LORO MONITORAGGIO — DEFINIRE LE RISORSE NECESSARIE IN BASE AI PROGRAMMI DA ATTIVARE — VALUTARE A SCADENZA SEMESTRALE/ANNUALE I RISULTATI RAGGIUNTI E COMUNICARLI AL DIRETTORE GENERALE</p> <p>3) COMPOSIZIONE. CRITERI: — COMPONENTI: amministrativi, rappresentante degli utenti — NUMERO DEI COMPONENTI: 6-7 — PERSONE CON COMPETENZA SPECIFICA: VRQ, EPIDEMIOLOGIA/STATISTICA, ORGANIZZAZIONE-GESTIONE — TEMPO DEDICATO: 2-3 ORE/SETTIMANA</p> <p>4) DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI: — QUALITÀ PERCEPITA — QUALITÀ ORGANIZZATIVA — QUALITÀ PROFESSIONALE</p>
--

Tabella 6 - Gruppi di miglioramento

<p>REFERENTE:</p> <p>FUNZIONI: individuazione di problemi e di opportunità di miglioramento, relativi alla qualità, percepita, professionale, organizzativa.</p> <p>COMPOSIZIONE: — REPARTO/SERVIZIO/UFFICIO, DIPARTIMENTO, ECC. — 6-7 PERSONE</p>
--

ci. Parallelamente si è iniziata l'analisi sistemica (*input*, sistema organizzativo, *output*, outcome) per una lettura dell'organizzazione ai vari livelli. Fra i problemi generali emersi, anche nell'ambito dei corsi di formazione, quello che viene maggiormente segnalato riguarda la comunicazione all'interno degli ospedali e dei distretti e fra ospedali e distretti. I problemi specifici che i comitati stanno affrontando riguardano: la gestione del paziente oncologico terminale, la comunicazione fra U.o. nella gestione dei pazienti multi-problematici, il pagamento del *ticket* nei poliambulatori, le visite specialistiche nell'ambito dell'assistenza domiciliare, le consulenze e la pronta disponibilità, i rapporti fra U.o. e direzione sanitaria, il percorso delle prati-

che amministrative, i problemi relativi all'archivio aziendale.

Si sono anche costituiti alcuni gruppi di miglioramento: servizio infermieristico, anatomia-patologica, pronto soccorso, dipartimento di salute mentale, qualità dei pasti, che stanno affrontando le problematiche specifiche, sempre con il costante supporto metodologico da parte del Centro di promozione. Ogni gruppo è formato da operatori appartenenti a varie professionalità e provenienti da entrambe le realtà ospedaliere dell'azienda. In particolare il Gruppo di miglioramento dei servizi di pronto soccorso dei due ospedali di Gorizia e Monfalcone sta operando sulla base della lista dei criteri del Programma di accreditamento professionale regionale, stabi-

to autonomamente ogni anno dagli operatori di tutti i pronto soccorso regionali e che si è avviato tre anni fa. Il Gruppo di miglioramento del servizio infermieristico sta portando avanti una analisi di prevalenza delle piaghe da decubito, finalizzata all'istituzione di un sistema di sorveglianza e sta collaborando all'analogha iniziativa sulle infezioni ospedaliere. Il Gruppo di miglioramento del servizio di anatomia-patologica sta analizzando i processi di lavoro relativi alle principali attività del servizio, per migliorare e rendere uniformi le metodiche operative nei due ospedali.

Una delle prime iniziative del Centro di promozione della qualità è stata l'elaborazione, con il coinvolgimento del Tribunale dei diritti del malato, del questionario di gradimento delle cure, strutturato seguendo il percorso del paziente, dalla motivazione del ricovero, all'ammissione, alla degenza, alla dimissione. Dall'1 gennaio 1996 viene consegnato a tutti i ricoverati, prima della dimissione, dalla caposala e inserito in un'apposita urna posta in ogni reparto, garantendo l'anonimato. I risultati vengono elaborati ogni trimestre e i *reports* relativi vengono inviati ad ogni unità operativa, presentati e discussi in un incontro con tutti i primari e le caposala. Nel primo semestre sono pervenuti 2.750 questionari, pari al 28% dei ricoverati, con un livello di soddisfazione dell'89%, che rappresenta un valore elevato in rapporto ai dati della letteratura. Le criticità segnalate dai pazienti, vengono inserite nel circuito del miglioramento continuo, come è avvenuto con la creazione del Gruppo di miglioramento della qualità dei pasti, per giungere, dopo un'analisi di processo e in base all'individuazione dei criteri di qualità attesa, a proporre le azioni di miglioramento ritenute idonee.

Un'altra iniziativa di particolare importanza è stata la rilevazione delle

opinioni degli operatori rispetto alla percezione del cambiamento e al possibile loro coinvolgimento nei processi di qualità dell'azienda. Il questionario, strutturato con 59 items misurati con il sistema scalare a quattro intervalli del tipo Likert: molto d'accordo, abbastanza d'accordo, abbastanza contrario, molto contrario, è stato distribuito insieme con la busta paga del mese di aprile 1996 a tutti i 2.080 dipendenti. I questionari restituiti sono stati 885, pari al 42% dei dipendenti. L'analisi delle risposte, elaborate attraverso l'analisi multifattoriale, fornisce una grande quantità di informazioni, di notevole interesse, che la direzione generale intende utilizzare per orientare i percorsi formativi, per sviluppare il sistema qualità aziendale con il coinvolgimento di tutti gli operatori, per gestire le inevitabili criticità che emergono nel processo di cambiamento, per migliorare il senso di appartenenza degli operatori e orientarli al cittadino-cliente. Non ultima per importanza è l'analisi imposta dai risultati alla direzione, quale strumento di verifica delle strategie attuate e della loro comprensione da parte degli operatori.

In rapporto all'obiettivo di migliorare la comunicazione con il cittadino si sta svolgendo il corso per gli operatori del *front-office*, che coinvolge 50 persone.

Si è avviato il sistema premiante dell'azienda, collegato ad obiettivi generali e mirati, con l'esplicitazione degli indicatori di verifica dei risultati, definiti con il coinvolgimento degli operatori.

È stato realizzato inoltre il progetto promosso dal distretto sanitario di Monfalcone, relativo alla semplificazione delle procedure per il rilascio dei libretti sanitari, che ha permesso di ridurre il numero di accessi dei cittadini da 4 a 2, con un complessivo risparmio di 20 mila ore lavorative. Nel

1995 tale progetto è stato premiato nell'ambito dell'iniziativa del Dipartimento della funzione pubblica «Cento progetti al servizio del cittadino».

6. Commenti

Oltre a quanto è già stato rilevato a livello di contesti sovraziendali, va detto che i fattori principali che hanno permesso l'implementazione del sistema sono stati: presenza di un nucleo promotore, che lavora a tempo parziale per tale scopo e fornisce un costante supporto metodologico; forte appoggio della direzione generale dell'azienda, che ha esplicitato in tutte le sedi l'importanza strategica della valutazione e del miglioramento continuo della qualità; formazione di una parte degli operatori per sostenere lo sviluppo del sistema; elaborazione di un piano scritto che identifica chiaramente le linee strategiche e gli obiettivi.

7. Prospettive

Il processo, che si sta sviluppando, si trova, ancora oggi e nonostante alcuni risultati già raggiunti, nella fase di «costruzione» dell'impianto organizzativo, nella consapevolezza che «sono necessari tempi medio-lunghi per produrre cambiamenti significativi e misurabili a livello di impatto esterno dell'azione dei Servizi» (Tonelli, 1992). Attorno a sé sta raccogliendo adesioni ed, in molti casi, entusiasmi che aumentano. Tutto ciò gratifica e motiva ulteriormente la direzione generale e gli operatori più coinvolti a portare avanti la sfida e ad affrontare quelli che dimostrano chiaramente essere gli scenari a breve:

— stimolare la nascita e la successiva organizzazione dei Gruppi di miglioramento in ogni unità operativa;

— promuovere l'elaborazione e la realizzazione dei piani annuali per la

qualità ai vari livelli dell'azienda (ospedali, distretti, dipartimenti, u.o.), sulla base del mandato istituzionale, degli obiettivi regionali ed aziendali, dei bisogni reali della popolazione residente e in rapporto alle varie dimensioni della qualità (percepita, professionale, organizzativa);

— sviluppare un sistema integrato di indicatori gestionali e per la qualità con il concorso degli operatori a tutti i livelli;

— formulare piani di formazione per specialità (comunicazione, lavoro di gruppo, metodologie per qualità percepita, professionale, organizzativa, Drg), finalizzati alla costituzione dei Gruppi di miglioramento, alla formulazione e all'attuazione dei piani di qualità;

— sviluppare sempre più l'analisi dei processi e degli esiti, in rapporto ad espliciti obiettivi di salute, collegati ad efficaci strategie di prevenzione;

— definire incontri periodici tra la direzione generale e il centro di promozione, onde poter fornire informazioni adeguate e tempestive, sui problemi, le iniziative ed i risultati che emergono dall'attività dei Comitati e dei Gruppi di miglioramento, utilizzabili per migliorare il controllo di gestione, con l'individuazione delle aree della non qualità e delle opportunità di miglioramento, e come supporto alle decisioni nell'ambito della strategia complessiva dell'azienda;

— promuovere iniziative per chiarire le implicazioni etiche dei programmi di contenimento dei costi nel settore sanitario e dei riflessi di questi ultimi sulla complessa relazione medico-paziente ed amministratori e cittadinanza attiva.

(1) Il gruppo promotore era costituito dalle seguenti persone: C. Pagana, medico ospedaliero; P. Quondam, medico ospedaliero; R. Della Vedova, medico di M.G.; L. Donatoni, medico di direzione sanitaria; G. Gandolfi,

amm.; F. Silli, amm. A tale gruppo iniziale si sono aggiunti successivamente A. Gardini, Medico di direzione sanitaria e L. Soranzio, sociologa.

BIBLIOGRAFIA

- BERWICK D., *Continuous improvement as an ideal in health care: an overview*. Quality assurance in Health Care, 320, 53-56, 1989.
- BORGONOV E., *La valutazione della qualità come momento del controllo di gestione*. Hospital Management; 66: 28-32, 1988.
- COCHRANE A., *L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza in medicina*. Milano, Feltrinelli, 1978.
- CRESA, *Corso di economia sanitaria*. Monfalcone (GO), 1995.
- DONABEDIAN A., *La qualità dell'assistenza sanitaria*. Bologna, NIS, 1990.
- LIVA C., PAGANA C., REVIGNAS M.G., BIANCARDI M., *La leggibilità delle cartelle cliniche*. Q.A., 5/6: 41-46, 1990.
- LIVA C., TOSOLINI G., VENTURINI P., ARTENI F., PAGANA C., ARCIDIACONO D., STRIZZOLO L., SIMEONI C., SBROIACCA R., *L'accreditamento dei servizi sanitari: un'esperienza pilota in Friuli-Venezia Giulia*. NAM, 1: 33-39, 1994.
- MORRA A., *Premiati «Cento progetti al servizio del cittadino»; 15 casi esemplari nella sanità*. ASI; 10, 1995.
- PAGANA C., *Professionalità medica. Confronto fra cultura specialistica, manageriale e VRQ*. Atti secondo Congresso naz. soc. it. VRQ, Bologna 11-13 giugno 1987; 260-266.
- PAGANA C., QUONDAM P., *Proposta per l'istituzione di un sistema di VRQ nelle USL*. Suppl. a Q.A., 3. Atti quarto Congresso naz. soc. it. VRQ, Pavia 22-25 settembre 1991; 72-73.
- PAGANA C., *I protocolli diagnostico-terapeutici e il sistema DRG come strumenti di programmazione delle risorse*. Il Sistema DRG: uno strumento di programmazione e valutazione dell'efficienza produttiva ospedaliera. Milano, Corriere medico/Ist. sc. osp. San Raffaele; 58-69, 1992.
- PERRARO F., *Il Miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria*. Leadership medica; 8: 4-16, 1996.
- QUONDAM P., SORANZIO L., PAGANA C., *Indagine sul gradimento delle cure nell'azienda per i servizi sanitari n. 2 «Isontina»*. Atti settimo Congresso naz. soc. it. VRQ, Sorrento 19-22 ottobre 1996; 114.
- RUTA C., *Sanità e management*. Milano, ETAS LIBRI, 1993.
- SMITH R., *The ethics of ignorance*. Med. Ethics, 18: 1178, 1992.
- SORANZIO L., PAGANA C., QUONDAM P., *Rilevazione delle opinioni dei dipendenti sui cambiamenti in atto nella azienda per i servizi sanitari n. 2 «Isontina»*. Atti settimo Congresso naz. soc. it. VRQ, Sorrento, 19-22 ottobre 1996; 135.
- TONELLI S., *Strategie per la qualità nei servizi sanitari e sociali*. Q.A., 4/5: 9-14, 1992.
- ZANGRANDI A., *Le caratteristiche dell'azienda ospedale*. L'Ospedale: un approccio economico aziendale, Milano, Giuffrè, 1988.

ATTIVAZIONE DI UN SISTEMA DI REPORTISTICA SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO IN UN PRESIDIO OSPEDALIERO DI USL

di E. Porfido¹, S. Rocchi¹, F. Reitano¹, M. Lucchelli², E. Sabella¹, S. Paladino²

¹ Ospedale Predabissi Azienda USL n. 26, Melegnano

² Ospedale Azienda H. S. Anna, Como

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Finalità - 3. Materiali e metodi - 4. Risultati e discussione - 5. Conclusioni.

1. Introduzione

La recente riforma sanitaria, introducendo un nuovo sistema di finanziamento basato sulla classificazione dei ricoveri secondo il sistema DRG, ha portato un insieme di incentivi che lasciano prevedere delle trasformazioni organizzative e comportamentali da parte dei principali attori interni al sistema.

Il presente lavoro cerca di formulare una prima analisi degli atteggiamenti assunti dal personale medico attraverso la lettura di una delle possibili dimensioni del cambiamento: la misurazione dell'*output* ospedaliero.

Lo studio è stato condotto presso l'ospedale di Melegnano che costituisce il presidio ospedaliero dell'Azienda n. 26 il cui ambito territoriale comprende 14 Comuni situati a Sud di Milano con una superficie complessiva di 162 kmq ed una popolazione assistita di 142.200 persone.

Dal punto di vista architettonico, si tratta di un ospedale a monoblocco con sviluppo orizzontale inaugurato nei primi anni '60, a cui è stato aggiunto un ulteriore corpo di fabbrica nei primi anni '80, e presenta una dotazione attuale di 470 posti letto di degenza ordinaria contro i 538 del 1995.

Sul territorio dell'USL la produzione di servizi ospedalieri è inoltre assi-

curata da una clinica convenzionata con 380 posti letto, mentre la medicina specialistica ambulatoriale viene erogata presso cinque sedi distrettuali.

2. Finalità

L'attivazione di un sistema di reportistica, oltre a soddisfare l'esigenza della dirigenza aziendale di poter acquisire informazioni periodiche relative all'attività ed ai rimborsi dell'ospedale, rispondeva alla necessità di costruire in tempi brevi elementi che permettessero una prima valutazione sull'attività di ricovero.

L'ospedale presentava un «fatturato» per l'attività di degenza 1995 pari a circa il 65% dei costi complessivi rendendo urgente l'individuazione dei «fattori deboli» di maggior evidenza e di più immediata correzione, oltre l'avvio del processo di responsabilizzazione degli operatori.

L'obiettivo per il medio periodo era la definizione di strategie di competitività destinate ad un recupero di clientela in una situazione di elevata concorrenza che si concretizza nella presenza della vicina clinica e nell'apertura entro pochi mesi di due rilevanti e qualificate strutture private, entrambe ubicate in un raggio di pochi chilometri.

In questo contesto, l'assenza di un sistema di reportistica rappresentava uno dei fattori causali dei limiti sull'attività di gestione razionale delle risorse.

I motivi del ritardo nella costruzione di un sistema di rilevazione dell'attività erano, in parte, anche dovuti alla presenza nell'azienda di due «culture» dominanti con caratteri di rilevanza e prevalenza in aree specifiche dell'ospedale ed entrambe, sia pure per ragioni diverse, convergenti verso l'indifferenza o la negazione di livelli tecnici di gestione:

— una cultura «politico-progettuale» abituata a far prevalere una visione sociale da utilizzare come griglia valutativa prioritaria di problemi anche settoriali e tecnici;

— una cultura di sostanziale adesione alla visione «risorse infinite» o di scarso interesse ai problemi di efficienza e produttività.

I soli dati di attività disponibili erano rappresentati dagli indicatori tradizionali: degenza media (D.M.), indice di rotazione (Ir), indice di *turn over* (It) e tasso di occupazione (T.O.).

Per superare questi limiti, venne definito il seguente programma finalizzato ad ottenere, nel breve periodo, dati di interesse trasversale per l'intero ospedale seguendo una cronologia operativa dipendente, in larga misura,

dalla disponibilità della fonte di informazione e dall'esistenza di percorsi di rilevazione consolidati, oltre che dalla verifica sulla qualità del dato:

indicatori tradizionali

- consolidamento reportistica sugli indicatori tradizionali
- definizione area di accettabilità sul nomogramma di Barber
- comparazione tra identici periodi di anni diversi

DRG

- dati di attività
- dati di rimborso
- comparazione tra identici periodi di anni diversi

In aggiunta al programma sopra esposto, furono condotte indagini integrative relative ad alcuni aspetti ed aree critiche che rivestivano carattere di urgenza:

flussi dei residenti ricoverati

- domanda espressa
- domanda soddisfatta dall'ospedale
- flussi di migrazione verso altre strutture ospedaliere

attività del quartiere operatorio

- orari di disponibilità della sala operatoria
- durata degli interventi
- percentuali di utilizzo per specialità
- percentuale di capacità produttiva

liste di attesa per ricovero ordinario

- patologia
- tempi di attesa
- provenienza del paziente.

3. Materiali e metodi

I dati sono stati raccolti dal movimento degenti, dalle informazioni contenute nella scheda di accettazione/dimissione ospedaliera (SDO) e dai registri operatori, tramite l'ausilio di strumenti informatici successivamente implementati con l'automatizzazione delle procedure di calcolo ed elaborazione.

Agli inizi del 1996 vennero elaborati gli indicatori tradizionali riferiti sia all'intero ospedale, sia alle singole divisioni.

Questa prima fase fu considerata obbligatoria, nonostante la modesta scarsa significatività di tali informazioni se considerate isolatamente ed in piena era DRG, ma servì ad «iniziare» l'ospedale alla cultura, sino ad allora sconosciuta, della misurazione dell'attività.

La figura 1 riporta in esempio l'organizzazione della reportistica relativamente alle singole divisioni per le quali furono elaborati gli indicatori

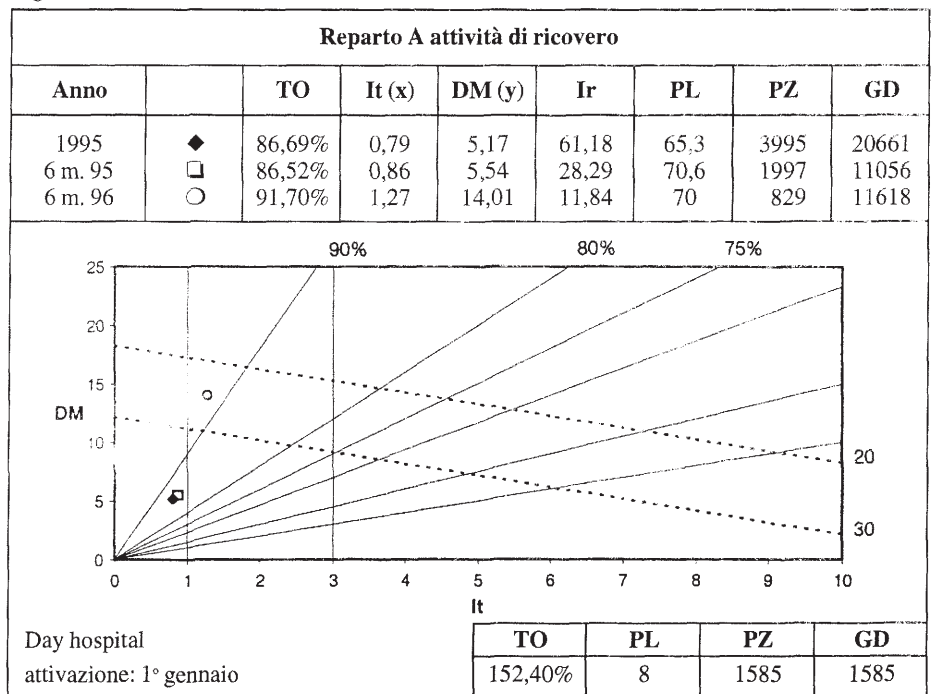
ospedalieri tradizionali relativi al 1995 ed al periodo corrente 1996 con la costruzione del nomogramma di Barber ed il posizionamento del reparto rispetto all'area di accettabilità (T.O. > 80%; It 1-3 gg.).

L'utilizzo del nomogramma di Barber permise di ripartire le divisioni in tre fasce secondo dei parametri che non rappresentano uno *standard* di confronto, ma facilitano la stratificazione e la lettura dell'andamento dell'attività di ricovero nel biennio 1995-1996 (1 fascia T.O. > 75%, 2 fascia T.O. < 70-75% >, 3 fascia T.O. < 70%).

Questi dati furono pubblicizzati e costituirono uno dei criteri impiegati per il riconoscimento delle ore straordinarie 1995 nell'ambito di un accordo sindacale riguardante il personale medico.

In tal senso, gli indicatori tradizionali servirono ad identificare i movimenti macroscopici nell'attività di ricovero e permisero solo un approccio iniziale ai problemi, oltre che lan-

Figura 1



ciare «un primo segnale» agli operatori.

La divulgazione dei nomogrammi di Barber per ciascuna divisione suscitò, infatti, reazioni contrastanti evidenziando le unità operative più «sensibili» alla circolazione delle informazioni rappresentate da quelle che si posizionavano nell'area di accettabilità del nomogramma di Barber.

Nei primi mesi del 1996 furono elaborati i dati relativi alla chiusura 1995 ed attivata la reportistica secondo il sistema DRG relativa al periodo corrente 1996, approntando per ciascuna divisione una scheda contenente le seguenti informazioni:

— numero casi e giornate di degenza per Categorie diagnostiche maggiori (MDC) (tabella 1);

— ripartizione tra DRG medici e chirurgici;

— numero casi, D.M., outliers e totale pesi per singolo DRG in ricovero ordinario (tabella 2);

— numero casi e totale pesi per singolo DRG in ricovero di 0-1 giorno;

— numero casi e totale pesi per singolo DRG in ricovero di *day hospital*.

A seguire, venne istituita una commissione, costituita da un rappresentante per ogni divisione, con compiti di valutazione della corretta compilazione delle SDO, oltre che di verifica dei casi outliers e dei DRG «critici» (467, 468, 469, 470, 476, 477).

Nel marzo 1996 furono elaborate e strutturate le informazioni relative al rimborso totale e medio per tipologia di ricovero e DRG con il contributo percentuale del singolo reparto sul totale dell'ospedale.

Inoltre furono prodotti per ciascuna divisione i pesi medi disaggregati per tipologia di ricovero e DRG (chirurgici e medici), insieme alla stampa in dettaglio dei casi oltre soglia e dei DRG «critici» allo scopo di facilitarne il controllo.

Tabella 1

Periodo: gennaio-dicembre Anno: 1995 Reparto: A				
Descrizione Major Diagnostic Category	N. casi	% casi	Giornate degenza	% giornate
6 Malattie e disturbi dell'apparato digerente.....	1.378	29,9%	2.300	11,1%
17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate.....	485	10,5%	1.140	5,5%
5 Malattie e disturbi dell'apparato circolatorio.....	448	9,7%	5.315	25,6%
4 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio.....	429	9,3%	4.197	20,2%
16 Malattie e disturbi sangue, organi emopoietici e sistema immunitario.....	348	7,6%	946	4,6%
9 Malattie e disturbi della pelle, del tessuto subcutaneo e mammella.....	336	7,3%	372	1,8%
7 Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas.....	329	7,1%	1.536	7,4%
10 Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali.....	155	3,4%	1.087	5,2%
3 Malattie e disturbi dell'orecchio, naso e gola.....	134	2,9%	185	0,9%
25 Infezioni da virus Hiv.....	131	2,8%	470	2,3%
13 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile.....	111	2,4%	114	0,5%
11 Malattie e disturbi dei reni e delle vie urinarie.....	68	1,5%	653	3,1%
8 Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e del tessuto connettivo.....	55	1,2%	568	2,7%
1 Malattie e disturbi del sistema nervoso.....	54	1,2%	643	3,1%
21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci.....	47	1,0%	250	1,2%
18 Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate).....	40	0,9%	475	2,3%
19 Malattie e disturbi mentali.....	20	0,4%	155	0,7%
12 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile.....	12	0,3%	63	0,3%
2 Malattie e disturbi dell'occhio.....	7	0,2%	76	0,4%
20 Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti.....	7	0,2%	108	0,5%
23 Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari.....	7	0,2%	64	0,3%
0 Malattie Pre-Major Diagnostic Category.....	1	0,0%	29	0,1%
Totale.....	4.602		20.746	

Tabella 2

Periodo: gennaio-dicembre Anno: 1995 Reparto: A							
	Ordinari		Day hospital				
	numero casi	%	numero casi	%			
DRG medici.....	1.459	96,6%	3.052	98,7%			
DRG chirurgici.....	45	3,0%	39	1,3%			
DRG di altro tipo.....	7	0,5%	0	0,0%			
Totale.....	1.511		3.091				
Regime di ricovero: ordinario							
DRG	Descrizione	MDC	C/M	Casi	Outlers	Degenza	Totale
127	Insufficienza cardiaca e shock.....	5	M	97	3	15,4	98,455
88	Malattia polmonare ostruttiva cronica.....	4	M	70	1	12,2	69,587
134	Iperensione.....	5	M	67	—	10,4	37,8885
132	Aterosclerosi con cc.....	5	M	53	4	14,7	40,2323
395	Disturbi dei globuli rossi, età > 17.....	16	M	43	1	18,8	33,8883
294	Diabete, età > 36.....	10	M	39	1	15,5	292,149
90	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 senza cc.....	4	M	39	4	18,2	27,651
183	Esofagite, gastr. e altre malattie digestive, età > 17 senza cc.....	6	M	38	1	9,7	20,1248
202	Cirrosi ed epatite alcolica.....	7	M	35	—	14,7	
82	Neoplasie respiratorie.....	4	M	35	1		
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con cc.....	4	M	33			
404	Linfoma e leucemia non acuta senza inter. chirurgico senza cc.....	17	M				
142	Sincope e collasso senza cc.....	5					
172	Neoplasie digestive con cc.....						
Totale.....				1.431	66	15,3	1322,88

Successivamente iniziarono gli incontri con i sanitari delle singole divisioni, nel corso delle quali fu presentata e commentata la reportistica DRG e le informazioni rilevate dagli indicatori tradizionali (nomogrammi di Barber).

Durante le riunioni vennero anche illustrate, per ogni divisione, delle schede contenenti i dati relativi ai primi venti DRG trattati nel corso del 1995 (numero casi, numero giornate di degenza osservate ed attese secondo la patologia trattata, degenza media DRG specifica di reparto, percentuale sul totale casi del singolo DRG, degenza media regionale di riferimento DRG e reparto specifica).

La scelta di limitare l'analisi ai primi venti DRG più frequenti fu valutata sufficiente in quanto permettevano di rappresentare il 57% dell'attività del reparto per le medicine, il 65-70% per le chirurgie generali, il 78% per l'urologia e la pediatria, oltre l'80% per le altre divisioni.

Per ogni divisione venne costruita una tabella a doppia matrice (figura 2) in cui, tramite l'indice di *case mix* e di *performance*, risulta agevole configurare le diverse situazioni fornite dalle possibili combinazioni tra operatività (buona-bassa) e casistica (semplice-complexa) mantenendo come riferimento, rappresentato dal punto d'intersezione delle due rette, gli *standard* regionali.

Sul finire del primo semestre 1996, preceduta da una serie di incontri con i medici interessati, si diede avvio alla rilevazione mensile dell'attività del blocco operatorio (tabella 3).

La costruzione di indicatori sull'attività chirurgica coincise con l'introduzione della programmazione settimanale degli interventi e con l'assegnazione delle sedute operatorie in base alle necessità espresse dai reparti.

Sempre nel primo semestre 1996, fu possibile elaborare i dati sulla do-

manda espressa e sui flussi di migrazione in «entrata e in uscita» costruendo un quadro delle potenzialità di mercato per l'ospedale che risultano sintetizzate nella tabella 4 dalle prime sette linee di produzione.

Infine furono approntate le schede di ospedale e delle singole divisioni, in cui erano riportati i dati di attività e rimborso con il confronto sintetico sul corrispondente periodo dell'anno precedente (tabella 5).

Attualmente la reportistica DRG e gli indicatori tradizionali vengono inviati ai primari con informazioni trimestrali a distanza di circa 30 giorni dalla chiusura del trimestre, mentre alla dirigenza aziendale vengono fornite informazioni di sintesi per i reparti e complessive di ospedale.

4. Risultati e discussione

Le disomogeneità tra gli anni a confronto, dovuti prevalentemente all'attivazione del *day hospital* nel corso del 1995, rendono necessari «percorsi dimostrativi» non lineari ed una certa cautela interpretativa.

Considerando, quindi, i «ricoveri 0-1 giorno» del 1994 come ricoveri potenzialmente candidati a D.H., per quelle divisioni che nel 1995 avevano attivato tale attività (quattro reparti medici ed uno chirurgico), si è evidenziato che il fenomeno saliente del primo semestre 1995 è rappresentato da un «rimescolamento» della tipologia dei ricoveri con il travaso di un numero pressoché sovrapponibile di ricoveri del tipo «0-1 giorno», ma soprattutto del sottogruppo «entrati-usciti nello stesso giorno», dal settore ricoveri ordinari al settore D.H.

I dati indicano che nella divisioni in cui si è verificato questo fenomeno, le risorse «liberate» non sono state, almeno nell'arco del primo semestre, utilizzate per incrementare l'attività di ricovero in degenza ordinaria.

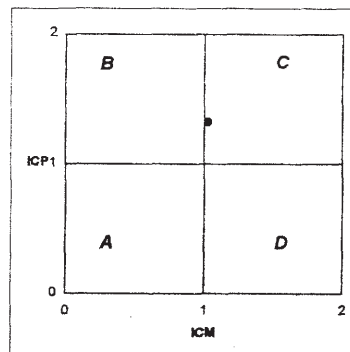
Inoltre le informazioni di sintesi sui volumi di attività hanno permesso una stratificazione dei reparti in quattro gruppi:

— con incremento di entrambe le tipologie di ricovero (ordinario e D.H.);

— con dominanza del fenomeno del «travaso» non compensato da nuovi ricoveri;

Figura 2

Reparto A	Degenza media standardizzata	Case mix comparato	Indice complessità	Indice performance	Giornate degenza osservata	Giornate degenza attesa	Differenza v.a.	Differenza %
Numero casi 748 Giornate degenza 11.593 Degenza media 15,50	15,34	11,89	1,03	1,32	11.593	8.661	2.932	25,29%



- A buona operatività - casistica semplice
- B bassa operatività - casistica semplice
- C casistica complessa - bassa operatività
- D casistica complessa - buona operatività

Tabella 3

GENNAIO 1995							
Reperto	Numero sedute	Numero interventi programmati	Numero interventi non programmati	Tempo medio intervento	Percentuale utilizzo	Indice rotazione	Indice turnover
	24	68	14	67,0	52,73%	2,8	60,1
	15	44	14	61,0	49,70%	2,9	61,7
	14	54	4	52,0	55,71%	3,9	41,3
	14	41	—	65,0	52,88%	2,9	57,9
	10	59	—	66,0	108,17%	5,9	-5,0
	17	52	3	71,0	60,33%	3,1	46,7
	11	21	9	71,0	37,65%	1,9	117,6
Totale	105	339	44	64,7	58,04%	3,2	46,8
Numero sedute teoriche		147		Giorni/mese apertura servizio		21	
Numero interventi teorici		559		Ore/die disponibilità servizio		6	
% capacità produttiva		60,67%		Numero sale operatorie		7	
GENNAIO 1996							
Reperto	Numero sedute	Numero interventi programmati	Numero interventi non programmati	Tempo medio intervento	Percentuale utilizzo	Indice rotazione	Indice turnover
	26	66	12	77,0	54,29%	2,5	64,8
	16	54	14	62,0	58,13%	3,4	44,7
	19	71	7	54,0	56,05%	3,7	42,3
	14	43	2	89,0	75,93%	3,1	28,2
	13	82	—	32,0	56,07%	6,3	25,1
	20	69	2	67,0	64,21%	3,5	37,3
	9	26	10	74,0	59,38%	2,9	50,6
Totale	117	411	47	65,0	63,43%	3,5	37,5
Numero sedute teoriche		154		Giorni/mese apertura servizio		22	
Numero interventi teorici		584		Ore/die disponibilità servizio		6	
% capacità produttiva		70,43%		Numero sale operatorie		7	

— con incremento di ricoveri ordinari in assenza di D.H.;

— senza modificazioni significative o con *trend* addirittura negativo.

La lettura della reportistica costruita sul sistema DRG, che fu oggetto di una relazione per la dirigenza aziendale, ha descritto lo stato delle singole divisioni in termini di composizione della casistica e tendenza alle sub-specializzazioni.

In particolare va segnalato che le due divisioni mediche, pur su una base ovviamente comune, hanno mostrato una significativa diversificazione nella casistica trattata (epatologia, gastroenterologia e broncopneumologia nella prima; oncologia, ematologia ed endocrinologia nella seconda), mentre le due divisioni di chirurgia generale hanno evidenziato una sovrapposizione pressochè totale della patologia di ricovero.

Per quanto attiene ai dati più generali dell'ospedale, durante il 1995 ed il particolare modo nel secondo semestre, il livello di completezza della codifica della scheda di accettazione e dimissione ospedaliera è migliorato come risulta dall'aumento del numero medio di diagnosi secondarie per dimissione.

Il confronto fra 1995 e 1996 ha evidenziato in valori assoluti un aumento

Tabella 4

Linea produttiva	Residenti non emigrati		Residenti emigrati		Totale	
	Numero ricoveri	Valore	Numero ricoveri	Valore	Numero ricoveri	Valore
Ortopedia chirurgica	245	L. 1.446.730	834	L. 4.411.066	1.079	L. 5.857.796
Ortopedia medica	365	L. 888.479	648	L. 1.854.403	1013	L. 2.742.882
Cardiologia chirurgica	29	L. 281.127	188	L. 3.510.966	217	L. 3.792.093
Cardiologia medica	565	L. 2.076.343	663	L. 2.247.297	1.228	L. 4.323.640
Digerente chirurgica	622	L. 3.007.218	616	L. 2.774.451	1.238	L. 5.781.669
Digerente medica	1.270	L. 2.719.894	1.222	L. 1.592.557	2.492	L. 4.312.451
Oncologia chirurgica	100	L. 755.475	158	L. 711.051	258	L. 1.466.526
Oncologia medica	1.905	L. 2.428.703	923	L. 2.253.194	2.828	L. 4.681.897
Generale chirurgica.....	70	L. 1.168.020	428	L. 922.629	498	L. 2.090.649
Generale medica	778	L. 1.878.788	1.129	L. 1.897.068	1.907	L. 3.775.856
Pneumologia chirurgica.....	9	L. 123.249	24	L. 314.310	33	L. 437.559
Pneumologia medica.....	684	L. 2.346.542	538	L. 2.114.715	1.222	L. 4.461.257
Neurologia chirurgica.....	4	L. 16.300	79	L. 639.444	83	L. 655.744
Neurologia medica.....	479	L. 1.710.293	536	L. 2.060.267	1.015	L. 3.770.560
Altri.....	4.355	L. 12.585.134	4.705	L. 15.521.163	9.060	L. 28.106.297
Totale	11.480	L. 33.432.295	12.691	L. 42.824.581	24.171	L. 76.256.876

Tabella 5

Periodo: gennaio-marzo Anno: 1995-1996 Intera azienda				
Ricoveri ordinari	Periodo precedente	Periodo corrente	Scostamenti	
			corr./prec.	%
Numeri dimissioni	4.155	4.325	+ 170	+ 4,1
Di cui 1 giorno	640	375	- 265	- 41,4
Casi DRG chirurgico	1.378	1.532	+ 154	+ 11,2
Casi DRG medico	2.747	2.760	+ 13	+ 0,5
Casi DRG di altro tipo	30	33	+ 3	+ 10,0
Giornate di degenza	36.634	34.879	- 1.755	- 4,8
Rimborso totale	15.823.672	18.453.901	+ 2.630.229	+ 16,6
Degenza media	8,8	8,1	- 0,8	- 8,5
Degenza media trimmata	9,4	8,2	- 1,2	- 12,4
Ppeso medio DRG chirurgico	0,94	1,03	+ 0,09	+ 9,5
Peso medio DRG medico	0,75	0,78	+ 0,03	+ 3,7
Peso medio DRG di altro tipo	1,04	0,97	- 0,07	- 6,2
Ricoveri day hospital				
Numeri ricoveri	1.297	1.860	+ 563	+ 43,4
Casi DRG chirurgico	43	151	+ 108	+ 251,2
Casi DRG medico	1.252	1.708	+ 456	+ 36,4
Casi DRG di altro tipo	2	1	- 1	- 50,0
Giornate di presenza	1.297	1.860	+ 563	+ 43,4
Rimborso totale	501.969	788.385	+ 286.416	+ 57,1
Peso medio DRG chirurgico	1,63	0,59	- 1,05	- 64,1
Peso medio DRG medico	0,74	0,79	+ 0,05	+ 7,2
Peso medio DRG di altro tipo	1,13	1,13	-	-

di 2950 dimissioni con una diminuzione per i ricoveri ordinari delle giornate di degenza e della degenza media rispettivamente del 11,14% e del 16,47%.

Gli incrementi di attività si sono avviati nei primi mesi del 1996 e nonostante una diminuzione di 38 posti letto avvenuta nel corso dell'anno precedente.

Le variazioni della degenza media pre-operatoria, espresse in giorni, sono state per le divisioni chirurgiche le seguenti: 4,2-2,3; 3,5-2,9; 5,3-3,9; 9,1-6,4; 5,5-3,2; 7,1-5,5; 3,7-2.

È stata osservata, inoltre, la riduzione dei casi *outliers* la cui percentuale sul totale della casistica è passata nei due anni dal 3,2% al 1,7% con un valore massimo del 1,2%, registrato in coincidenza dell'invio dei *report* e delle riunioni con il personale medico delle divisioni.

In sintesi, il sistema di report da noi sviluppato durante l'anno ha reso possibile descrivere con più accuratezza la situazione già grossolanamente anticipata dagli indicatori tradizionali e ha evidenziato la situazione critica, sia in termini di attività che di rimborsi, dell'area chirurgica.

Sulla base di queste informazioni, la dirigenza aziendale, pur non rinunciando nel breve periodo al processo di razionalizzazione dei singoli settori, ha deciso di avviare la progettazione delle aree dipartimentali presentando l'iniziativa agli operatori in una conferenza di servizio.

5. Conclusioni

Attualmente l'utilizzo delle informazioni da parte dei primari, limitatamente ai dati della divisione da loro diretta, appare ormai sufficientemente consolidato, mentre manca una sufficiente selezione delle informazioni generali per cui la «visione» sull'inte-

ro ospedale è verosimilmente diversificata e frammentaria.

Del resto appare difficile valutare le risposte alla introduzione di un sistema di reportistica nella fase di attivazione della stessa a causa della strutturazione in itinere dei report e del loro carattere evolutivo.

Inoltre, sino al giugno 1996, non è stato possibile comparare periodi omogenei con sufficiente accuratezza in quanto l'analogo periodo 1995 risente della scarsa qualità dei dati.

Ciononostante sembra sostenibile che l'avvio del sistema di finanziamento dell'ospedale con pagamento prospettico a prestazione e l'introduzione della reportistica sull'attività non sembra aver prodotto nell'immediato sostanziali modifiche sul piano dei comportamenti dei medici, fatto salvo un margine di recupero fisiologico in capacità produttiva.

Nel secondo semestre 1995 si sono registrati fenomeni di non univoca interpretazione dei quali il più significativo è rappresentato, per alcune divisioni, dallo spostamento di alcune patologie verso l'area del D.H. non compensato in tempi brevi da incrementi dei ricoveri ordinari.

Lo sviluppo dell'attività di ricovero in D.H., se legato all'avvio della reportistica, più che ad un disegno strategico corrisponderebbe ad una generica volontà di ammodernamento nella erogazione delle prestazioni.

Questi cambiamenti possono, quindi, essere interpretati come fase prodromica di necessario «aggiustamento» anche in considerazione del fatto che le divisioni maggiormente interessate hanno incrementato i ricoveri ordinari solo a partire dall'autunno.

Vi sono segnali di indubbia «sensibilità» alla istituzione di un sistema di reportistica, ma questa attenzione risulta diversificata sia in termini di tempi di risposta, il *range* sembra variare da 1-2 a 4-5 mesi per le prime ri-

sposte positive, sia in termini di natura delle risposte osservabili.

Per questo ultimo aspetto si possono individuare risposte di tipo «generico» senza selezione nell'ambito della casistica e senza l'induzione di particolari innovazioni organizzative (incrementi dei ricoveri, riduzione delle degenze medie e riduzione casi *outliers*), risposte correlate alla conoscenza dei pesi e delle tariffe di rimborso (per la sola area chirurgica diminuzione dei DRG medici ed incremento dei DRG chirurgici, riduzione-azzeramento ricoveri di «0-1 giorno»), risposte che comportano la rimozione di micro-inezie comportamentali (per esempio la riduzione dei tempi di *turn-over* in sala operatoria) e risposte che rinviano a parziali e non impegnativi rimodellamenti organizzativi (riduzione delle degenze pre-operatorie, riduzione delle degenze medie per l'attivazione di D.H. diagnostici).

Inoltre è da considerare che la difficoltà e la lentezza alla modifica dei comportamenti sono in funzione ed aumentano al variare della complessità dei fattori di produzione presenti nell'azienda, mentre le risposte che rinviano a «pesanti» razionalizzazioni organizzative e/o a scelte strategiche sono legate ad interventi di reingegnerizzazione da parte della dirigenza aziendale basate su indagini di mercato ed attività di *marketing*.

Per quanto attiene la nostra esperienza, la «sensibilità» e la rapidità nelle modifiche comportamentali interne alle singole unità operative è risultata essere in funzione di svariati fattori.

In particolare influiscono negativamente gli stati di conflittualità pre-esistenti nella divisione e/o il ruolo primario «debole» sul piano gestionale, la presenza di una significativa attività libero-professionale esterna all'ospedale da parte dei medici, l'età media

elevata del personale sanitario e l'assenza di figure «leader» che costituiscono un collegamento con realtà esterne all'ospedale.

Le divisioni la cui attività è significativamente condizionata dalla dipendenza da fattori strutturali critici, per esempio le divisioni chirurgiche con agli accessi al blocco operatorio, presentano ovviamente maggiori difficoltà e lentezza nel riorganizzare la propria attività in termini di incremento e razionalizzazione.

I reparti internistici, con esclusione della dipendenza per le indagini diagnostiche, appaiono più pronti a modificare i propri atteggiamenti verosimilmente per la maggior oggettiva auto-sufficienza organizzativa ed in parte tecnologica.

Per quanto riguarda comportamenti esplicitamente opportunistici, per i quali sono stati da poco introdotti specifici indicatori e controlli (rapporto DRG specifico tra numero reingressi per singolo paziente sul totale dei ricoveri, numero di pazienti con reingressi per identica diagnosi entro sette giorni dalla prima dimissione, corrispondenza al «vero» tra cartella e codici di diagnosi) non si sono registrati fenomeni di selezione della patologia a maggior rimborso.

Circa il livello quanti-qualitativo delle modificazioni positive spontanee nei comportamenti, le possibili osservazioni sono sicuramente condizionate dal tempo ridotto di osservazione.

Si può genericamente affermare che quanti hanno più prontamente risposto alla sollecitazione dovuta all'avvio della reportistica hanno continuato il trend positivo nel corso del 1996.

Conoscendo la precedente buona produttività di queste divisioni (prevalentemente internistiche) si può affermare che si tratta evidentemente di sistemi collaudati per cui, da una parte, è stato sufficiente uno stimolo agguin-

tivo, dall'altra il vero problema non è la tenuta sugli attuali livelli di attività, ma gli oggettivi spazi di residua razionalizzazione produttiva.

Anche in questo settore, è probabile che la realizzazione del dipartimento possa, con la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse messe in comune, permettere ulteriori e soprattutto mirati incrementi.

Va, comunque, osservato che i livelli di performance raggiunti dai Reparti internistici, se pur rappresenta una garanzia, è contemporaneamente anche un fattore di rigidità.

Infatti, sono queste le divisioni che, in nome della loro «auto-sufficienza», si mostrano meno disponibili ad un cambiamento radicale delle variabili organizzative introdotte dal dipartimento e per le quali non è escluso il verificarsi di effetti *rebound* per disaffezione dovuta a mancanza di tangibili riconoscimenti.

Del resto, da parte di queste divisioni sono state avanzate richieste di dirottare risorse tecnologiche, umane e finanziarie verso le unità produttive che hanno mostrato più efficienza, evidenziando una maggiore attenzione non tanto verso gli aspetti gestionali e di integrazione, quanto piuttosto la ricerca di maggior efficacia.

Per il secondo gruppo, rappresentato in larga misura dalle divisioni chirurgiche, riteniamo che l'incremento di attività, registrato a partire dal secondo semestre 1996, potrà essere valutato solo nel prossimo periodo.

Permangono, infatti, fluttuazioni mensili significative e lo scenario più verosimile è che tali divisioni abbiano a raggiungere nei prossimi mesi il massimo teorico di incremento ad invarianza dei fattori strutturali.

Solo un cambiamento di tali fattori strutturali quali la costituzione del dipartimento con significato «gestionale» e la revisione profonda dei meccanismi operativi del quartiere operato-

rio può verosimilmente spingere oltre la loro produttività.

Identiche considerazioni sono applicabili per le divisioni chirurgiche con buona capacità produttiva, in quanto appare comunque ragionevole che, raggiunto spontaneamente un maggiore equilibrio nel rapporto tra efficienza e risorse disponibili, non siano perseguibili ulteriori miglioramenti.

In conclusione, la costruzione di un sistema di reportistica sull'attività innesca sicuramente, in un contesto competitivo come l'attuale, modifiche positive nei comportamenti dei sanitari, però, di entità e durata limitata e generalmente non «mirate» oltre che bisognose, sia pure per ragioni strutturali anche opposte, di interventi gestionali radicali.

Superate le resistenze iniziali, la reportistica agevola la progettazione e il superamento di antiche convinzioni, quale la rigida strutturazione in divisioni, verso una generica disponibilità al dipartimento, sentita come un'occasione di rilancio, sia pure tra molte riserve e resistenze, soprattutto dalle aree con maggiori criticità.

Senza, però, l'attivazione di strategie aziendali complessive gli effetti positivi anche in termini di produttività ed efficienza sono destinati a svuotarsi in breve periodo o, addirittura, a tramutarsi in «nuova disaffezione» alle sorti dell'azienda.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Indicatori di struttura, processo e risultato nella gestione per budget*, **Mecosan**, 11: 75-86, 1994.
- ARCANGELI L., *Misurazione dell'efficienza ospedaliera: sperimentazione di un modello di definizione del profilo delle risorse e di costi a livello di paziente*, *Economia Sanitaria. Linee e tendenze di ricerca in Italia*, Milano, Giuffrè, 1993, 77-96.
- ARCANGELI L., LANGIANO T., *Programma ROD (Raggruppamenti omogenei di diagnosi). Primi risultati*, *Press DRG* 1993: 8, 2-4.

- FARLEY D.E., HOGAN C., *Case-mix specialization in the market for hospital services*, Health Serv Res 25: 757-83, 1990.
- FRANCESCONI A., *Il coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione*, **Mecosan**, 5: 36-44, 1993.
- HAZZARD MUNRO BATTEN B., PAGE E., *Statistical methods for health care research*, 2nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1993.
- HORN S., DADAKIS S., SCHUMACHER D.N., *Analysis of case-mix complexity using information theory and Diagnosis Related Groups*, Med Care, 17: 382-9, 1979.
- HOFER T.P., HAYWARD R., *Can Early Re Admission Rates Accurately Detect Poor Quality Hospital?*, Med Care, 3, 1995.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, SERVIZIO CENTRALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, *Linee di guida per la compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera*, 17 giugno 1992.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, *Linee di guida n. 1/95: applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle «Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera», con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri*, G.U. 3 agosto 1995 n. 180.
- REPETTO F., ROSSI F., *Le tariffe delle prestazioni ospedaliere in Lombardia, metodi e risultati*, Press DRG, 14-20; 1995.
- ROGERS W.H. ET AL., *Quality of Care Before and After implementation of the DRG Based Prospective Payment System*, JAMA, 264, 15: 1989-94; 1990.
- TARONI F., D'AMBROSIO M.G., *Tariffe e competizione amministrata*, Organizzazione Sanitaria, 1994: 43-59.
- ZANGRANDI A., RAMPONI C., FRANCESCONI A., *Le tariffe come sistema di finanziamento della sanità pubblica*, **Mecosan**, 11: 64-74; 1994.

PERCORSO DI AZIENDALIZZAZIONE DI UN OSPEDALE POLISPECIALISTICO

di Giorgio Verme¹, Floriano Rosina¹, Francesco Visconti²

¹ Dipartimento sperimentale di gastroenterologia, ospedale Molinette - Torino

² Esperto di sviluppo organizzativo e docente alla S.S.A. - Università di Torino

SOMMARIO: 1. Obiettivo e oggetto del contributo - 2. Linee-guida in materia di organizzazione - 2.1. Assetto strutturale - 2.2. Controllo direzionale - 2.3 Monitoraggio della qualità clinica (qualità diagnostico-terapeutica) e della *customer satisfaction* - 3. Linee-guida in materia di relazioni con le strutture sanitarie esterne - 4. Strategia di cambiamento e struttura del percorso realizzativo.

1. Obiettivo e oggetto del contributo

Con il presente contributo si intende proporre un percorso logico-metodologico di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico, che costituisca un punto di riferimento per avviare progetti di sperimentazione finalizzati alla gestione di aziende ospedaliere di rilevante complessità, i cui risultati possano essere trasferiti e recepiti in disegni di riforma di dette aziende.

La proposta metodologica che si formula è sviluppata assumendo come riferimento-guida la logica del «risparmio globale» della spesa sanitaria e del miglioramento dei livelli qualitativi delle prestazioni, per il cui governo si identificano tre grandi questioni, tra loro interrelate, che un progetto di sperimentazione gestionale, secondo gli scriventi, deve affrontare: il ruolo di un ospedale polispecialistico in un ambito territoriale, le leve da attivare per recuperare quote di efficienza organizzativa-gestionale, la revisione degli attuali sistemi di tariffazione.

Per quanto riguarda il ruolo di un ospedale polispecialistico, pensiamo che debba essere obiettivo di tali aziende gestire «ospedali di eccellenza» (i.e. «Ospedali di insegnamento»,

sede del massimo livello assistenziale, scientifico, didattico), ospedali cioè che costituiscano un punto di riferimento sul territorio, sia per la innovazione nella gestione della patologia ordinaria, che per la diagnosi e terapia e lo studio di casi clinici selezionati (patologie che richiedano elevata qualificazione degli operatori ed elevata dotazione tecnologica, patologie di particolare complessità che richiedano approcci multidisciplinari e patologie rare).

Questo ruolo sollecita, a livello regionale, una «pianificazione dei rapporti (e delle competenze) tra le strutture sanitarie operanti in un territorio», che consenta a tali aziende polispecialistiche di favorire il trasferimento alle strutture ospedaliere e territoriali di provenienza e/o di competenza, di pazienti che non necessitano di un successivo iter diagnostico-terapeutico nel contesto della «struttura di eccellenza» come sopra prefigurata. In questo quadro, le unità di «emergenza e accettazione» di tali aziende dovrebbero assolvere il ruolo di unità di secondo livello, ossia di strutture poliambulatoriali di accettazione e di filtro.

È intuitivo il risparmio economico per la collettività e il miglioramento

del servizio all'utente, in quanto una patologia «semplice» curata in un «ospedale di eccellenza» come quello sopraddelineato presenta un «costo reale» superiore a quello di un ospedale «non attrezzato» per la diagnosi e cura di casi clinici selezionati; al contempo, una patologia «di particolare complessità», che richiede particolari approcci multidisciplinari e l'utilizzo di sofisticate tecnologie, può essere più efficacemente affrontata in ospedali polispecialistici che non in quelli «ordinari». Inoltre, qualificando le competenze e i rapporti tra le varie strutture sanitarie può essere maggiormente finalizzato, e reso selettivo, l'ammontare degli investimenti da destinare.

Correlativamente al ruolo dell'ospedale polispecialistico nel *network* delle strutture sanitarie territoriali, la seconda questione da essere affrontata per governare la spesa sanitaria e la qualità del servizio riguarda il recupero di quote di efficienza, a tutti i livelli della struttura ospedaliera, attraverso modelli organizzativi e gestionali «innovativi» che garantiscano:

— la verifica quali-quantitativa degli obiettivi preposti;

— la verifica delle risorse impiegate per il raggiungimento di tali obiettivi;

— l'innescò di meccanismi decisionali volti al miglioramento continuo dei processi diagnostico-terapeutici;

— la sperimentazione continua di tecnologia, modelli diagnostico-terapeutici atti a migliorare ovunque il rapporto costo/beneficio dell'assistenza.

Al riguardo esistono in Italia alcune sperimentazioni, i cui risultati orientano verso queste scelte di campo. In particolare, la sperimentazione triennale (1992-1995) condotta presso il Dipartimento sperimentale di gastroenterologia (DSG) dell'azienda «ospedale Molinette» di Torino, ha evidenziato come mutamenti organizzativi e gestionali possano condurre al miglioramento del servizio all'utente e dal contenimento dei costi. Azionando le leve della progettazione strutturale (adeguamento delle strutture alla severità della patologia, formalizzazione di «gruppi di lavoro» che operano per problemi clinici selezionati trasversalmente rispetto alle unità strutturali, e dei sistemi operativi (introduzioni di un sistema di controllo di gestione per «profili di cura») si è limitata la percentuale di ricoveri a non più del 2% dei pazienti afferenti al DSG. Di conseguenza sono stati ridotti del 30% i posti letti dedicati al ricovero ordinario abbreviando contemporaneamente i tempi di attesa per il ricovero da 50 a 7 giorni. In modo apparentemente paradossale l'esperimento ha condotto ad un incremento della durata media della degenza da 6.6 a 9.3 giorni, ascrivibile ad una maggiore severità dei casi che accedono al ricovero. Parallelamente si è triplicato il numero dei pazienti ricoverati in *day hospital* o in regime di ricovero breve, non solo, ma l'attività delle due suddette unità si è arricchita di procedure un tempo a esclusivo appannaggio del ricovero ordinario (Verme, 1994).

Infine, una terza grande questione, che una sperimentazione gestionale

non può ignorare, è l'evitare che l'elemento «spesa» determini l'affermarsi di una logica dell'azienda ospedaliera che anteponga il proprio interesse di bilancio a scapito della logica del risparmio globale della spesa sanitaria e del miglioramento del servizio all'utente. E al riguardo si evidenzia che la logica del risparmio globale della spesa sanitaria risulta essere in molti casi incompatibile con l'attuale situazione legislativa che prevede rimborsi regionali per le prestazioni nosocomiali (DRG), in quanto tale situazione potrebbe incentivare le aziende ospedaliere ad aumentare anche impropriamente i numeri dei ricoveri per avere più rimborsi.

Per ovviare a tale situazione si formula la seguente indicazione progettuale: mentre per gli episodi di «patologie acute» in soggetti sani la tariffazione per DRG potrà essere conservata perché essi usualmente si risolvono con un unico ricovero, per le «patologie croniche», che sono caratterizzate da ripetuti episodi di riacutizzazione e da complicazioni intercorrenti e che massimamente incidono sui costi, si intende validare l'ipotesi di un rapido passaggio da una tariffazione per DRG ad una tariffazione per gestione annua della malattia. Ciò implica una riformulazione delle quote capitarie in funzione della presenza o meno di patologie croniche e della severità e grado di avanzamento delle medesime. Le quote capitarie così calcolate dovranno essere amministrare dal medico curante del paziente che potrà gestirle di concerto con specialisti ospedalieri, organizzati in «gruppi di lavoro». Tali gruppi di lavoro, articolando prestazioni ambulatoriali e di ricovero in strutture adeguate alla severità della patologia, potranno garantire efficacia ed efficienza nella diagnosi e terapia del paziente (vedi successivo punto 2.1.c). Sarà interesse del medico di base gestire in modo ottimale i propri

assistiti, avvalendosi di consulenze ambulatoriali o telefonico-telematiche degli specialisti referenti, al fine di prevenire la necessità di ricoveri ospedalieri, che maggiormente intaccano la quota capitaria del paziente. Sarà altresì interesse del medico di base selezionare fra i «gruppi di lavoro» quelli che garantiscono, per capacità e dotazione tecnico-strutturali, le maggiori efficienze gestionali.

Le tre sopracitate questioni (il ruolo di un ospedale polispecialistico in un ambito territoriale, il recupero di quote di efficienza, la revisione dei sistemi di tariffazione) come possono essere affrontate?

La risposta la si identifica operando una profonda riorganizzazione dell'azienda ospedaliera sotto il profilo strutturale e dei sistemi e meccanismi di gestione, e revisionando i meccanismi che regolano le relazioni fra azienda ospedaliera e gli organismi deputati alla gestione della salute pubblica.

Pertanto, costituiscono l'oggetto della proposta di aziendalizzazione che si formula:

- a) l'organizzazione dell'azienda;
- b) le relazioni con le strutture sanitarie esterne.

Rispetto a codeste aree di intervento, il percorso metodologico si sviluppa entro le linee-guida che di seguito si evidenziano.

2. Linee-guida in materia di organizzazione

Si assume come dato il «ruolo» di un ospedale polispecialistico come precedentemente esplicitato, e viene trattata la problematica dell'assetto strutturale, del controllo direzionale, del sistema di monitoraggio della qualità clinica e della «customer satisfaction». Altre questioni insite nel concetto di organizzazione aziendale, quali ad esempio i sistemi di gestione

e sviluppo delle risorse umane, non vengono in questa sede trattati per ragioni di economicità del contributo.

2.1. Assetto strutturale

La stragrande maggioranza delle aziende ospedaliere pubbliche presenta un modello organizzativo rigido, che poggia ancora gran parte delle sue logiche sulle regole di organizzazione e funzionamento dei servizi ospedalieri emanate con legge n. 1631 del 1938, sebbene nel tempo si siano susseguite disposizioni legislative che hanno introdotto qualche elemento di flessibilità.

Una delle principali argomentazioni, se non la principale, che viene formulata per giustificare la realtà organizzativa in essere consiste nell'affermare che alle disposizioni legislative non sono seguiti regolamenti ed elementi esplicativi per la loro implementazione.

Tali richiami, pur avendo un loro fondamento almeno per quanto riguarda la esplicitazione delle questioni che le disposizioni legislative sollecitano affrontare, spesso riflettono però una concezione formalistica e conformistica al tema della struttura organizzativa, che, invece, rappresenta una delle fondamentali leve discrezionali e di progettualità manageriale per realizzare finalità e obiettivi operativi.

Le aziende ospedaliere, pur operando nell'ambito degli indirizzi programmatori regionali, sono dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale. Il superamento di una organizzazione «per editto» e di modelli omogeneizzanti si impone a seguito del manifestarsi di megatrend che impattano fortemente sulla gestione dei singoli ospedali; *in primis*, i contenuti delle finanziarie, sempre più attente a ridurre l'incidenza della spe-

sa sanitaria sul bilancio dello Stato, il progresso scientifico e la nascita di sub-specialità, l'evoluzione della tecnologia dell'informazione, l'accresciuta articolazione delle attese della gente sulla qualità dell'offerta, l'introduzione negli ultimi provvedimenti legislativi del concetto di competitività tra gli erogatori di prestazioni sanitarie. I loro contenuti, abbondantemente illustrati anche dai quotidiani, evidenziano che dai cambiamenti in atto nello scenario esterno vi sono tutte le premesse per poter affermare che le aziende ospedaliere devono operare sempre più entro «futuri probabili» caratterizzati da due fenomeni tra loro interdipendenti:

— la scarsità di risorse, che enfatizza l'esigenza di più elevati livelli di efficienza e sollecita porre sotto controllo la dinamica dei costi;

— la presenza di meccanismi di libero mercato, che per loro natura selezionano e premiano quelle aziende sanitarie dove la qualità ed il costo dei servizi sono migliori.

Questi fenomeni pongono nuovi quesiti alle aziende ospedaliere, fra i quali spicca: l'orientamento al *time-to-market*, il *focus* sulle competenze e sulla produzione del valore delle attività per il cliente (sia esso il paziente o le strutture interne che usufruiscono di un servizio), l'apprendimento organizzativo posto alla base delle funzioni di innovazione e di direzione del management (sanitario e non), il controllo e la riduzione dei costi e l'efficienza dei processi amministrativi, la progettazione di meccanismi di coordinamento correlata con i processi di devverticalizzazione e di decentramento decisionale, etc.

In sintesi, il nuovo paradigma organizzativo delle imprese ospedaliere deve basarsi sul bilanciamento di aspetti che secondo una concezione «tradizionale» dell'organizzazione possono autoescludersi: tra accentra-

mento e decentramento, tra specializzazione e integrazione-condivisione, tra autonomia e cooperazione, tra efficienza ed efficacia dei processi (Manzolini, Soda, Solari, 1994).

Quali soluzioni di assetto organizzativo, pertanto?

Il punto di partenza risiede nella constatazione che gli ospedali di grandi dimensioni e di rilevante complessità sono «aziende multibusiness» in quanto ogni specifica «patologia» è una sorta di prodotto/processo (rappresentato dalla diagnosi e dalla terapia) cui corrispondono una specifica tecnologia (come *know-how* «che qualifica la strumentalità del processo di azione») (Maggi, 1988) ed un tipo specifico di pazienti, ossia di segmenti di clientela. Nella patologia si coniugano quindi il prodotto, il processo, il mercato, la tecnologia. La «patologia» costituisce pertanto il primo elemento strutturale (il mattone) dell'organizzazione ospedaliera. L'esperienza delle imprese vincenti attesta che il subordinare le strutture ai prodotti/processi è ormai una delle principali frontiere della ricerca dell'efficacia e dell'efficienza; anche nelle aziende ospedaliere per il recupero di quote di flessibilità è giunto il momento di progettare l'assetto organizzativo partendo dai prodotti/processi (le patologie) ed attorno ad essi definire unità organizzative e forme di coordinamento. La modalità realizzativa passa attraverso uno *step* iniziale di aggregazione delle «patologie» in sotto-insiemi omogenei per «organo» di riferimento. Attraverso tale aggregazione si identificano inoltre le «aree strategiche di servizi» dell'ospedale, quindi il suo portafoglio strategico, e ciò consente di concepire la gestione dell'ospedale come insieme di specifiche «aree di affari», come avviene nelle strutture manageriali evolute.

Sulla base dei quadri sovraesposti la proposta metodologica che si for-

mula verte nell'operare scelte di differenziazione organizzativa, per connotare l'azienda ospedaliera quale insieme di «poli organizzativi» distinti per missione e per responsabilità di risultato, caratterizzati da una elevata capacità di «autoregolazione», dove le connessioni che legano le varie entità non saranno di tipo gerarchico-burocratico, ma di tipo informativo, cooperativo, economico/imprenditoriale (Bufera, 1990). Sulla base di questo indirizzo le scelte di organizzazione dell'attività riguardano: a) la macrostruttura, b) il modello di organizzazione del lavoro per le attività di assistenza, ricerca e didattica, c) il modello di coordinamento e di integrazione organizzativa.

a) Macrostruttura

La proposta consiste in una configurazione organizzativa caratterizzata dalla presenza di tre entità organizzative.

Una prima entità è costituita dai «Dipartimenti d'organo» progettati sulla base del criterio di aggregare in unità organizzative processi diagnostico-terapeutici e di ricerca che risultino omogenei e reciprocamente interdipendenti (Thompson, 1988) rispetto ad una patologia d'organo.

Seguendo questo criterio (che si assume quale modalità metodologica per declinare il concetto di «struttura dipartimentale» voluta dal legislatore) l'articolazione futura delle attività assistenziali e di ricerca comporta la scomposizione delle attuali divisioni, sezioni e servizi ed un accorpamento delle specializzazioni, che manterranno una loro autonomia, entro la nuova struttura cui si faranno afferire le patologie d'organo di pertinenza.

Il valore della proposta consiste inoltre nel qualificare questi Dipartimenti d'organo (una sorta di «business unit», utilizzando il linguaggio

dei settori industriali) quali responsabili di costi e di risultati e sufficientemente autonomi nella gestione, pur nell'ambito delle politiche generali dell'azienda ospedaliera, per esaltare i valori della imprenditorialità dell'azione; pertanto incorporeranno anche parte delle attività di «supporto» (es: in materia di controllo di costi, qualità, gestione risorse, etc.) e le responsabilità loro assegnabili e di cui dovranno rispondere nei confronti della direzione dell'ospedale riguarderanno (Guzanti, Mastrilli, Mastrobuono, Mazzeo, 1994): assistenza; ricerca e didattica; valutazione della qualità; gestione del budget assegnato; allocazione dei mezzi di produzione (risorse umane, tecnologiche, etc.) per perseguire gli obiettivi di assistenza, ricerca e didattica, e gestione degli stessi; coordinamento con le attività extra ospedaliere (vedi successivo punto 3).

Questi dipartimenti decentreranno le prestazioni sanitarie su ambulatori, *day hospital* e degenza, al fine di assorbire la variabilità della domanda e ridurre i tempi di attesa e costi di struttura.

La proposta di Dipartimenti d'organo sollecita affrontare la questione dei reparti di medicina generale e di insegnamento della medicina generale. In questa sede si evidenzia che la problematica deve essere affrontata valutando nel singolo contesto tutti gli aspetti di interrelazione operativa e di potere. In linea di principio il personale medico potrebbe essere disaggregato e riaggregato per competenza di patologia nei singoli Dipartimenti d'organo.

Una seconda entità organizzativa è rappresentata dagli «Enti di servizio», trasversali ai Dipartimenti d'organo (laboratori, radiologie, anatomia patologica, sale chirurgiche, etc.) che trovano la loro ragione nelle economie di scala, ossia nel produrre alti volumi (l'attività per tutti i dipartimenti) per ridurre i costi di struttura e i costi uni-

tari. L'attività che pertanto questi Enti svolgeranno per i dipartimenti verrà remunerata sulla base di una politica di prezzi di trasferimento.

Da ultimo, unità centrali di *staff* per compiti di a) indirizzo strategico in materia di utilizzo di risorse, b) gestione accentrata di attività amministrative e tecniche di interesse generale a livello di intera azienda ospedaliera.

Anche queste unità dovranno connotarsi per un ruolo *market driven* e *brain intensive*, con *task* e competenze nuove perché dovrà prevalere la logica della fornitura di servizi customizzati. La loro (ri)progettazioni dovrà passare attraverso un preliminare audit organizzativo che decodifichi il fabbisogno di attività necessaria rispetto ai problemi in essere e agli obiettivi imprenditoriali della amministrazione, e dovrà essere susseguente alla definizione della attività di supporto da essere presidiate dai Dipartimenti d'organo e dagli enti di servizio.

b) Modello di «organizzazione del lavoro» per le attività di assistenza, ricerca, didattica

Sarà basato sui «gruppi di lavoro», massima espressione di interdisciplinarietà e vera forza trainante della struttura dipartimentale e interdipartimentale. Essi saranno costituiti in base alla individuazione delle necessità mediche (patologie dominanti, progetti di ricerca, etc.), aggregeranno esperti di patologia settoriale, e avranno come obiettivo:

— la cura dei pazienti con patologia cronica strettamente specialistica, affidati dal medico curante alla struttura;

— l'elaborazione dei «profili di diagnosi e cura» volti al miglioramento continuo dell'assistenza;

— le sperimentazioni cliniche controllate;

— la gestione del budget loro assegnato e la verifica della qualità degli obiettivi prefissati nel settore di patologia di pertinenza.

I «gruppi di lavoro» (il cui responsabile è a tutti gli effetti il «responsabile del paziente») saranno costituiti da esperti di patologia settoriale appartenenti a dipartimenti diversi e primariati. Essi manterranno così l'input culturale dell'ambiente in cui vivono (radiologia, anatomia patologica, chirurgia, etc.), coltiveranno il settore di patologia da loro prescelto o assegnato, e troveranno nella cura del paziente, nella raccolta e studio dei dati ricavati, nella pubblicazione dei medesimi, il massimo motivo di personale incentivazione a ben lavorare.

In breve, i «gruppi di lavoro» diventano la logica operativa della struttura ospedaliera che, applicata su pazienti ricoverati o comunque affidati in cura ambulatoriale o di *day hospital* o di ricovero breve, attiva la massima efficienza diagnostica o curativa possibile in quel momento su quel tipo di malato.

Il gruppo stesso prende in cura il malato e adempie ad alcuni obblighi morali di assistenza altrimenti difficilmente ottenibili e cioè:

— sceglie la sede più opportuna di diagnosi e/o cura (ambulatorio, D.H., ricovero breve, terapia semintensiva, terapia intensiva) nel particolare momento in cui si trova la malattia di base;

— risparmia la peregrinazione del malato da un settore diagnostico all'altro e da uno specialista all'altro;

— elimina la possibilità che si registrino pareri discordanti sulla opportunità di utilizzare un certo profilo di cura;

— raggiunge la competenza necessaria all'impostazione della scelta diagnostica o terapeutica non solo più attraverso l'esperienza personale ma attraverso l'esperienza che deriva dallo

studio controllato di molti casi della patologia in oggetto.

Le cognizioni che il gruppo così acquisisce, immediatamente pubblicizzate su canali informativi telematici oggi facilmente reperibili, diventano il patrimonio di tutti gli operatori ospedalieri e del territorio, tra i quali vengono a cadere le barriere dell'incomprensione.

c) modello di integrazione e di coordinamento organizzativo

Con la configurazione macro-organizzativa sopradelineata l'equilibrio tra le varie componenti organizzative avrà per oggetto l'integrazione e la locazione delle risorse. Tale equilibrio dovrà essere garantito dalla direzione generale dell'ospedale (impiegando le strutture di *staff*) attraverso la valutazione delle proposte di *budget* e di investimento e le relative decisioni di allocazione di risorse, da attuarsi come se finanziasse programmi-progetti imprenditoriali (Nunziata, 1992); il focus del controllo si sposterà pertanto dalle variabili operative al controllo dell'efficacia e dell'efficienza dei vari «dipartimenti» ed «enti di servizio». Dovranno essere sviluppate pertanto trasparenti logiche di trasferimento delle risorse e di controllo, ed entro tali logiche di integrazione organizzativa le unità dipartimentali saranno sufficientemente autonome nella gestione delle risorse loro assegnate.

Con la configurazione organizzativa sopra delineata l'azienda ospedaliera assume la caratteristica di «impresa a rete», sia per le caratteristiche composite e per le proprietà che connotano le varie unità organizzative, sia perché ciascuno di esse (si tratti di un dipartimento, di un ente di servizio, di una unità di *staff*) potrà sviluppare accordi di collaborazione, di *sub-fornitura*, alleanze e anche *joint-venture* di vario tipo.

2.2. Controllo direzionale

L'aziendalizzazione che connota l'ospedale quale ente dinamico e snello comporta anche una rivisitazione dei sistemi operativi che supportano il funzionamento dell'organizzazione. In materia di controllo direzionale assume primaria importanza il «governo» dei costi in ogni fase dell'«Hospital business system» per misurare il contributo delle varie attività (sanitarie, amministrative, tecniche), sia per l'azienda in termini di riduzione dell'incidenza dei costi.

Poiché la diagnosi e la terapia del paziente (quindi profilo di cura) costituiscono il «prodotto/processo» e, a seconda delle complicazioni e della severità della patologia, più unità organizzative e specializzazioni possono esservi coinvolte, il controllo direzionale deve essere in grado di integrare gli aspetti clinici del paziente con quelli più propriamente gestionali e stabilire per ciascuna fase/attività del citato prodotto/processo il relativo costo. Sarà così possibile:

— identificare il costo di ciascun prodotto/processo (di ciascun profilo di cura) quindi, sia di globale che ripartito per classi di attività e per unità organizzative coinvolte;

— valutare le cause dei costi e rispetto ad esse approntare eventuali azioni correttive, stabilire le variabili rispetto alle quali effettuare *benchmarking* fra i competitori;

— ottenere i dati analitici per sostenere la richiesta finanziaria;

— monitorare l'evoluzione del costo delle prestazioni nel tempo, in quanto lo stesso è suscettibile di modifiche a seguito dell'introduzione di nuove metodiche, metodiche che diventano così il principale fattore di «reengineering» del processo diagnostico/terapeutico.

È questa una visione che trasferisce nell'ambiente sanitario le logiche del controllo di gestione per «processi

produttivi» e che si basa sui concetti e sulla strumentazione dell'«Activity Based Management» (AA.VV., 1994), il cui merito è quello di superare la visione statica e spesso distorta dei tradizionali sistemi di imputazione dei costi volti esclusivamente a perseguire ottimizzazioni e efficienze «logistiche» dei fattori produttivi. Il riorientare la contabilità direzionale ai principi suindicati consente una sua evoluzione da strumento puramente contabile-amministrativo a meccanismo di coordinamento e di integrazione organizzativa, e favorisce una cultura orientata al miglioramento continuo perché alla massimizzazione dei risultati a livello micro (di unità organizzativa) si aggiunge l'attenzione diffusa ai risultati del profilo di cura.

Sulla base di quanto precede le principali questioni che devono essere affrontate nel percorso di riorientamento del controllo direzionale, e le proposte che rispetto ad esse si formulano, riguardano: a) tipo di controllo di gestione, b) collocazione dell'attività nella macrostruttura, c) competenze richieste, d) aspetti salienti riguardanti lo sviluppo del modello di controllo di gestione

a) Tipo di «controllo di gestione» da implementare

Per consentire di valutare criticamente ed intervenire di conseguenza sul consumo di risorse a livello di patologia, ossia di «centri di costo», che dà informazioni sull'incidenza di ogni specifico fattore produttivo, dovrà essere sviluppato un sistema che consenta di cogliere anche «come» e «perché» si sono consumate risorse. Si tratta cioè di valutare i costi connessi alla produzione del «profilo di cura» e di progettare un «controllo di gestione per profili di cura».

La definizione dei «profili di cura» e la elaborazione del relativo standard

diagnostico-terapeutico rappresenta pertanto la prima fase del lavoro che deve essere attivata, la quale deve essere seguita dalla identificazione dei parametri di misura degli aspetti quantitativi e degli indicatori clinici di qualità.

Il sistema di controllo di gestione per «profili di cura» non può prescindere da quello per «centro di costo», ma viene da esso alimentato grazie alla fornitura dei dati di costo elementari relativi agli esami diagnostici ed alle terapie che entrano nella composizione dei profili di cura (Rosina, 1995; Avagnina, Balzola, 1995).

I gruppi di lavoro (vedi punto 2.1.b «modello di organizzazione del lavoro»), i cui responsabili abbiamo già detto si qualificano quali «client manager e business process owner», saranno responsabili della:

— definizione, validazione ed eventuale revisione dei «profili di cura standard».

— rilevazione del consumo effettivo di risorse e introduzione di misure correttive volte al contenimento del loro consumo.

b) La seconda questione attiene alla collocazione delle attività di «controllo di gestione» nella macrostruttura

Coerentemente con le scelte di assetto strutturale (vedi punto 2.1) l'attività di «controllo direzionale» verrà presidiata non solo a livello di direzione generale, ma anche nei «Dipartimenti d'organo» e negli «Enti di servizio». Questi (in quanto unità che saranno responsabili di risultati e quindi relativamente autonomi nella gestione delle risorse loro assegnate) attiveranno al loro interno un proprio «controllo di gestione»; a livello di direzione generale, il sistema dovrà qualificarsi non tanto quale attività contabile/am-

ministrativa quanto attività di «audit management» rivolta a:

— presidiare le metodologie e le procedure di controllo di gestione;

— valutare le proposte di *budget* e di investimento e decidere i finanziamenti;

— valutare l'efficienza/efficacia delle varie entità previste dal modello organizzativo;

— supportare metodologicamente sia il management sanitario dei «Dipartimenti d'organo» e degli «Enti di servizio», che quello responsabile delle strutture di *staff*;

— diagnosticare e sollecitare le più opportune azioni da intraprendere.

c) Il livello delle competenze richieste agli operatori del controllo direzionale è la terza questione che si affronta

La caratterizzazione del controllo di gestione sopra delineata richiede un ruolo degli operatori quali esperti in metodi e tecniche decisionali, dove le competenze tecnico-contabili, pur restando fondamentali, si allargano per comprendere competenze di modellizzazione e di gestione di processi organizzativi.

d) La quarta questione è lo sviluppo del modello di controllo

Gli aspetti salienti riguardano:

— i criteri di definizione dei «centri di costo» e dei «centri di responsabilità», in coerenza con la definizione delle scelte di assetto strutturale (vedi punto 2.1) e con la logica del controllo per «profili di cura», con definizione delle responsabilità di redazione delle ipotesi di *budget* e di quelle relative all'attività di *reporting*;

— e le determinanti di costo (*costs drivers*) e gli indicatori da considerare rispetto ai fattori produttivi e ai profili di cura;

— le procedure per la rilevazione dei costi e di quelle per la redazione del *budget*;

— la struttura di *reporting*. Essa dovrà essere sia focalizzata sui risultati sia, nell'ottica del miglioramento continuo, sulle azioni.

L'attuazione operativa del sistema di controllo di gestione (per «centri di costo» e per «profilo di cura») necessita di un sistema informatico che possa alimentarlo.

Infatti, riferendoci alla realtà di aziende ospedaliere a noi nota, una delle principali criticità che si potrebbero incontrare riguarda la difficoltà di alimentare i due sistemi di controllo di gestione (per «centri di costo» e per «profili di cura»), che evidenzia la necessità di avere un tempestivo ed affidabile flusso informativo soprattutto per quanto riguarda il costo di fattori produttivi i cui dati risiedono all'esterno dei centri di responsabilità (es: i beni gestiti dal magazzino, gli ammortamenti, le manutenzioni, i costi figurativi e le utenze, etc.), e, quindi, la necessità di:

— rilevazione in automatico del consumo di risorse per centro di costo;

— rilevazione in automatico del consumo di risorse per profilo di cura e per singolo paziente.

Si ritiene appropriata una soluzione informatica basata su di un «ambiente applicativo», che integri gli aspetti clinici del paziente con quelli più propriamente gestionali, dotato di funzioni di interfaccia per l'acquisizione di dati dai singoli sistemi informativi contabili.

Tale soluzione (come d'altronde ogni altra soluzione più tradizionale) presuppone però sia un adeguato livello di informatizzazione dei vari sottosistemi applicativi contabili e non, sia — soprattutto — un alto livello di «integrazione» a valle tra le varie applicazioni informatiche, per poterle aggre-

gare all'interno dell'ambiente applicativo».

L'attuazione dell'automazione del sistema di «controllo di gestione» passa perciò attraverso i seguenti tre *steps*:

primo *step*: svolgere, preliminarmente, un *audit* informatico/contabile delle applicazioni esistenti per individuare gli interventi necessari, specificando l'investimento richiesto;

secondo *step*: in funzione dei risultati dell'*audit*: informatizzazione/rifacimento e integrazione dei sottosistemi contabili e di quelli delle aree gestionali che alimenteranno l'ambiente applicativo per il «controllo di gestione»;

terzo *step*: personalizzazione e installazione dell'ambiente applicativo dedicato al «controllo di gestione».

2.3. Monitoraggio della qualità clinica (qualità diagnostico-terapeutica) e della customer satisfaction

Si ritiene che il controllo del consumo di risorse non possa prescindere dal controllo della qualità del prodotto, rappresentato in sanità dalla diagnosi e dalla terapia del paziente. Sulla base di questa logica dovranno essere introdotti, tanto a livello di centri di costo che producono questi servizi (laboratori, radiologie, sale chirurgiche, etc.) quanto a livello dei centri di costo che questi servizi utilizzano (reparti di degenza, *day hospital*, e a livello di gruppi di lavoro) gli strumenti della Verifica e revisione di qualità (VRQ) con l'obiettivo del miglioramento continuo della qualità (Perraro, 1994; Crisby, 1986).

Previa definizione dei criteri (indicatori) per la «misurazione» della qualità (mortalità, mobilità, tasso di ri-ospedalizzazione, etc.), in una spirale analoga a quella del controllo di gestione occorrerà:

— definire precisamente i livelli di soglia accettabili di qualità (*standard* qualitativi);

— verificare gli scostamenti effettivi rispetto agli *standard* qualitativi;

— identificare le cause dello scostamento;

— applicare interventi correttivi;

— verificare i vantaggi degli interventi correttivi.

Il sistema di monitoraggio dovrà tenere conto non solo qualità diagnostico/terapeutica, ma anche di due altri aspetti di «customer satisfaction»:

a) la qualità percepita dal paziente, per misurare il grado di soddisfazione del paziente e dei suoi familiari nelle varie dimensioni della qualità del servizio, quali, a titolo esemplificativo:

— gli aspetti tangibili (procedure di accoglienza del paziente, servizio alberghiero, organizzazione interna, etc.);

— la prontezza del personale medico ed infermieristico nell'affrontare qualsiasi quesito posto dai pazienti e dai familiari;

— le relazioni con le strutture amministrative.

La finalità è quella di avere indicatori che consentano di identificare le aree sulle quali intervenire per migliorare la qualità del servizio che il cittadino riceve (si pensi ai disagi e ai tempi/costi derivanti da disorganizzazione);

b) la qualità del rapporto fornitore-cliente, all'interno e fra le unità organizzative dell'ospedale, per ridurre il delta tra i bisogni e offerta e sviluppare una cultura del servizio secondo indicatori di eccellenza. Anche in questo caso la finalità manageriale è di identificare dove intervenire per abbattere i costi derivanti dalla non-qualità.

La strumentazione disponibile per misurare i livelli di «customer satisfaction» è oggi numerosa: la definizione

degli *standard* di eccellenza e la «gap analysis» rappresentano le principali fasi dell'*iter* metodologico.

3. Linee-guida in materia di relazioni con le strutture sanitarie esterne

Costituiscono i segmenti dell'ambiente (ossia il *task environment*) di un ospedale polispecialistico: lo Stato attraverso l'università, l'Istituto superiore di sanità, il CNR, le Regioni, le case farmaceutiche e produttrici di reattivi ed apparecchiature medicali, i pazienti, i medici di base e le strutture (pubbliche e private) di medicina sul territorio.

È convinzione degli scriventi che una rivisitazione di alcuni, ma fondamentali, meccanismi operativi che regolano le relazioni tra un ospedale polispecialistico e i suddetti segmenti dell'ambiente, consente di abbattere i costi della spesa sanitaria e di migliorare il servizio all'utenza. In questa sede la riflessione è posta: a) sui rapporti con le Regioni per definizione degli ambiti di autonomia degli ospedali polispecialistici nel perseguire strategie che soddisfino le necessità di salute dei cittadini; b) sulle modalità di relazioni tra le diverse componenti di medicina sul territorio.

a) Rapporti con le Regioni

Fino ad oggi il quadro sanitario è stato connotato da una pesante ingerenza da parte del committente (Regione) nei confronti del fornitore (azienda sanitaria): le Regioni, infatti, oltre a determinare istituzionalmente le necessità di salute dei loro abitanti e le strategie per soddisfare tali necessità, arrivano a definire in dettaglio le modalità operative per il perseguimento di tali strategie. Sono infatti le Regioni a definire le «piante organiche» delle aziende ospedaliere. Tale fatto rappresenta una evidente limita-

zione alla autonomia di gestione degli ospedali.

È indispensabile ridisegnare i ruoli di Regione ed azienda ospedaliera. La Regione, in quanto committente, deve individuare le necessità di salute, identificare le strategie per soddisfarle, determinare quanto è disposta a spendere per realizzare tali strategie e definire *standard* di risultati attesi. L'azienda ospedaliera, in qualità di fornitore, preso atto della domanda e della relativa offerta finanziaria, si attrezzerà in modo autonomo in termini di personale, strutture e strumenti per soddisfare le richieste della Regione, eventualmente contrattando con essa adeguamenti delle quote di tariffazione.

b) Relazioni tra le diverse componenti di medicina sul territorio

Se è la Regione, che sulla base delle necessità individuate, chiede all'azienda di attrezzarsi per il soddisfacimento di tali necessità, l'utilizzatore finale delle prestazioni dell'azienda ospedaliera è il paziente. L'utilizzo può avvenire in maniera diretta quando il paziente, colpito da una patologia acuta, accede all'ospedale attraverso le strutture di pronto soccorso; viceversa il paziente affetto da patologie croniche, accede ripetutamente all'ospedale su richiesta del suo medico curante per la diagnosi o il trattamento di episodi di riacutizzazione o complicazioni intercorrenti. Nel primo caso le cure prestate al paziente possono condurre ad una completa restitutio ad integrum. Nel caso di patologie croniche maggiormente si evidenziano le criticità dell'attuale sistema.

Essendo virtualmente assenti rapporti stabili fra medico di base e specialisti ospedalieri, il paziente cronico viene spesso indirizzato allo specialista di competenza, ma raramente allo stesso specialista o allo stesso gruppo

di specialisti. A sua volta lo specialista non sempre è dotato di una sufficiente articolazione strutturale (ambulatorio, *day hospital*, ricoveri brevi, ricoveri ordinari, terapia semintensiva) tale da poter garantire la massima efficacia ed il minor costo di gestione. Lo specialista si deve spesso avvalere di consulenze fornite da specialisti di altre branche, i quali, se non specificamente competenti nella patologia in oggetto, possono richiedere accertamenti scarsamente mirati. Tutti questi fattori riducono l'efficienza del sistema, spesso senza incrementarne l'efficacia (Greenfield, Nelson, Zubkoff, 1992; Kassire, 1994).

Accanto ad una revisione intra-aziendale delle modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche (vedi 2.1.b) occorre, per garantire cure efficaci ed efficienti, migliorare l'interazione fra medico di base ed i «gruppi di lavoro specialistici». I gruppi di lavoro, articolando adeguatamente prestazioni ambulatoriali e di ricovero in funzione della severità del quadro patologico, incrementeranno l'efficacia e l'efficienza dell'azienda ospedaliera.

Il medico di base incrementerà l'efficienza globale del sistema sanitario da un lato operando per contenere le necessità di ricovero in accordo con le linee guida tracciate dai «gruppi di lavoro» di riferimento, dall'altro selezionando fra i «gruppi di lavoro» quelli che, per capacità e per dotazione tecnico-strutturale, garantiscono le maggiori efficienze gestionali.

Per motivare il medico di base ad una gestione efficace occorre responsabilizzarlo non solo nei confronti del problema salute ma anche sul contenimento dei suoi costi di gestione.

Come può realizzarsi questa responsabilità economica?

Si è già ribadito nella sezione introduttiva che l'attuale sistema di tariffazione prospettico basato sulla classifi-

cazione di isorisorse secondo il criterio dei DRG, pur rappresentando un notevole passo avanti rispetto al precedente sistema, si presta soprattutto nel contesto di patologie croniche, a distorsioni (dimissioni anticipate, ricoveri ripetuti, ricoveri impropri, etc.) che conducono a privilegiare gli interessi di bilancio dell'azienda ospedaliera a scapito del risparmio globale della spesa sanitaria.

Per prevenire queste deviazioni si dovranno introdurre, accanto al sistema di tariffazione per DRG che potrà essere mantenuto per le patologie acute, sistemi di tariffazione innovativi per le patologie croniche. Tali sistemi dovranno tenere conto non solo del tipo di patologia ma anche del suo grado di avanzamento, che condiziona la maggiore o minore incidenza di episodi di riacutizzazione e di complicazioni. L'introduzione del concetto di incidenza (i.e. numero di episodi/anno) indica la necessità di introdurre un sistema di tariffazione basato sul costo/annuo della malattia cronica. Ovviamente la definizione del costo annuo di malattia cronica richiede la co-

noscenza della sua storia naturale e del relativo assorbimento di risorse nelle varie fasi del suo avanzamento. Necessiterà dunque una revisione delle «quote capitarie»: esse non dovranno più essere uniformi per tutti i cittadini ma variare in funzione della presenza o assenza di patologia, del tipo di patologia e del suo grado di avanzamento. Le quote capitarie così ricalcolate, verranno assegnate in gestione ai medici di base e da questi amministrare. Ciò rappresenterebbe l'elemento chiave del controllo dell'efficienza del sistema.

Questa modalità, già sperimentato in altri contesti sanitari ha ridotto sostanzialmente i tassi di ospedalizzazione, abbassando di conseguenza i costi globali della spesa sanitaria (Franks, 1992; Holoweiko, 1992; Dukakis, 1992).

4. Strategia di cambiamento e struttura del percorso realizzativo

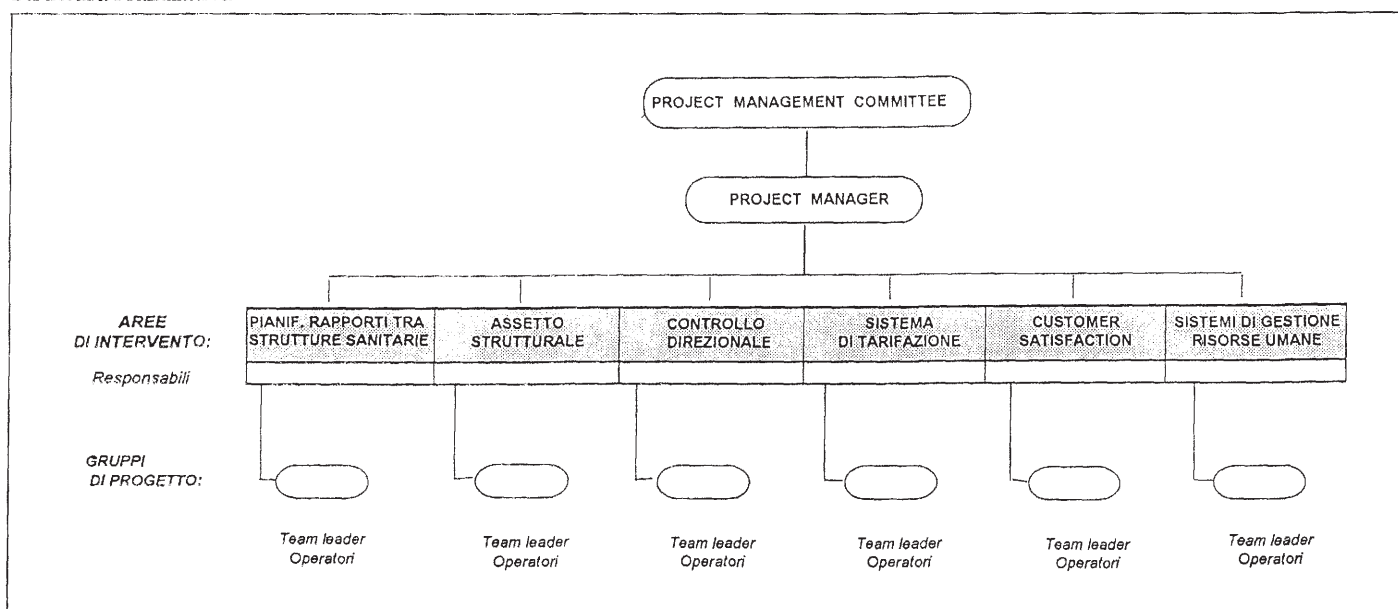
Per realizzare il complessivo disegno sopra delineato, quali strategie di cambiamento sono necessarie?

Rispetto alle scelte possibili derivanti dall'incrocio fra «strategie di cambiamento incrementale in contrasto con strategie di cambiamento per trasformazione» e fra «modalità coercitive in contrasto con modalità partecipative» (Dunph, Stace, 1988), in considerazione della presenza di diverse identità culturali (dei medici e degli amministrativi) (Maggi, 1980-1981), si ritiene opportuno propendere per il cambiamento attraverso modalità che facciano riferimento ad un trascinatore (cambiamento per trasformazione carismatica) che sappia coinvolgere e motivare nei vari *steps* attuativi il Consiglio dei sanitari e le componenti non sanitarie (evoluzione partecipativa) perché la concretizzazione del cambiamento richiede l'assoluta determinazione nel perseguire una linea di consenso. La modalità partecipativa consentirà:

— di porre l'organizzazione in grado di recepire le opportunità di innovazione;

— di favorire la generazione di azioni coerenti con la qualità dei problemi da gestire.

Struttura realizzativa



La modalità in grado di assicurare maggiore efficienza al conseguimento degli obiettivi prefissati e al rispetto dei tempi e costi appare quella di sviluppare le varie aree tematiche secondo:

— le logiche dei progetti;
— e con una struttura realizzativa che preveda la massima responsabilizzazione dell'ospedale ai diversi livelli.

Per la struttura di progetto si prevedono quattro ruoli di *management*, ciascuno connotato per specifiche responsabilità:

a) *Project management committee*, composto dal vertice dell'ospedale (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo), con responsabilità di:

— definire le linee-guida del progetto;

— pianificare gli aspetti finanziari del progetto;

— definire le priorità realizzative;

— validare i lavori e decidere fra eventuali opzioni alternative;

— *reporting* agli eventuali enti finanziatori il progetto di aziendalizzazione;

b) *Project manager*, con responsabilità di:

— gestire il *budget* complessivo del progetto;

— formulare gli indirizzi generali (metodologici, temporali, di costo), in coerenza con le linee-guida strategiche del progetto definite dal *Project management committee*;

— controllare l'andamento generale del progetto: tempo, costi, coerenza delle soluzioni;

c) Responsabili di aree di intervento, con responsabilità di:

— pianificare (tempi e costi) i progetti dell'area funzionale di pertinenza;

— definire gli indirizzi metodologici specifici dell'area di competenza funzionale;

— controllare gli avanzamenti dei lavori e di compatibilizzare le coerenze delle soluzioni nella propria area funzionale rispetto agli obiettivi generali del progetto;

d) *Team leader*, responsabili di:

— pianificare nel dettaglio e realizzare i *sub-progetti* di pertinenza, nel rispetto degli indirizzi metodologici, temporali e di costi, definiti dai responsabili di area di riferimento;

— coordinare le risorse assegnate ai *sub-progetti* di pertinenza.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *L'Activity based management: principi, tecniche, esperienze*, in *Sinergie*, n. 34 (numero monografico), 1994.

AVAGNINA S., BALZOLA F., *Strumenti e tecniche per la rilevazione dei profili di cura standard e per la rilevazione dei dati*. Atti del convegno «Le logiche aziendali applicate in sanità: l'efficienza al servizio dell'assistenza e della qualità. Il caso del Dipartimento sperimentale di gastroenterologia». Torino, 3 febbraio 1995. Volume a cura della compagnia San Paolo.

BUTERA F., *Il castello e la rete*, F. Angeli, Milano, 1990.

CRISBY P.B., *La Qualità non costa. Gestire la qualità come fonte di profitto*. Mc. Graw-Hill, Milano, 1986.

DUKAKIS M.S., *The States and the Health Care Reform*. *New Engl. J. Med.*, 327: 1090-92, 1992.

DUNPHY, STACE, *Transformational and Coercitive Strategies for Planned Organizational Change*, in *organization Studies*, n.3, 1988.

FRANKS P., CLANCY C.M., NUTTING P.A., *Gatekeeping revisited-protecting patients from overtreatment*, *New Engl. J. Med.*, 327: 1092-95, 1992.

GREENFIELD S., NELSON E.C., ZUBKOFF M., ET AL., *Variation in resource utilization*

among medical specialties and system of care. Results from the Medical outcomes study. *JAMA*, 267:1642-30, 1992.

GUZZANTI E., MASTRILLI F., MASTROBUONO I., MAZZEO M.C., *Aree funzionali omogenee e dipartimenti*, in *Federazione Medica*, n.33, 1994.

HLOWEIKO M., *Health care reform: what does Hawaii have to teach?* *Medical Economics*, February 3, 158-74, 1992.

IGLEHART J.K., *The American Health Care System. Teaching Hospital*. *New England Journal Med.*, 329: 1052-56, 1993.

KASSIRE J.P., *Access to specialty care*. *New Engl. J. Med.*, 331: 1151-53, 1994.

MAGGI B., *L'azione organizzativa in Thompson e altri*. Saggio introduttivo a Thompson J.: «L'azione organizzativa», Isedi Pettrini, 1988.

MAGGI B., *L'organizzazione dell'ospedale*, in *Quaderni di Sociologia*, XXIX n. 4, 1980-1981.

MANZOLINI L., SODA G., SOLARI L., *L'organizzazione snella. Processi di cambiamento per rinnovare l'impresa*. Etas Libri, Milano, 1994.

NUNZIATA E., *Pianificazione e controllo nelle reti*, in *Sviluppo & Organizzazione*, n.143, 1992.

PERRARO F., *Qualità dell'assistenza sanitaria: il ruolo dei professionisti, dei cittadini e l'influenza del mercato*. *The Quality*, n. 4: 217-223, 1994.

ROSINA F., *Il controllo di gestione per profili di cura*. Atti del convegno «Le logiche aziendali applicate in sanità: l'efficienza al servizio dell'assistenza e della qualità. Il caso del Dipartimento sperimentale di gastroenterologia». Torino, 3 febbraio 1995. Volume a cura della compagnia San Paolo.

THOMPSON J., *Organizations in Actions*, Mc Graw-Hill, 1967, trad. it. «L'azione organizzativa», Isedi Pettrini, 1988.

TIGHY N., FOMBRUM C., DAVANNA M., *Strategic Resource Management*, in *Sloan Management Review*, Winter 1982.

VERME G., *La scelta e i risultati del modello organizzativo del Dipartimento sperimentale di gastroenterologia*. Atti del convegno «Le logiche aziendali applicate in sanità: l'efficienza al servizio dell'assistenza e della qualità. Il caso del Dipartimento sperimentale di gastroenterologia». Torino, 3 febbraio 1995. Volume a cura della compagnia di San Paolo.

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

LA «VIA DANESE» AL DECENTRAMENTO DELLE RESPONSABILITÀ DI EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI ED AL COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA

di Luca Buccoliero

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Cenni sulla struttura territoriale ed amministrativa della danimarca - 2. Il fabbisogno di salute della popolazione danese - 3. Il sistema sanitario danese: le linee evolutive - 4. L'attuale assetto istituzionale del sistema sanitario danese - 4.1. Prerogative e funzioni dello stato centrale in materia sanitaria - 4.2. Le responsabilità a livello di contea - 4.3. Il ruolo delle amministrazioni locali - 5. Spesa sanitaria e modalità di finanziamento - 6. Organizzazione e modalità di finanziamento delle prestazioni di medicina di base e di medicina specialistica - 6.1. Le modalità di fruizione dell'assistenza medica di base e di quella specialistica - 6.2. Il ruolo dei medici di base - 7. Organizzazione e finanziamento del sistema ospedaliero - 7.1. I «county network» - 7.2. La «Copenhagen Hospital Corporation» - 8. Alcune osservazioni sull'esperienza danese.

Il presente articolo propone un'analisi della struttura del sistema sanitario danese, con particolare riferimento ai principi fondamentali che ne ispirano l'assetto istituzionale e l'evoluzione. In particolare, la trattazione descrive la struttura decentrata del sistema di offerta di prestazioni di medicina di base ed ospedaliere ed i principali meccanismi di coordinamento del sistema, alla luce delle più recenti tendenze evolutive dello stesso.

1. Cenni sulla struttura territoriale ed amministrativa della Danimarca

La struttura territoriale ed amministrativa della Danimarca è articolata su tre livelli fondamentali:

- un'amministrazione centrale;
- 16 Contee («amtskommuner») (1);
- 273 Comuni («Kommuner»).

Si può affermare, in prima approssimazione, che la divisione di funzioni e responsabilità tra i tre livelli amministrativi si fonda su due essenziali principi di base:

1) i servizi che riguardano direttamente il cittadino devono essere gestiti ed erogati, quando è tecnicamente possibile ed economicamente sostenibile, a cura di centri o soggetti che siano il più vicini possibile all'utente (dunque a livello comunale o regionale e, solo in casi particolari, a livello statale);

2) la responsabilità dell'erogazione di un servizio deve essere accompagnata un'ampia responsabilizzazione di ordine economico: i tre livelli amministrativi detengono pertanto una significativa autonomia impositiva per il finanziamento dei servizi di loro competenza.

2. Il fabbisogno di salute della popolazione danese

Le figure 2.1 e 2.2 illustrano l'andamento del tasso di mortalità infantile e della speranza di vita alla nascita in Danimarca nel periodo 1980-1994.

Il tasso di mortalità infantile in Danimarca è lievemente superiore ma non si discosta in modo significativo da quello riscontrato in Finlandia, nei Paesi Bassi ed in Svezia: giova, a tale proposito, ricordare che i Paesi nordici si caratterizzano, nel loro complesso, per un tasso di mortalità perinatale

assai modesto, rispetto alla media OCDE.

La speranza di vita alla nascita (riferita, per quanto riguarda i dati rappresentati graficamente nella figura 2.2, alla popolazione femminile) presenta in Danimarca valori assoluti e tassi di crescita significativamente più bassi rispetto a quelli degli altri Paesi considerati e, in generale, rispetto alla media dei Paesi nordici. Una possibile spiegazione del dato può risiedere nei seguenti fattori:

— la peculiarità delle abitudini alimentari della popolazione danese: la Danimarca è infatti, tra i Paesi nordici, quello con il maggiore consumo *pro-capite* di grassi saturi (esiste una documentata relazione tra questa dieta e l'insorgere di alcune patologie cardiovascolari e tumorali);

— l'elevato consumo *pro-capite* di tabacco e bevande alcoliche (la Danimarca detiene, per entrambe le categorie di consumi, un significativo pri-

mato rispetto agli altri Paesi considerati).

Rispetto agli altri Paesi nordici, la Danimarca evidenzia, tra l'altro, la più elevata incidenza di quasi tutte le patologie tumorali e cardiovascolari ed il più alto tasso di mortalità a seguito di incidenti stradali.

3. Il sistema sanitario danese: le linee evolutive

La Carta Costituzionale danese del 1849 sancì per la prima volta, seppure in modo parziale e generico, una responsabilità pubblica in materia di assistenza sanitaria, prevedendo che la tutela dei cittadini meno abbienti bisognosi di assistenza sanitaria fosse affidata alle amministrazioni dei comuni di residenza; il ruolo di queste ultime fu poi confermato ed arricchito di ulteriori prerogative dalla «legge sui poveri» del 1891.

Nel 1892 fu promulgata la legge che istituiva le prime casse malattia private per i lavoratori: le casse garantivano agli iscritti assistenza medica (generica e specialistica) e cure ospedaliere (gratuite entro un tetto massimo di prestazioni e di giornate di degenza). Tra il 1900 ed il 1930 fu accordato alle casse malattia un sempre più consistente supporto finanziario pubblico, che consentì la progressiva riduzione delle aliquote contributive praticate agli iscritti, allo scopo di incrementare il numero di questi ultimi. Nel 1933 fu resa obbligatoria l'iscrizione ad un fondo malattia per i cittadini con reddito più elevato.

Nel 1960 la popolazione danese fu divisa in due gruppi sulla base del reddito (gruppi «A» e «B», quest'ultimo costituito dai cittadini aventi reddito più elevato) e ciò consentì la differenziazione delle aliquote contributive ai fondi malattia, i quali furono finalmente aperti a tutti i cittadini danesi, senza le preesistenti esclusioni di al-

cune fasce di età e senza alcuna limitazione di accesso.

Nel 1973 i fondi malattia persero gran parte della loro importanza a seguito dell'introduzione del Sistema sanitario nazionale, tuttora in vigore, finanziato attraverso il prelievo fiscale ed in grado di assicurare l'universalità

delle prestazioni erogate. Come meglio si vedrà in seguito, tale sistema conserva la ripartizione degli assistiti in due gruppi (gruppi «1» e «2»), che tuttavia non è più fondata sul reddito ma sulla scelta, liberamente effettuata dagli assistiti all'atto dell'iscrizione e rinnovabile annualmente, rispetto alle

Figura 2.1 - Andamento della mortalità infantile (tasso di decessi nel primo anno di vita su 100 nati vivi)

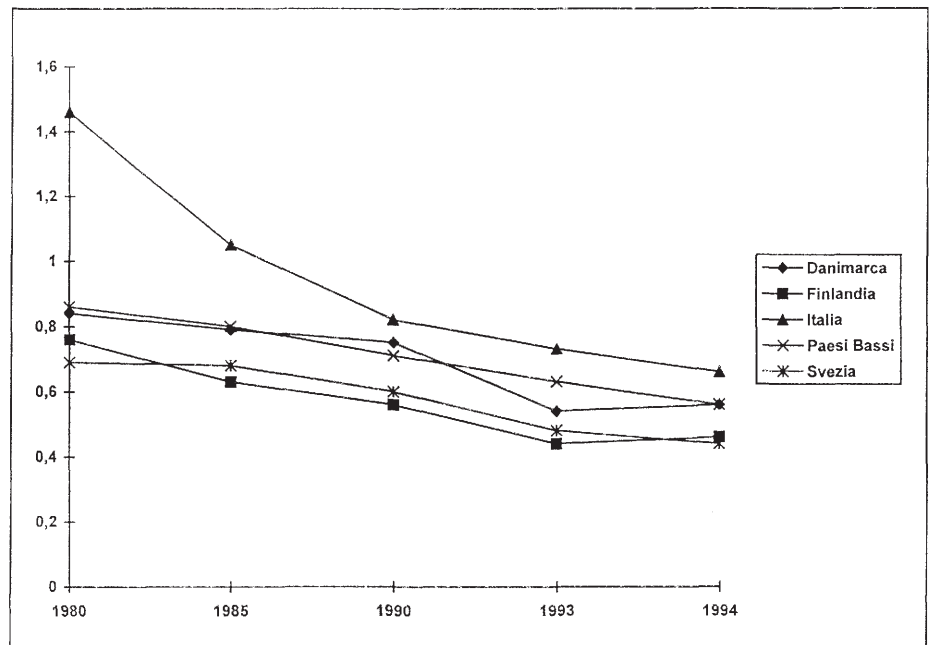
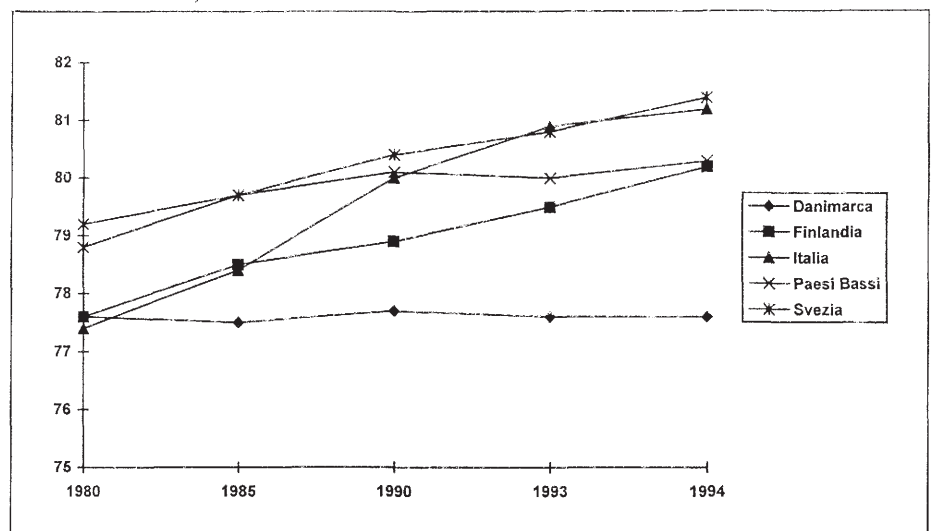


Figura 2.2 - Andamento della speranza di vita alla nascita (in anni per la popolazione femminile)



diverse modalità di godimento delle prestazioni previste per ciascun gruppo.

La prima organica legge ospedaliera fu varata in Danimarca soltanto nel 1946: fino ad allora, contee e città avevano sviluppato, sulla base dello statuto del 1806, un sistema ospedaliero costituito da uno o due ospedali per ciascuna Contea, finanziato in parte dalle stesse contee ed in parte da sovvenzioni statali. La legge ospedaliera del 1946 enfatizzò il ruolo delle contee, pur mantenendo a carico dello Stato centrale il 65% circa delle spese ospedaliere. Nel 1970 la riforma delle amministrazioni locali (alla base del vigente ordinamento amministrativo sopra descritto) ha sancito la responsabilità piena ed esclusiva delle contee in materia ospedaliera, fatta eccezione per il solo ospedale universitario di Copenhagen (Rigshospitalet), rimasto, fino al 1995, sotto il diretto controllo dell'autorità statale.

L'ultimo decennio ha visto l'adozione di alcuni significativi provvedimenti di riforma in materia ospedaliera, tra i quali è opportuno ricordare:

— nel 1993 l'introduzione del principio di libera scelta del paziente rispetto alla struttura sanitaria alla quale richiedere il ricovero (in precedenza, ad eccezione dei casi urgenti, vigeva una limitazione territoriale alla contea di residenza);

— nel 1995 l'introduzione (in via sperimentale e limitatamente ad alcuni interventi chirurgici) della garanzia per il paziente di ricevere la prestazione richiesta entro e non oltre tre mesi dall'iscrizione nella lista d'attesa (in capo alla Contea di appartenenza sorge pertanto un obbligo giuridico al rispetto del periodo massimo di tre mesi);

— nel 1995 l'accorpamento dell'importante Rigshospitalet nel consorzio ospedaliero di Copenhagen, che sarà meglio descritto in seguito.

Agli inizi degli anni Novanta il Parlamento danese ha così ufficialmente definito gli obiettivi prioritari per la futura evoluzione del sistema:

«Nell'erogazione di assistenza sanitaria è necessario porre particolare enfasi sui seguenti imperativi:

— garantire elevati *standard* qualitativi;

— rispettare l'autonomia e la libertà di scelta del paziente;

— assicurare eguali opportunità di accesso ai servizi sanitari;

— garantire un efficiente utilizzo delle risorse».

4. L'attuale assetto istituzionale del sistema sanitario danese

Coerentemente con la struttura amministrativa sopra descritta, il sistema sanitario si caratterizza per un'articolata distribuzione delle responsabilità sui tre distinti livelli amministrativi:

— nazionale (Stato centrale);

— regionale (Contee);

— locale (Comuni).

Le autorità preposte al funzionamento del sistema ai tre livelli sopra evidenziati collaborano costantemente tra loro ed assicurano al sistema un elevato grado di coordinamento e coerenza.

Essendo finalizzato all'erogazione di assistenza diretta al cittadino, in virtù del già citato principio di «prossimità all'utenza» il sistema sanitario danese enfatizza il ruolo delle amministrazioni periferiche, a livello di Contea e di Comune.

4.1. Prerogative e funzioni dello Stato centrale in materia sanitaria

L'autorità del livello amministrativo sovraordinato, quello statale, si estende a tutto il territorio continentale della Danimarca, oltre alla Groenlandia ed alle Isole Fær Øer. Si noti, tuttavia, che alcuni sistemi ammini-

strativi (ed anche il sistema sanitario) sono gestiti in modo autonomo in queste due ultime regioni, che dunque saranno escluse dal seguito della presente trattazione.

Le prerogative in materia sanitaria accentrate a livello nazionale sono quelle di definire il quadro istituzionale del sistema sanitario e di esercitare su quest'ultimo un ruolo di pianificazione, coordinamento e supervisione, indicando peraltro gli obiettivi della politica sanitaria nazionale. Il Ministero della sanità è la principale autorità ed è responsabile del quadro normativo in materia sanitaria. Il Ministero controlla il sistema emanando regole generali e linee guida, direttamente od attraverso istituzioni ed agenzie con funzioni direzionali, consultive e di controllo. Tra queste istituzioni ricordiamo, in particolare:

— il Consiglio nazionale della salute (con funzioni consultive per le autorità di governo a livello nazionale e locale e per i medici e con alcune prerogative direzionali nell'erogazione dei servizi sanitari);

— l'Agenzia nazionale per la nutrizione (con compiti di informazione e tutela del consumatore nel consumo di alimenti e di prevenzione dei rischi alimentari);

— l'Istituto danese di epidemiologia clinica (il principale istituto nazionale di ricerca epidemiologica);

— l'Ufficio relazioni pubbliche con i pazienti (che accoglie, tra l'altro, i reclami relativi all'assistenza sanitaria ottenuta);

— la commissione etica;

— la commissione su fumo e salute;

— la commissione sulle politiche di prevenzione.

L'erogazione dei servizi sanitari non è, in virtù del sopra enunciato principio di «prossimità agli utenti», direttamente esercitata dall'amministrazione statale, la quale, fino al 1995, gestiva direttamente soltanto

l'Ospedale Universitario di Copenhagen (il Rigshospitalet), il più grande ed avanzato ospedale della Danimarca (circa 1550 letti), successivamente accorpato, come già ricordato, nel Consorzio Ospedaliero di Copenhagen (la Hovedstadens Sygehusfælleskab), una joint venture tra l'amministrazione statale e le Contee delle Città di Copenhagen e Frederiksberg.

4.2. Le responsabilità a livello di Contea

Come sopra evidenziato, la Danimarca è divisa in 16 Contee, la cui popolazione varia dai 45.000 abitanti dell'Isola di Bornholm ai circa 600.000 della Contea di Copenhagen. Le Contee sono amministrate da un Consiglio (i cui membri sono eletti dalla popolazione residente) che designa un Presidente ed istituisce diverse commissioni per la gestione dei vari servizi di Contea. Ogni Contea istituisce una commissione (in alcune Contee ve ne sono due) che è responsabile della gestione dei servizi sanitari.

La divisione di responsabilità tra Contee e Comune rispetto all'erogazione ed al finanziamento dell'assistenza sanitaria fu determinata verso la fine degli anni Sessanta, in applicazione del noto principio di «prossimità» all'utente. In tale occasione si stabilì che i comuni dovessero, in linea di principio, farsi carico della gestione dei servizi a contatto diretto con il cittadino, fatta eccezione per quelli che, richiedendo obbligatoriamente una scala di intervento più ampia (ad esempio il sistema ospedaliero, che deve essere articolato secondo adeguati bacini di utenza), dovevano essere affidati alla responsabilità della Contea. Oltre alla responsabilità in materia ospedaliera, alla Contea fu attribuita anche quella relativa alla medicina di base ed a quella specialistica, in considerazione della stretta interdipendenza di quest'area con il sistema ospedaliero e della conseguente opportunità di un controllo unitario e di una comune responsabilizzazione economico-finanziaria nei due ambiti.

Impegno primario delle Contee, in materia sanitaria, è dunque quello di garantire alla popolazione l'accesso a trattamenti di prevenzione e cura completi e gratuiti, non solo presso strutture ospedaliere ma anche attraverso una fitta rete di medici di base e specialisti. Inoltre, la Contea deve, in varia misura, rimborsare ai propri residenti le spese sostenute per alcuni trattamenti di fisioterapia o per cure dentistiche.

La responsabilità in materia di medicina preventiva si esplica, per legge, attraverso l'offerta di servizi di diagnosi prenatale e la profilassi vaccinale dei bambini in età prescolare. Talune Contee arricchiscono, peraltro, la gamma di prestazioni di medicina preventiva offerte ai residenti, ritenendo che gli «investimenti» nella prevenzione rappresentino il presupposto per significative riduzioni dei costi complessivi del sistema.

Le Contee hanno responsabilità piena ed esclusiva sul sistema ospedaliero, essendo il soggetto istituzionale che controlla, gestisce, finanzia ed amministra tutti gli ospedali pubblici. La responsabilità delle Contee rispetto alle prestazioni sanitarie di natura non ospedaliera (ad esempio medicina di base e specialistica) si limita, invece, alla mera verifica della efficacia dei servizi offerti dai medici convenzionati ed al rimborso di questi ultimi (secondo i criteri che saranno illustrati in seguito); il ruolo della Contea non contempla, salvo eccezioni, la gestione e l'offerta diretta del servizio in strutture proprie e neppure la fase di contrattazione e negoziazione periodica delle convenzioni con le diverse categorie di rappresentanza dei medici (generici, specialisti, dentisti, ecc.).

negoziazione che ha luogo a livello statale, a cura di un'apposita commissione ministeriale.

4.3. Il ruolo delle amministrazioni locali

Come già ricordato, 273 Comuni costituiscono il livello «periferico» più decentrato del sistema. La struttura amministrativa del Comune non si discosta significativamente da quella della Contea: il consiglio comunale è eletto dalla popolazione residente, nomina un sindaco e costituisce diverse commissioni, una delle quali si occupa della gestione dei servizi socio-sanitari.

In via «residuale» rispetto alle aree di competenza delle contee, alla responsabilità dei comuni è affidata la gestione degli altri servizi, quali, ad esempio, l'assistenza domiciliare (esercitata da infermiere ed assistenti sociali in stretto coordinamento con il medico di base) e l'area dei servizi socio-assistenziali, il cui cardine è costituito dalle «residenze protette» per anziani non autosufficienti e per portatori di *handicap*. Rientrano, inoltre, tra le prerogative affidate ai comuni quelle di gestione di alcuni programmi di prevenzione (ad esempio la prevenzione dentale per i bambini in età scolare), di igiene pubblica e di assistenza medico-infermieristica negli istituti scolastici.

5. Spesa sanitaria e modalità di finanziamento

La spesa sanitaria pubblica nel 1995 ammontava a 64 miliardi di Corone, pari al 6,52% del prodotto interno lordo ed equivalente all'11% della spesa pubblica complessiva. La quota di spesa sanitaria pubblica destinata all'assistenza ospedaliera ammontava a circa 38 miliardi di corone, mentre l'assistenza ambulatoriale (di

medicina generica e specialistica) ha assorbito circa 12,6 miliardi di corone.

La figura 5.1 evidenzia l'andamento della spesa sanitaria complessiva rapportata al PIL. Si può osservare che il dato attuale (6,6%) è inferiore di circa un punto percentuale rispetto alla media OCDE (7,5%).

La figura 5.2 mette in evidenza l'andamento della quota pubblica della spesa sanitaria complessiva.

La figura 5.3 illustra infine la composizione della spesa sanitaria (spesa per il finanziamento del sistema ospedaliero e spesa per l'assistenza medica ambulatoriale di base e specialistica) nel periodo 1980-1995.

Già si è ricordato che la responsabilità sull'erogazione dei servizi si accompagna a quella economico-finanziaria, che consente ai soggetti il reperimento delle fonti anche mediante l'esercizio di una significativa autonomia impositiva.

A livello statale, l'imposizione fiscale che finanzia il sistema sanitario è costituita prevalentemente dall'imposizione progressiva sul reddito, oltre che da quella sui consumi. Regioni e comuni applicano imposte locali proporzionali sul reddito. In nessun caso, comunque, si applica, a livello di amministrazioni centrali o periferiche, un'imposta specifica per il finanziamento della spesa sanitaria.

Attualmente l'assistenza sanitaria erogata dalle contee è finanziata da imposte locali nella misura dell'84% e soltanto per la quota restante da trasferimenti provenienti a vario titolo dallo Stato centrale. I servizi erogati dai comuni sono invece finanziati attraverso la tassazione locale nella misura del 50%.

A partire dall'inizio degli anni Ottanta si è di fatto delineata una tendenza apprezzabile al progressivo contenimento dei trasferimenti statali per l'assistenza sanitaria (passati, per

le Contee, dalla copertura del 34% a quella del 16% della spesa complessiva), a cui si è aggiunta una costante preoccupazione da parte dello Stato centrale nei confronti della pressione fiscale complessiva per il cittadino, tradottasi in costanti inviti ed incentivi, nei confronti delle autorità locali, alla riduzione delle aliquote applicate.

6. Organizzazione e modalità di finanziamento delle prestazioni di medicina di base e di medicina specialistica

Il sistema sanitario danese si caratterizza per la crescente enfasi posta sul ruolo della medicina di base: si può affermare che il medico di base costituisce il cardine dell'intero sistema,

Figura 5.1 - Andamento della spesa sanitaria in % rispetto al PIL (1975-1994)

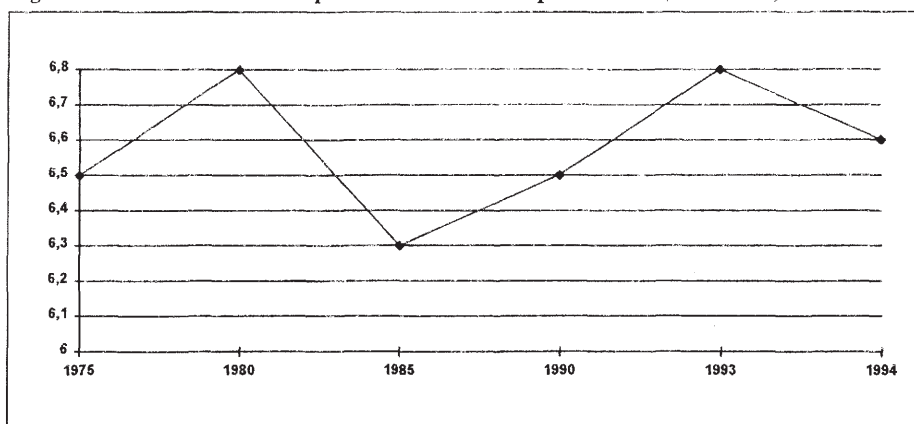


Figura 5.2 - Quota di spesa sanitaria pubblica (% della spesa sanitaria complessiva)

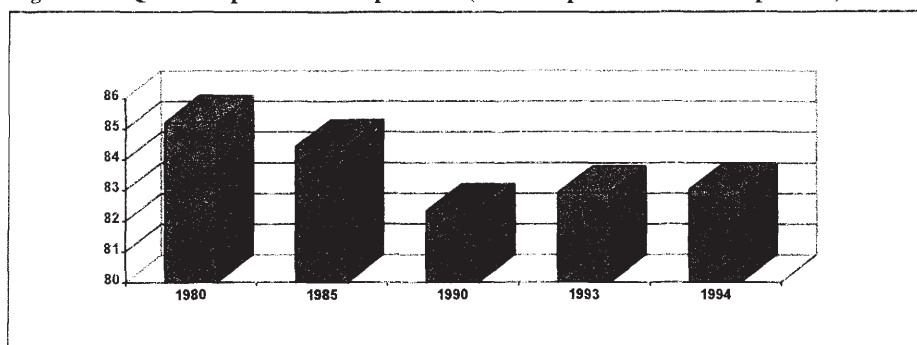
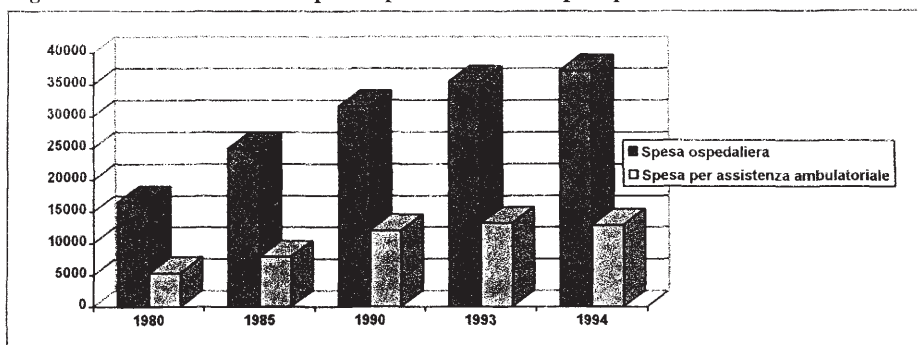


Figura 5.3 - Andamento della spesa ospedaliera e della spesa per l'assistenza ambulatoriale



strutturato secondo le modalità di seguito illustrate.

6.1. Le modalità di fruizione dell'assistenza medica di base e di quella specialistica

Ogni residente in Danimarca deve scegliere (con possibilità di variare la sua scelta annualmente) tra l'appartenenza a due distinti piani di copertura sanitaria, denominati «gruppo 1» e «gruppo 2».

Il «gruppo 1» (cui aderisce il 97,5% della popolazione danese) offre la possibilità di ricevere assistenza specialistica ed ospedaliera senza alcuna compartecipazione alla spesa, ma l'accesso a tali prestazioni è limitato dalla necessità di disporre della prescrizione del proprio medico di base, che deve, dunque, essere necessariamente consultato. In assenza di tale prescrizione, le prestazioni specialistiche sono integralmente addebitate al paziente (fatta eccezione per le visite otorinolaringoiatriche e per quelle oculistiche, alle quali l'assistito può accedere liberamente). Il medico generico può essere scelto liberamente dall'assistito, nell'ambito territoriale della Contea di residenza (esistono tuttavia, a tale proposito, alcune eccezioni); i meccanismi che presiedono all'esercizio della scelta da parte del paziente sono articolati in modo tale da favorire (ma non imporre) una scelta comune da parte dei membri di una stessa famiglia e da determinare legami durevoli ed intensi con uno stesso medico.

Il «gruppo 2» offre ai pazienti che vi aderiscono una piena libertà di scelta rispetto alle strutture sanitarie a cui richiedere prestazioni specialistiche, che sono erogate senza la necessità di alcuna preliminare autorizzazione da parte del medico di base ma a fronte di una compartecipazione alla spesa da parte del paziente (fatta eccezione per

l'assistenza ospedaliera, che rimane gratuita), in quote variabili a seconda delle specialità.

I cittadini danesi di entrambi i gruppi sono muniti di una tessera sanitaria che garantisce loro l'accesso immediato a prestazioni mediche di base e specialistiche anche nelle ore serali e notturne e nei giorni festivi, attraverso una centrale telefonica che accoglie e valuta le richieste e, se necessario, invia gratuitamente un medico generico o specialista al domicilio del paziente. Ai cittadini danesi è inoltre garantita la copertura delle spese sanitarie sostenute durante la permanenza all'estero (per turismo) nei Paesi dell'Unione Europea ed in quelli del bacino del Mediterraneo (Nord Africa e Medio Oriente).

A copertura degli oneri che il paziente deve direttamente sostenere a titolo di compartecipazione alla spesa è possibile, a determinate condizioni, l'adesione ad uno schema assicurativo privato, gestito dalla compagnia «Danmark», che offre diverse formule di assicurazione sanitaria integrativa ai pazienti iscritti ai due «gruppi» del servizio sanitario nazionale. Circa un quarto della popolazione danese usufruisce di tale copertura sanitaria integrativa, nelle diverse modalità e tipologie di copertura offerte.

6.2. Il ruolo dei medici di base

Circa 3200 medici di base sono convenzionati con il sistema sanitario danese (il rapporto medici/pazienti è dunque di circa 1/1600) ed operano (fatta eccezione per i casi di urgenza) quali *gatekeeper* rispetto all'accesso dei pazienti alle prestazioni ospedaliere e specialistiche.

I medici di base danesi operano, per il 33% dei casi, in studi individuali, in piena autonomia professionale e senza condivisione di risorse con i colleghi. Per il 49% operano in studi associati

che condividono i pazienti del «gruppo 1» (i pazienti sono, cioè, assegnati allo studio associato anziché ad un singolo professionista); nel 18% dei casi costituiscono studi associati che condividono le strutture ma non l'assegnazione dei pazienti (ogni medico dispone dunque, in via esclusiva, di un proprio gruppo di pazienti).

L'accesso alla professione è rigidamente regolamentato, tanto per quanto riguarda la disciplina dei corsi di perfezionamento quanto per l'autorizzazione all'apertura di ambulatori ed all'esercizio della professione. Tale autorizzazione è concessa agevolmente solo nelle aree geografiche in cui, mediamente, ad ogni medico di base fanno capo oltre 1325 pazienti del «gruppo 1»; nelle rimanenti aree è necessario subentrare ai medici già autorizzati quando questi ultimi cessano l'attività. Queste procedure consentono di mantenere sostanzialmente equilibrato ed uniforme il rapporto tra medici di base e pazienti su tutto il territorio (si noti che il numero massimo di pazienti gestibile da ogni professionista è pari a 2096 assistiti).

L'attività professionale svolta dai medici di base (visite ambulatoriali e domiciliari) è remunerata secondo un *mix* di quota capitaria (per circa 1/3 della remunerazione complessiva) e di tariffa per prestazione (per la quota restante). La quota capitaria è incassata ogni 3 mesi, mentre la tariffa per prestazione si intende applicata (secondo modalità ed importi previsti da un tariffario nazionale) ad ogni contatto con il paziente (dal consulto telefonico al piccolo intervento chirurgico).

Tale modalità composita di rimborso rappresenta un forte incentivo a rinviare il paziente ad uno specialista oppure ad un ospedale solo se strettamente necessario (e pertanto costituisce un importante fattore di contenimento dei costi) ma rende, peraltro, difficilmente prevedibile la dinamica

della spesa per la medicina di base (data la componente variabile in ragione del numero di prestazioni erogate).

Le tariffe sono periodicamente negoziate dagli organi di categoria con un'apposita commissione ministeriale (la SFU, *Sygesikringens Forhandlings Udvalg*, la stessa commissione responsabile del rilascio delle autorizzazioni all'esercizio della professione ed all'apertura di nuovi studi medici); come si è già anticipato le contee sono escluse da questa negoziazione.

Oltre a queste fonti di remunerazione, il medico di base percepisce gli importi versati dai pazienti iscritti al «gruppo 2» a titolo di compartecipazione alla spesa e quelli versati dai pazienti iscritti al «gruppo 1» per prestazioni aggiuntive, ad esempio le vaccinazioni antinfluenzali (tali importi sono determinati sulla base del tariffario nazionale). Il servizio prestato, a turno, dai medici di base presso la centrale di intervento nelle ore notturne e nei giorni festivi è remunerato secondo una tariffa oraria.

Medici specialisti, dentisti, fisioterapisti ed altri soggetti erogatori di servizi sanitari sono rimborsati esclusivamente a tariffa per prestazione erogata. Alcune tipologie di prestazioni sono erogate senza alcuna diretta compartecipazione alla spesa da parte del paziente (ad esempio, le visite specialistiche e la fisioterapia) mentre altre prevedono una significativa compartecipazione da parte del paziente (ad esempio, le cure dentistiche o le sedute psicanalitiche).

7. Organizzazione e finanziamento del sistema ospedaliero

La dotazione complessiva di posti letto negli ospedali danesi è passata dalle circa 40.000 unità del 1980 alle circa 30.000 unità del 1995, con una diminuzione del 25%. Parimenti, il

numero di annuo di ricoveri è aumentato di circa il 15% (da 950.000 a 1.100.000), grazie ad una rapida diminuzione del dato relativo alla degenza media (pari a circa 6,3 giorni, fatta eccezione per gli ospedali psichiatrici).

Si noti che il 99% dei posti letto appartiene a strutture aventi natura pubblica. I posti letto in strutture private non superano le 100 unità e la più importante clinica privata danese («La Sirenetta»), con 42 posti letto, è stata chiusa nel 1994, anche come conseguenza della ridefinizione dell'assetto del sistema ospedaliero pubblico nella Contea e nella città di Copenhagen.

Il personale (medico, paramedico, tecnico, amministrativo) complessivamente impiegato nel settore ospedaliero è di circa 98.000 unità.

Accanto ad ospedali di minori dimensioni dispersi sul territorio (talvolta monospecialistici, come nel caso degli ospedali psichiatrici), ogni contea dispone di uno o più ospedali «centrali», che fungono da polo di riferimento per i casi più complessi.

Fino al 1993 i ricoveri potevano avere luogo solo presso le strutture ospedaliere ubicate nella Contea di residenza del paziente (fatta eccezione per le urgenze e per i casi di particolare complessità). La riforma varata nel 1993 ha sancito un'ampia «libertà di scelta» per il paziente, ferme restando alcune limitazioni al ricovero presso strutture altamente specializzate (ad esempio, alcuni reparti degli ospedali universitari) quando determinate patologie possono essere curate in reparti con minor grado di specializzazione.

L'introduzione del principio di «libera scelta» rappresenta il primo tentativo di introdurre nel sistema ospedaliero danese taluni elementi di «competizione» tra le diverse strutture, con conseguente incremento dell'efficienza e dell'efficacia complessiva; il ruolo del medico di base è, di fat-

to, ulteriormente rafforzato dalla possibilità di guidare il paziente anche nella scelta tra i diversi ospedali ai quali rivolgersi per richiedere il ricovero. Si calcola che, a seguito dell'introduzione del principio di libera scelta, circa il 2% dei ricoveri avvenga in strutture al di fuori della Contea di residenza del paziente (dati 1994) e riguardi, prevalentemente, interventi chirurgici (di ortopedia, otorinolaringoiatria, ginecologia).

7.1.1 «County network»

Le Contee definiscono il *mix* di servizi offerti ed il livello di specializzazione dei rispettivi ospedali sulla base dell'analisi dei bisogni del bacino d'utenza servito e dei vincoli di natura finanziaria (contributi provenienti dallo Stato e capacità effettiva di autofinanziamento), perseguendo obiettivi di equità e di efficienza complessiva del sistema regionale.

Il management dei diversi ospedali (ciascun ospedale è governato da una «triade» composta da un direttore amministrativo, da un direttore sanitario e da un responsabile dei servizi infermieristici) non è investito di autonomia particolarmente ampia nella definizione delle linee strategiche della propria struttura ma è responsabilizzato prevalentemente su determinati obiettivi di efficienza nell'allocazione interna delle risorse tra i diversi dipartimenti.

Le Contee negoziano annualmente con i vertici dei diversi ospedali l'ammontare delle risorse disponibili, definendo così il *budget* allocato a ciascuna struttura.

Significative innovazioni si stanno peraltro concretizzando negli ultimi anni rispetto al processo di allocazione delle risorse ed ai meccanismi di negoziazione del *budget*, evidenziando due distinte politiche nelle diverse Contee:

— in alcuni contesti la contrattazione tra Contea e singolo ospedale definisce un «budget globale», che si limita ad indicare il finanziamento «fisso» annualmente erogabile alle singole strutture (talvolta dettagliato per singole voci di spesa, più spesso limitato ad un certo ammontare complessivo);

— in altre contee è invece attuato un processo di «budgeting by objectives», una «contrattazione» dettagliata del volume e della tipologia di attività che deve essere svolta dai singoli ospedali ed alla quale sono legati i finanziamenti concessi (che possono, dunque, essere soggetti a riduzione od incremento a seconda delle prestazioni effettivamente erogate): le contee agiscono, in questo caso, quali «acquirenti» di prestazioni ospedaliere per i propri residenti, spesso mettendo in concorrenza i diversi soggetti erogatori. In taluni casi, anche il livello «qualitativo» delle prestazioni erogate può essere oggetto del processo di contrattazione. Tre contee hanno, sino ad ora, adottato il «budgeting by objectives» per la totalità delle prestazioni ospedaliere; quattro contee lo applicano solo per alcune tipologie di prestazioni; almeno altre tre contee sembrano in procinto di adottare questo strumento.

Ogni contea adotta un proprio peculiare modello organizzativo per il coordinamento delle attività gestionali dei diversi ospedali, attraverso apposite funzioni di integrazione e coordinamento. Si può, di fatto, guardare ad ogni sistema ospedaliero regionale come ad un «County network» di ospedali. La Contea predispose, di norma, alcune funzioni centralizzate per tutti gli ospedali, quali ad esempio:

- farmacie;
- provveditorati;
- magazzini;
- sistemi informativi;
- lavanderie;
- altre funzioni di supporto.

7.2. La «Copenhagen Hospital Corporation»

Un altro interessante modello di organizzazione reticolare del sistema ospedaliero è costituito dalla già citata *Hovedstadens Sygehusfælleskab* (*Copenhagen Hospital Corporation*, di seguito denominata attraverso l'acronimo HS), una rete di 7 ospedali pubblici ubicati nell'area metropolitana di Copenhagen, fondata nel mese di dicembre del 1994. HS include il *Rigshospitalet* (l'ospedale universitario precedentemente gestito dallo Stato) oltre agli ospedali precedentemente gestiti dalle municipalità di Copenhagen e Frederiksberg (2) e dispone, complessivamente, di 5000 posti letto, con un organico di circa 20000 dipendenti: si tratta, tanto per le dimensioni assolute quanto per l'elevata specializzazione delle strutture, del più importante ente ospedaliero della Danimarca, che rappresenta inoltre un singolare modello organizzativo e gestionale.

Con l'atto di creazione di HS, lo Stato e le municipalità di Copenhagen e Frederiksberg hanno, infatti, trasferito al nuovo ente le strutture ospedaliere ed una serie di servizi di supporto (ad esempio alcune farmacie e lavanderie), per avviare una fase di pianificazione e gestione coordinata. Il Consiglio di amministrazione di HS è composto di 15 membri, 7 dei quali in rappresentanza della municipalità di Copenhagen, 2 della municipalità di Frederiksberg e 6 del Ministero della sanità.

La necessità di integrare realtà ospedaliere diverse (anche strutturalmente) che, in considerazione dei rispettivi riferimenti istituzionali, avevano sviluppato culture e logiche gestionali profondamente disomogenee (soprattutto per quanto riguarda il *Rigshospitalet*) ha indotto una particolare enfasi sui ruoli di coordinamento all'interno del sistema. L'introduzione

di servizi centralizzati (ad esempio per la farmacia e per il provveditorato) avviene in modo lento e graduale, senza spogliare i singoli ospedali delle funzioni amministrative decentrate.

8. Alcune osservazioni sull'esperienza danese

Questo articolo ha offerto una rapida panoramica del sistema sanitario danese evidenziandone una struttura che alcuni ricercatori reputano «ideale».

Starfield (1992), nel riepilogare le caratteristiche fondamentali dei sistemi di medicina di base (3), identifica infatti alcuni fattori-chiave che sono tutti ravvisabili nel caso danese. Newhouse (1992) sostiene che il sistema ottimale di pagamenti in un sistema sanitario debba essere strutturato nelle stesse modalità che caratterizzano il contesto danese.

Sebbene un'analisi attenta del sistema riveli importanti spunti di criticità, identificabili soprattutto in alcuni limiti nell'erogazione di servizi di medicina preventiva ed in taluni problemi di integrazione all'interno dei diversi sistemi ospedalieri (soprattutto nella neonata HS), il modello danese (che riscuote un consenso assai elevato tra i cittadini) rappresenta un interessante esempio di efficiente decentramento sul territorio di responsabilità economiche e gestionali e di altrettanto funzionali modalità di coordinamento, su scala locale, dei servizi ambulatoriali ed ospedalieri offerti dal servizio pubblico (in una logica di «rete» di professionisti e strutture ospedaliere che possono offrire al paziente il «continuum of care» richiesto).

(1) Si noti che le municipalità di Copenhagen e di Frederiksberg rivestono il duplice ruolo di amministrazione comunale e di Contea, e che le loro attribuzioni politiche ed amministrative

sono pertanto equipollenti a quelle delle 14 Contee.

(2) Si veda, in proposito, la nota 1.

(3) «Primary care must be first contact, longitudinal, coordinated, and comprehensive in nature» (Starfield, 1992).

BIBLIOGRAFIA

- ALBAN A. AND CHRISTIANSEN T., *The Nordic Lights. New initiatives in health care systems*, Odense, Odense University Press, 1995.
- GERDTHAM U. AND JOENSSON B., *Health care expenditure in the nordic countries Health Policy*, 26(3): 207-220; 1994.
- GROENEWENGEN P.P., *Substitution of primary care and specialist care: a regional analysis in Denmark*, *Social Science & medicine*, 33(4): 471-475; 1991.
- LUND P. AND JEPPESEN J.O., *A local road to cost efficiency*, *Hospital Management International*, 91-93; 1994.
- NEWHOUSE J.P., *Pricing and imperfections in the medical care marketplace*, *Health Economics Worldwide*, P. Zweifel and H. E. Frech. Dordrecht, The netherlands, Kluwer University Press, 1992.
- NORDISK MEDICINALSTATISTISK NOMESCO, *Health Statistics in the Nordic Countries 1992*, Copenhagen, Nomesko, 1992.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (1995), *New directions in health care policy*, Paris, OECD, 1995.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT, *OECD Health Data 96/Eco-Santé OCDE 96*, Paris, OECD Electronic Editions catalogue, 1996.
- PALLENSEN T. AND PEDERSEN L.D., *Decentralization of management responsibility: the case of Danish hospitals*, *International Journal of Health Planning and Management* 8(4): 275-294, 1993.
- ROYAL DANISH MINISTRY OF HEALTH, *Health care in Denmark*, Copenhagen, 1993.
- SALTMAN R.B., *Recent health policy initiatives in Nordic countries*, *Health Care Financing Review*, 13(4): 157-166, 1992.
- STARFIELD B., *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*, New York, Oxford University Press, Inc., 1992.
- TAYLOR-GOODBY P., *The future of health care in six countries: the views of policy elites*, *International Journal of Health Services*, 26(2): 203-219, 1996.

LO SCHEMA DI FUNDHOLDING E LA SUA IMPLEMENTAZIONE: UN'ANALISI ATTRAVERSO LA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE

di Emanuele Vendramini

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Le origini del *fundholding* - 3. Lo schema (prima versione, *working for patient* dal 1991 al 1993) - 4. La prima estensione dello schema: primo aprile 1993 - 5. Le linee guida ed il *business plan* per il 1993-94 - 6. GP *fundholding*: una guida per la definizione del *budget* per il 1994-1995 - 7. GP *funholding*: linee guida per il 1995-1996 - 8. Linee guida per i gp *funholder*: anno 1996 - 9. La riforma del 1996 - 10. L'anno di preparazione: la decisione di divenire un *fundholder* - 11. Conclusioni: importare lo schema in Italia?

1. Premessa

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati da una ridefinizione e una riorganizzazione dei sistemi sanitari europei.

In particolare quattro sono le cause che hanno maggiormente influenzato i processi di cambiamento:

— il costante aumento della spesa sanitaria;

— la diminuzione delle risorse finanziarie a disposizione;

— la domanda crescente e sempre più segmentata di prestazioni sanitarie;

— la necessità, dati i tre fattori precedenti, di riorganizzare le cure primarie e la medicina del territorio.

Si ritiene che il costante aumento della spesa sanitaria sia dovuto principalmente a quattro fattori: l'introduzione di nuove tecnologie (più efficaci ma anche maggiormente costose), la destrutturazione del tessuto familiare ed amicale che di fatto ha comportato un maggiore ricorso a cure ospedaliere, l'aumento dell'età media della popolazione (si ritiene che un paziente nell'ultimo anno di vita consumi un ammontare di risorse pari al doppio di

quelle consumate precedentemente), l'aumento del tasso di scolarità che permette una migliore comprensione delle patologie, dei percorsi di accesso alle strutture di offerta e dei possibili percorsi diagnostico-terapeutici da intraprendere.

Anche il Sistema sanitario inglese a partire dal 1989 ha conosciuto un periodo riforme degli assetti istituzionali ed organizzativi. In quell'anno venne pubblicato il *white paper* (*Working for patients*, Department of health, 1989), con il quale il governo Thatcher proponeva un nuovo schema, un modello organizzativo innovativo per la medicina di base, per le cure primarie.

2. Le origini del *fundholding*

Il servizio sanitario del Regno Unito venne costituito nel 1948 con la finalità di fornire servizi sanitari all'intera popolazione con un meccanismo di finanziamento derivante dall'imposizione fiscale. Prima della riforma del 1991 la medicina di base era strutturata secondo un modello organizzativo simile al SSN italiano: i GP, *general practitioner*, sono professionisti ester-

ni al sistema legati da appositi contratti e sono responsabili della salute dei propri assistiti; l'intera popolazione è registrata presso i GP che in pratica detengono il monopolio delle cure sanitarie esterne alle strutture ospedaliere.

Storicamente il *National Health Service* (NHS) si è caratterizzato per una copertura universale dei cittadini, per uno *standard* di qualità dei servizi erogati sicuramente elevato ed in alcuni casi eccellente (A. Coulter, 1995), mantenendo nel corso degli anni un rapporto di fiducia con la popolazione. Con la fine degli anni 1970 il NHS ha trovato difficoltà sempre maggiori a rispondere adeguatamente alle aspettative della popolazione, in particolare l'indicatore che maggiormente evidenziava questa incapacità era costituito dalla presenza di lunghe liste di attesa. Questa situazione probabil-

Il presente articolo si presenta come la prosecuzione e la continuazione del lavoro di Longo e Fattore pubblicato su *Mecosan* 18, 1996. Si rimanda quindi a tale lavoro per una maggiore esplicitazione di alcune tematiche date qui per implicite. Si veda anche E. Trinchero.

mente è stato un fattore importante nel processo di cambiamento dell'indirizzo politico che ha preceduto la riforma del sistema sanitario.

Con l'avvento della nuova direzione politica all'NHS vennero attribuite peculiarità come l'inefficienza, l'eccessivo paternalismo, la resistenza al cambiamento ed una carenza nella qualità dei servizi offerti: come soluzione vennero apportate due innovazioni che hanno sostanzialmente modificato la struttura dell'NHS: i mercati interni e lo schema di *fundholding* (1).

In principio la decisione di affidare ai GP un fondo d'acquisto avente la finalità di comprare servizi ospedalieri per i propri pazienti venne accolta con molta diffidenza negli ambienti sanitari (2) sia da parte della *British Medical Association* che degli stessi GP, in quanto si riteneva che i medici dovessero lavorare secondo scienza e coscienza senza nessuna implicazione di carattere gestionale. In generale però per meglio comprendere le aspettative e la struttura stessa dello schema bisogna ricostruire i prodromi del *fundholding*.

Lo schema trae le proprie origini dal modello organizzativo delle HMO (*Health Maintenance Organization*) statunitensi, strutture che hanno tra le differenti specificità quella di comprare servizi sanitari per conto dei propri iscritti, a cui è chiesto di pagare un premio.

L'analisi della realtà americana portò alla stesura di un documento (*green paper*) in cui veniva ipotizzato un modello organizzativo che di fatto poteva essere considerato come una versione inglese delle HMO. Questo modello non riscosse però l'adeguato consenso politico anche perché uno studio aveva evidenziato che una delle caratteristiche principali dello HMO fosse quella di avere un numero minimo di iscritti (50.000) che permettesse

loro un equilibrio economico-finanziario, limite sovradimensionato per la realtà del Regno Unito.

In seguito a rinegoziazione e ridefinizione del modello viene prodotto un ulteriore documento: il *white paper* (*working for patient*, 1989) che di fatto apportava le seguenti due innovazioni:

1) lo schema di *fundholding* veniva applicato a medici (in gruppo) con almeno 11.000 pazienti (ridotti a 9.000 nel 1990 ed a 7.000 nel 1992);

2) il *budget* di spesa assegnato veniva destinato solamente alle cure ordinarie (*non emergency care*);

3. Lo schema (prima versione, *working for patient* dal 1991 al 1993)

Con l'entrata in vigore del *white paper* nel 1991 viene adottato un modello organizzativo per la medicina di base che aveva come caratteristiche la volontarietà della partecipazione allo schema (con il vincolo di 9.000 pazienti come numero minimo), la responsabilizzazione delle regioni a cui viene affidato il compito di elaborazione delle procedure di selezione (*ex ante*), di monitoraggio e di controllo (*ex post*) dell'attività dei *fundholder* e l'attribuzione ai GP *fundholder* di un fondo da utilizzare per l'acquisto di specifiche prestazioni sanitarie.

In particolare però solo le seguenti tipologie erano acquistabili:

1) le prestazioni ospedaliere per gli *in-patient* (3), le prestazioni di chirurgia toracica, chirurgia generale, le prestazioni di cardiocirurgia, ginecologia ed ortopedia, purché fossero in regime ordinario e non di urgenza (in prima istanza i fondi vennero definiti in modo da garantire i livelli di spesa storicamente determinati);

2) tutte le visite degli *out-patient*;

3) tutti i *test* diagnostici fatti da *out-patient* (escludendo lo *screening* dei polmoni);

4) la spesa farmaceutica;

5) le spese derivanti dalla pratica di gruppo, i *fundholder* hanno infatti una percentuale del loro *budget* di spesa destinata a coprire questo tipologia di costi (esiste inoltre la possibilità del rimborso da parte delle Regioni delle spese per il supporto manageriale ed informatico sostenute dai GP *fundholder*).

A ciascuna di queste voci viene attribuito un fondo, un ammontare di risorse finanziarie da destinare solo a quel tipo di prestazione, in caso di avanzo è però possibile ripartire le risorse su altri fondi anch'essi a destinazione vincolata.

Nel corso del 1992 il Segretario di Stato per la sanità annunciò, visto i buoni risultati ottenuti, che per il 1993 era prevista una estensione dello schema che consisteva nell'ampliamento delle prestazioni «comprabili» ed in particolare che sarebbe stato possibile acquistare anche quelle prestazioni erogate a pazienti acuti ed un ampliamento dei servizi ambulatoriali offerti dai *fundholder*.

Vengono quindi introdotti budget di spesa per l'assistenza infermieristica dei distretti, per i servizi sanitari per la comunità, per tutti i servizi di salute mentale, per i servizi sanitari per pazienti con problematiche inerenti all'apprendimento, per i servizi sanitari per i disturbi nell'alimentazione.

Rimangono, per ora, escluse le prestazioni erogate a favore dei pazienti terminali.

4. La prima estensione dello schema: primo aprile 1993

Lo scopo principale dell'estensione, come dichiarato dal *National Health Service Management Executive* (NHSME), era quello di allargare i be-

nefici ottenuti nell'applicazione del *fundholding* ad una gamma più ampia di servizi (*yellow paper*, EL(92)48) (4).

Dal punto di vista organizzativo questa estensione è stata introdotta anche per aumentare la comunicazione tra i professionisti coinvolti, per una maggiore e migliore definizione degli obiettivi e delle finalità, una maggiore presa di coscienza delle caratteristiche proprie dei vari ruoli istituzionali, il tutto avendo come finalità principale la centralità del paziente ed una maggiore integrazione tra cure primarie e secondarie (EL(92)48).

Le innovazioni introdotte, secondo NHSME, porteranno anche ad una maggiore collaborazione tra le autorità sanitarie locali, DHA (*district health authority*) ed i *fundholder* che concretamente si deve realizzare attraverso la discussione di piani di acquisto (*purchasing*) comuni.

4.1. I servizi socio sanitari di base

L'introduzione nello schema dei servizi socio sanitari di base (servizi che nello *yellow paper* non vengono specificati in quanto viene lasciato all'autorità locale il compito di individuare quelli maggiormente significativi per il territorio) ha ovviamente comportato, come detto, l'introduzione di un ulteriore *budget* (fondo d'acquisto) da destinare ai servizi socio sanitari.

Nella definizione di questo *budget* alle Regioni viene chiesto (RHA, *regional health authority*), vista la carenza di dati e di informazioni in merito, di avere come base di partenza il livello dei servizi storicamente presente sul territorio e i relativi costi.

Nella scelta del fornitore delle prestazioni (*provider*) per i servizi socio-sanitari i *general practitioner* (in seguito GP) possono avvalersi solo dei centri di offerta del NHS come ad

esempio le *community health unit* o i *trust* oppure, se il caso, una unità composta sia per acuti che per il territorio (*acute/community unit*).

Nel decidere di offrire servizi socio sanitari i GPF (GP *fundholder*) devono, come per ogni altro servizio, discutere con i *provider* i termini dell'adesione al principio del cosiddetto *value for money* (cosa offrire e quanto deve essere pagato).

Relativamente agli altri servizi il documento EL(92)48 presenta delle sezioni dedicate (ad esempio *section 8* per i servizi di sanità mentale) in cui vengono prodotte delle linee guida, spesso molto dettagliate anche dal punto di vista clinico, la cui presentazione però non rientra nell'economia del presente scritto.

A causa della strutturazione forse eccessivamente complessa dello *yellow paper*, venne pubblicata, sempre nel 1993, una guida addizionale (*supplementary guidance*) in cui vengono esplicitati alcuni concetti tecnici e clinici che hanno caratterizzato la riforma del 1993, tra questi viene ribadito che i *fundholder* sono i responsabili dei servizi (*health visiting, nursing service*, ecc.) che vengono erogati ai propri pazienti e che quindi spetta a loro l'accertamento che chi esegue le prestazioni abbia le caratteristiche adeguate e venga salvaguardata la qualità dei servizi (NSG(92)53) (vedi nota 4).

Le modificazioni dello schema, l'introduzione di nuovi *budget* per nuovi servizi possono essere meglio comprese analizzando alcuni documenti di programmazione e di definizione delle linee guida per gli esercizi successivi alla riforma tra cui:

— *priorities and planning guidance 1993-1994*;

— *guidance on setting budget for 1994-1995*;

— *guidance on setting budget for 1995-1996*;

— *GP fundholding: management and computer allowance*;

— *developing NHS purchasing and GP fundholding*.

5. Le linee guida ed il *business plan* per il 1993-1994

Il 1993-1994 è stato un anno di svolta per lo schema di *fundholding* soprattutto alla luce di quattro variabili che emergono con forza dalle linee guida dell'NHSME e che riguardano in particolare modo:

1) l'innovazione del modello organizzativo sanitario;

2) il miglioramento dei servizi;

3) l'efficienza ed il cosiddetto *value for money*;

3) la struttura organizzativa stessa.

Il modello sottostante lo schema è strutturato in modo tale che a livello centrale vengono definiti solo i macro obiettivi, a cascata poi a livello decentrato vengono di volta in volta selezionati micro-obiettivi sulla base delle esigenze tipiche del territorio.

In particolare le regioni (RHA, *regional health authority*) devono adottare i macro-obiettivi definiti a livello centrale dal *National Health Service* che per il 1993-1994 riguardano in particolare 5 aree ritenute per questo periodo maggiormente significative (figura 1).

All'interno di queste aree (il cui dettaglio può essere analizzato in EL(92)47) le Regioni devono definire con le DHA (*district health authority*) e con FHSA (*family health services authorities*) una serie di obiettivi a livello locale, in funzione delle caratteristiche stesse del territorio.

A tal fine sono stati anche proposti degli incentivi per i GP che organizzassero un sistema di prevenzione focalizzato sugli obiettivi definiti con le DHA.

Le organizzazioni sanitarie a livello locale devono in questo periodo pro-

Figura 1 - Macro obiettivi definiti per il 1993-1994 dal NHS

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Disfunzioni del sistema cardiocircolatorio 2. Neoplasie 3. Aids 4. Demenza 5. Incidenti (domestici, stradali, ecc.) |
|--|

cedere allo sviluppo della collaborazione e dell'integrazione tra cure primarie e secondarie attraverso la definizione di obiettivi comuni.

Per il 1993-1994 le Regioni hanno il mandato di definire con l'organizzazione dei *fundholder* dei piani di spesa in cui vengano specificate le strategie e gli obiettivi da raggiungere, in particolare le Regioni devono equamente incoraggiare e supportare i *fundholder* nel corso dell'esercizio avendo una attenzione particolare all'attribuzione dei *budget* e al trasferimento ai GPF della responsabilità dell'organizzazione dei servizi infermieristici.

Le linee guida per il 1993-1994 definiscono una serie di date entro cui devono essere svolte specifiche attività: ad esempio per il mese di settembre è prevista la presentazione da parte dei GPF delle indicazioni relative alle strategie che si intendono seguire nella definizione di contratti; a novembre essi i GP *fundholder* riceveranno una prima indicazione del *budget* che avranno a disposizione e negozieranno i contratti (fino a marzo). Febbraio viene dedicato alla definizione del *budget* (viene poi lasciato un mese per la discussione dello stesso) ed a maggio viene consuntivato «l'esercizio precedente» (1992-1993).

6. GP *fundholding*: una guida per la definizione del *budget* per il 1994-1995

Per la definizione del *budget* vengono utilizzate due procedure: una per gli *in-patient* ed una gli *out-patient*.

Per gli *in-patient* (vedi nota 3) e per i casi di *day hospital* e *day surgery* viene utilizzata una quota capitaria di riferimento aggiustata secondo fattori locali tenendo sempre in considerazione l'attività storica (per gli *out-patient* non viene utilizzata la quota di riferimento ma solo la spesa storica aggiustata secondo fattori locali di cui si è a conoscenza).

Per il 1994-1995 il riferimento consiste nella spesa media regionale, composta a sua volta da:

- 1) tasso medio di attività regionali pesati sull'età e sul sesso;
- 2) un elenco di fattori caratterizzanti che permettono di correggere la media regionale;

I tassi di attività medi della Regione suddivisi per sesso ed età vengono poi attribuiti ad ogni *fundholder*. Importante notare come i dati più recenti utilizzati per calcolare i tassi medi di attività regionale per il 1994-1995 siano quelli del 1990-1991 (aggiustati a loro volta).

In merito ai fattori locali di cui prima, essi possono essere raggruppati in tre categorie: fattori comuni in tutto il paese ma la cui incidenza varia a livello locale, fattori che possono influenzare i livelli di attività relativamente ad alcune procedure, ma che non possono essere quantificati e fattori strettamente locali anche in termine di steura di linee guida e di priorità a livello regionale.

In base a tutto questo a livello locale si rende necessario un continuo aggiustamento sulla base dell'incremento delle informazioni in possesso.

Le linee guida per il 1994-1995 a cura del NHS *Management Executive*

(EL(93)93) sanciscono comunque che uno strumento importante di confronto e di controllo rimane ancora l'attività così come si è strutturata storicamente.

In generale tutti i fattori locali portano ad un aggiustamento positivo o negativo in relazione alla regolamentazione regionale.

Sulla base di quanto sopra i tassi di attività regionali hanno due punti di riferimento per i *fundholder*:

- i livelli di attività storici;
- i livelli di attività capitari basati sul punto di riferimento (*benchmarking*).

La distanza in termini quantitativi tra questi due riferimenti sarà elemento di discussione in sede di negoziazione.

Una volta definiti i livelli di attività le Regioni devono considerare quali siano le configurazioni di costo più adeguate nella determinazione del *budget*. Facendo questo le Regioni devono costruire dei prezzi che permettano di identificare la media.

In sede di negoziazione del *budget* le Regioni quando propongono la prima ipotesi di *budget* devono presentare ai *fundholder* sia i livelli di attività di riferimento, che i livelli di attività storici, che, in fine, i livelli ed i costi utilizzati nella determinazione del *budget*.

Le Regioni sono responsabili di fronte all'autorità centrale che la determinazione del *budget* sia ragionevole in termini di qualità e quantità dei servizi offerti alla popolazione.

La ricerca di una formula per una quota capitaria pesata per la determinazione del fondo è dovuta alla necessità di allocare le risorse secondo il procedimento più equo indipendentemente se un cittadino sia registrato presso un *fundholder* o meno (di fatto la mole di dati gestita e organizzata per lo schema viene poi riutilizzata anche per gli altri GP).

Il prerequisito per l'utilizzazione di un *budget* pesato per la quota capitaria nello schema di *fundholding* consiste nella comprensione dei fattori associati alla differente domanda di servizi sanitario di un *in-patient* e di un paziente soggetto a cure di un giorno all'interno dello schema, tenendo presente che tra le conclusioni di uno studio commissionato da NHSE si afferma che non è possibile identificare una formula semplice per la definizione del *budget* sulla base dei dati finora in possesso.

Non è neppure corretto dal punto di vista strettamente teorico utilizzare come pesi solo l'età ed il sesso, in quanto esistono delle relazioni anche con lo stato di salute del paziente e le sue variabili socioeconomiche. Purtroppo però non è possibile attribuire un peso a queste componenti; resta comunque da sottolineare come le stesse linee guida del NHSME diano importanza alle regole in vigore a livello locale e alla negoziazione con i singoli professionisti.

All'interno delle linee guida si prende infatti atto che la carenza di dati è considerato il punto di debolezza dell'intero sistema, rendendo a volte sovra altre sottostimato il fondo (figura 2).

7. GP *fundholding*: linee guida per il 1995-1996

Le linee guida prodotte per il 1995-1996 contengono le ridefinizioni delle fasi previste per la definizione del *budget*, in particolare vengono utilizzati due approcci:

— le negoziazioni relative agli *in-patient*, ai casi di *day hospital* e *day surgery*, ai servizi offerti ai *out-patient* avverranno sulla base sia dell'attività storica che della quota capitaria di riferimento;

— le negoziazioni relative all'accesso diretto ai servizi, ai *test* diagnostici, ai servizi socio sanitari, ai servizi relativi alle disfunzioni mentali saran-

no basate principalmente sull'attività storica con aggiustamenti a seconda di particolari esigenze;

L'attività di riferimento deve avere le seguenti caratteristiche:

— per gli *in-patient* e il *day hospital*, i tassi di attività media regionale ponderata sul sesso e sull'età;

— per gli *out-patient* una stima dei tassi di attività nazionale avendo come pesi sempre il sesso e l'età;

— fattori locali che possono essere ritenuti di una qualche rilevanza (figura 3).

8. Linee guida per i gp *fundholder*: anno 1996

Per l'esercizio 1996 tre possono essere considerate le indicazioni mag-

giormente rilevanti esse sono contenute in:

— HSG(96)14 relative alle spese per la gestione del fondo;

— HSG(96)22 che include nello schema di *fundholding* anche la gravidanza (il parto);

— EL(94)79 relative allo sviluppo della funzione di acquisto e dello schema di *fundholding*.

Le HSG (96)14 regolano la possibilità di rimborsi per i GP *fundholder* per le spese dovute alla necessità di un supporto manageriale e per la dotazione di *software* ed *hardware*.

Di norma le spese dovute intrinsecamente alla gestione del fondo sono sempre state rimborsate. Per il 1996 le spese relative al *management* verranno

Figura 2 - Fasi per la determinazione del *budget*

- | |
|---|
| <p>Fase 1: calcolo dell'attività storica per gli <i>out-patient</i>, i servizi socio sanitari ed i <i>test</i> diagnostici.</p> <p>Fase 2: calcolo dei livelli di attività storici degli <i>in-patient</i> e dei <i>day hospital</i>.</p> <p>Fase 3: costruzione della quota capitaria basata sul punto di riferimento per gli <i>in-patient</i> e per i <i>day hospital</i> sulla base dei tassi medi di attività a livello regionale e dell'aggiustamento dovuto a specifici fattori locali e definiti dalle singole Regioni.</p> <p>Fase 4: le Regioni fanno la proposta di <i>budget</i> applicando i costi locali ai livelli di attività offerti, mostrando sia i dati dell'attività storica che la definizione delle quote capitarie basate sul punto di riferimento.</p> |
|---|

Figura 3 - Fasi per la determinazione del *budget* secondo le linee guida per il 1995-1996

- | |
|--|
| <p>Fase 1: calcolo dell'attività storica per i servizi di servizi socio sanitari, diretto accesso ai servizi, <i>test</i> diagnostici, servizi relativi a disfunzioni mentali e difficoltà nell'apprendimento. Applicazione dei costi locali attuali per questi livelli di attività.</p> <p>Fase 2: calcolo dei livelli di attività storici relativi agli <i>in-patient</i> ed ai <i>day hospital</i> e <i>day surgery</i>.</p> <p>Fase 3: costruzione di una quota capitaria di riferimento per gli <i>in-patient</i> ed ai <i>day hospital</i> e <i>day surgery</i> attraverso: applicazione dei tassi di attività medi regionali alla popolazione reale; aggiustamento dovuto a specifici fattori locali.</p> <p>Fase 4: calcolo dei livelli di attività storici per gli <i>out-patient</i>.</p> <p>Fase 5: costruzione di una quota capitaria di riferimento per gli <i>out-patient</i> attraverso un'applicazione delle stime dei tassi di attività medi a livello nazionale a livello locale.</p> <p>Fase 6: FHSA calcola e propone il <i>budget</i> a RHA utilizzando i costi attuali per i livelli di offerta, mostrando contemporaneamente sia i dati storici che la quota capitaria di riferimento.</p> <p>Fase 7: RHA propone il <i>budget</i> ai <i>fundholder</i>.</p> |
|--|

no pagate in anticipo su base quadrimestrale.

È data la possibilità ai GP *fundholder* di dirottare parte dei fondi destinati alla gestione verso altri fondi destinati ai servizi per i pazienti, è anche previsto che parte dei ricavi (*under-spent*) derivanti dai servizi per pazienti vengano utilizzati, con contabilità separata, per la cosiddetta *management allowance*, cioè le spese sostenute per la gestione del fondo, come si vedrà in seguito i *fundholder* si avvalgono del supporto di un *manager* (HSG(96)14 punto 4).

La determinazione della *management allowance* avviene secondo modalità differenti a seconda che il GP si trovi nell'anno preparatorio (per disamina dell'anno preparatorio si veda il paragrafo 10) o meno. In questo secondo caso l'ammontare è dato da:

- numero di pazienti;
- tipologie di prestazioni sanitarie erogate.

In merito alla dotazione informatica i *fundholder*, come visto, hanno sempre ricevuto un rimborso per le spese derivanti dall'applicazione delle direttive emanate da SFA (*Statement of Fees and Allowance*). In generale la SFA ha sempre previsto rimborsi pari al 75% del costo dell'*hardware* ed al 100% per quanto riguarda il *software*.

Dal 1° aprile 1996 il rimborso per l'acquisto di dotazioni informatiche richieste alla SFA verranno trasferite per competenza alla PFMA (*Practice Fund Management Allowance*), in modo tale che il rimborso avvenga se la *Health Authority* concordi nell'acquisto o nel *leasing*.

Ogni nuovo GP *fundholder* che entra nello schema deve concordare con la propria *Health Authority* la dotazione informatica e la relativa spesa. È comunque compito della HA (*health authority*) sia di identificare per ciascun GP *fundholder* la necessaria dotazione informatica per l'anno di pre-

parazione e di offrire supporto affinché i GPF si dotino di sistemi accreditati in quanto questa è la *conditio sine qua non* per accedere al rimborso.

Nel caso in cui il GPF sia in grado di avere un avanzo dal fondo destinato alla dotazione informatica (pur rispettando gli *standard* prefissati), l'ammontare verrà aggiunto ad altri centri di spesa

9. La riforma del 1996

Nel marzo 1994 il Segretario di Stato ha annunciato che il Ministro stava analizzando la possibilità di una ulteriore espansione dello schema, espansione poi operativamente attuata a partire dall'aprile del 1996 (avendo come anno preparatorio per i GP interessati il 1995).

Le innovazioni apportate consistono in particolar modo nella creazione di tre circuiti, tre schemi differenti di *fundholding*:

- *Community fundholder*;
- *Standard fundholding*;
- *Total purchasing*.

Il *Community fundholding* riguarda GP con almeno 3.00 pazienti e per coloro che non sono ancora pronti per prendere parte allo *Standard fundholding*. Lo schema prevede come prestazioni acquistabili i farmaci, i test diagnostici, la maggior parte dei servizi sociosanitari escludendo quelli relativi alle malattie mentali, alle difficoltà nell'apprendimento e ai trattamenti ospedalieri per acuti.

Lo *Standard fundholding* comprende tutti i servizi visti finora e vi include anche i servizi infermieristici specialistici (esempio diabete), i servizi chirurgici (tranne quelli eccessivamente onerosi come i trapianti cardiaci), gli *out-patient*.

Il numero di pazienti coinvolti deve essere compreso tra 5.000 e 7.000.

Coloro che seguono lo schema *standard* di *fundholding* sono anche re-

sponsabilizzati relativamente a dei progetti pilota con la finalità di raccogliere informazioni per espansioni future dello schema. Alcuni di questi progetti sono:

— i servizi per le puerpere, sperimentati in sei differenti località e tali per cui il GPF che seguiva lo schema *standard* si trova a ricoprire il ruolo di *total purchaser* (vedi sotto);

— le cure contro l'osteoporosi, le cure chiropratiche e i servizi di trasporto dei pazienti;

— le malattie mentali e la lungodegenza.

Il *Total Purchasing* è uno schema di *fundholding* in cui i GPF di una determinata località possono acquistare tutti i servizi ospedalieri ed i servizi sociali per i loro pazienti. Ad oggi sono in corso 4 progetti pilota (*Bromsgrove, Berkshire, Runcorn, Worth Valley*) e 25 sono in procinto di iniziare.

Al termine di queste sperimentazioni verranno elaborate le conclusioni più appropriate ed identificati i modelli organizzativi conseguenti.

Tutti e tre i modelli si inseriscono in una politica di innovazione del NHS iniziata nel 1993 che ha portato alla sostituzione delle DHA e del FHSA da un'unica nuova *Health Authority* a livello locale che risponde direttamente al Segretario di Stato attraverso gli uffici Regionali dell'NHSE. Queste nuove *Health Authority* sono responsabili dell'implementazione delle linee di indirizzo della sanità a livello nazionale. L'aumentata responsabilizzazione dei GPF comporta che le nuove *Health Authority* sviluppino strategie integrate per tutti quei servizi a cavallo tra le cure primarie e quelle secondarie. Tre sono i compiti delle nuove *Health Authority*:

- strategico;
- monitoraggio;
- supporto.

Le HA (*health authority*) devono sviluppare le strategie con i GP, le co-

munità locali e le agenzie al fine di conciliare le esigenze nazionali e quelle che emergono da fattori locali. Un ulteriore compito delle HA consiste nel coinvolgere la popolazione nello sviluppo di strategie a livello locale, nell'accrescere la compartecipazione e la comprensione delle innovazioni che sono state apportate ai servizi sanitari.

Le HA sono responsabili dell'effettiva implementazione delle politiche a livello locale e nazionale. Esse devono monitorare che i GP *fundholder* esercitino il proprio ruolo nell'interesse dei pazienti e della comunità locale.

Le HA devono supportare il lavoro dei GPF mediante investimenti e in piani di formazione.

Fino alla definitiva pubblicazione della legge che prevede l'accorpamento tra le DHS e FHSA queste due strutture devono lavorare a stretto contatto sia per preparare il cambiamento stesso ed essere proattivi che per supportare maggiormente i GP *fundholder* e per rendere di pubblico dominio i cambiamenti ed i benefici che si prospettano per gli utenti servizi sanitari.

10. L'anno di preparazione: la decisione di divenire un *fundholder*

Alla luce di quanto è stato presentato nei precedenti paragrafi si denota come i GP abbiano di fatto l'esigenza di un periodo di «apprendistato» in cui valutare il reale impatto dello schema su loro stessi per poi valutare l'adesione completa al *fundholding*.

Al fine di poter entrare nello schema 7 sono le variabili strategicamente significative che vengono analizzate per ogni GP (dalle DHA):

- 1) il numero degli iscritti;
- 2) gruppo di lavoro;
- 3) organizzazione dello *staff*;
- 4) abilità nel definire un piano per le cure sanitarie e la capacità di innovare;

5) capacità di governo della spesa indotta;

6) il grado di informatizzazione;

7) modalità di raccolta dati.

1-2) Il numero degli iscritti e gruppo di lavoro

Per poter far richiesta di adesione allo schema il GP deve, da solo o con altri professionisti avere un numero di iscritti pari almeno a 7.000. Come abbiamo visto in origine il numero previsto era di 11.000 (*working for patient*, 1989), ridotti a 9.000 nell'esercizio 1990-1991 fino ad arrivare nel 1993-1994 al numero attuale di 7.000 pazienti per poter accedere allo schema di *standard fundholding*.

I singoli GP possono aderire se lo desiderano anche singolarmente a condizione che abbiamo un numero sufficiente di pazienti; in caso contrario possono formare agenzie o gruppi allargati di *fundholder* chiamati *multi-fund*.

Ogni gruppo, come visto, con almeno 7.000 pazienti (*community*

fundholder) è un'unica identità con un proprio *fund* da gestire.

In merito al tempo dedicato alla creazione di un gruppo di professionisti i rapporti di collaborazione devono essere il più longevi possibile almeno nel periodo di transizione, questo anche per avere un elenco di pazienti consolidato sul quale poter effettuare le opportune analisi senza eccessive modificazioni.

3) Organizzazione dello staff

Lo schema, come abbiamo visto, comporta l'introduzione di innumerevoli novità di carattere prettamente gestionali. L'anno di preparazione prevede anche l'analisi dei carichi di lavoro per poter determinare le effettive necessità in termini di risorse umane, di solito si evidenzia come il personale che ogni professionista necessita è superiore a quello che già possiede, l'esperienza empirica ha però mostrato come la presenza di un buon *fund manager* comporti un rilevante sgravio di lavoro per i GP (figura 4).

Figura 4 - Principali compiti del *fund manager*

Stabilire e mantenere un circolo virtuoso nel <i>team</i> , affidando a ciascuno specifiche responsabilità.
Assicurarsi di tutti gli aspetti della gestione <i>day by day</i> del <i>fundholding</i> .
Sviluppare lo <i>staff</i> .
Sviluppare buone relazioni con RHA e FHSA prima e con le HA ora.
Sviluppare buone relazioni con altri gruppi.
Lavorare a stretto contatto con il <i>practice manager</i> .
Sviluppare delle linee guida e delle consuetudini interne che permettano una gestione efficiente del <i>fund</i> .
Produrre <i>report</i> periodici per i <i>partner</i> .
Lavorare a stretto contatto con il capofila in tema di <i>budget</i> e di contratti.
Assicurarsi dell'efficienza e dell'efficacia del sistema informatico.
Informare le autorità locali e regionali sull'andamento dell'esercizio.
Lavorare a stretto contatto con i <i>partner</i> per individuare processi innovativi e di implementazione.
Controllare l'attività in merito ai contratti con i <i>trust</i> .
Controllare le liste d'attesa.
Vigilare sull'attività di ciascun <i>partner</i> .

4) *Abilità nel pianificare le cure sanitarie e la capacità di innovare*

La necessità di gestire e di rispettare il *budget* assegnato comporta lo sviluppo di abilità manageriali anche in campo sanitario.

È in questo senso che viene valutata l'abilità di un *fundholder* alla luce cioè di come organizza i propri servizi, magari anche trasferendo alcune prestazioni da sempre considerate cure secondarie, facendole divenire primarie. Riuscendo anche a risparmiare somme finanziarie da poter investire in servizi finora non offerti ed implementandone altri.

Come tutti i sistemi organizzati anche il *fundholding* necessita di un controllo continuo dei *budget* assegnato, la soluzione scelta consiste in un sistema di *feedback* quadrimestrale per tutte le tipologie di prestazioni offerte. Relativamente alla farmaceutica invece i *report* sono mensili e permettono ai *fundholder* di adeguare i loro meccanismi prescrittivi.

5) *Capacità di governo della spesa indotta*

Nel momento che un GP decide di aderire allo schema sceglie di assumersi la responsabilità che parte delle cure sanitarie dei suoi pazienti sono vincolate da un *budget*.

Accettando il *budget* il GPF viene anche responsabilizzato sulla propria spesa indotta; scopo dell'assegnazione del fondo è di massimizzare l'efficacia delle prescrizioni avendo sempre in mente il vincolo finanziario del *budget* di spesa.

6) *Informatizzazione*

In merito a questa variabile abbiamo già visto come esistano dei chiari dettami di legge sulle caratteristiche del sistema informativo a rimarcare ulteriormente, qualora ve ne fosse bi-

sogno, la necessità assoluta di organizzare la mole di dati sia clinici che inerenti alla spesa indotta.

Uno dei compiti del *fund manager* consiste nell'assicurarsi che i sistemi informatici e le procedure siano in grado di sopportare la mole dei dati che la gestione comporta e, organizzandola, fornire le indicazioni richieste.

Le informazioni raccolte attraverso i supporti informatici hanno principalmente due finalità: quella di essere utilizzabili sia a scopi clinico diagnostici che per poter avere dei *feedback* informativi sull'andamento dell'esercizio, sul rispetto del *budget*, in corso d'opera.

Importante sottolineare che di fatto esiste una terza funzione della raccolta dei dati: essa emerge dalla riflessione che fintanto che la quota capitaria non diventi la norma per la determinazione dei *budget*, questi ultimi saranno ancora basati sui dati di attività storicamente realizzati.

Le RHA prima e ora le *Health Authority* potrebbero utilizzare i dati forniti dai provider e formulare su questi la proposta *budget*.

Analisi empiriche che hanno evidenziato alcune inefficienze nel sistema informativo ospedaliero e convenienze economiche (alcuni provider possono vedere la definizione dei *budget* come una potenziale perdita di reddito, i *fundholder* infatti ha mandato di non destinare tutti i fondi ai provider tradizionali ma di ricercare se vi siano delle soluzioni innovative che massimizzino l'efficacia dati i vincoli) ha evidenziato come i dati forniti dai provider fossero imprecisi.

In questo modo i dati raccolti dagli stessi *fundholder* possono essere utilizzati in sede di definizione del *budget*, riuscendo eventualmente a giustificare una richiesta di un *budget* superiore.

7) *Modalità di raccolta dei dati*

Due sono le classi di dati che devono essere raccolte dai GP *fundholder* ognuna secondo modalità differenti in funzione delle proprie peculiarità: la prima riguarda la prescrizione farmaceutica, sicuramente quella più facilmente reperibile; essa viene infatti gestita attraverso il sistema PACT, come prescritto, e poi inviata mensilmente al PPA (*Prescribing Pricing Authority*).

La seconda è invece l'attività ospedaliera che deve essere suddivisa tra *inpatient*, *day hospital* e *day surgery*, quantità di *out-patient*, *follow up* della quantità degli *out-patient*, i test radiologici, i servizi con accesso diretto, i servizi per le disfunzioni mentali e i servizi socio sanitari.

Fondamentale è poi la caratteristica che ogni prestazione abbia i propri dati inseriti ed organizzati secondo le modalità definite per la determinazione *budget*, essa deve avere poi un proprio database in cui sia presente il codice dei *provider*, il tabulato della classificazione delle procedure e delle operazioni chirurgiche, i codici delle specialità, la procedura *banding* (metodo utilizzato per raggruppare procedure che abbiano simile sia la complessità che il costo).

Importante notare come i codici varino di anno in anno obbligando di fatto i GPF a riclassificare le prestazioni.

In merito all'attività relativa agli *inpatient* il GPF deve recepire le informazioni in modo tale da:

— definire se la prestazione sia dovuta ad emergenza o sia «elettiva»;

— definire se la prestazione rientri nello schema (escludendo la formula di *total purchasing*, le prestazioni esterne allo schema sono circa l'80%;

— registrare e analizzare il dato secondo: *provider*, specialità, codice OPCS, prezzo;

— registrare l'origine del professionista di riferimento (GP o terzi).

Importante è analizzare separatamente gli *in-patient* dai *day hospital* o *day surgery*, essi hanno prezzi differenti, ed oggettivamente non è sempre facile distinguere gli uni dagli altri, a tal fine un suggerimento che viene dato ai *fundholder* è quello di adeguarsi alla metodologia utilizzata dalla struttura che ha erogato la prestazione.

Relativamente agli *out-patient* bisogna segnalare come non è la specifica patologia ad essere nello schema o meno, è la struttura che deve essere inserita nel processo di *fundholding*, per esempio l'infertilità è una patologia non inserita nello schema, ma se il paziente è visto in una clinica il cui codice è previsto nello schema di *fundholding*, il GP deve inserire anche questi dati.

In merito ai rapporti di radiologia il GPF deve sempre interfacciarsi con il *provider* che ha fornito la prestazione al fine di utilizzare una metodologia di classificazione e di utilizzo di configurazioni di costo uguali (per una stessa possono essere previsti contrattualmente prezzi differenti)

Per quanto riguarda i *test* diagnostici e i programmi di *screening* si necessita anche in questo caso di un interfaccia con il mondo ospedaliero per concordare un metodo comune per la classificazione dei dati.

Il sistema di gestione dei dati così presentato, se da una parte richiede un cambiamento della cultura organizzativa da parte dei GP che desiderano entrare nello schema, dall'altro permette di monitorare sia l'attività clinica del GP sia è fonte di informazioni relativamente alla qualità delle prestazioni fornite dai *provider* (figura 5).

11. Conclusioni: importare lo schema in Italia?

In Italia si è diffuso un ampio dibattito in merito alla possibilità di importare e sviluppare uno schema simile al

fundholding e permettere quindi che i MMG comprino le prestazioni sanitarie per i propri pazienti.

Lo schema anglosassone da quanto è stato fin qui presentato ha delle ben definite specificità in quanto richiede:

- mercati interni;
- forti vincoli alla libera scelta del cittadino;
- MMG unico prescrittore;
- consolidata pratica di gruppo.

I mercati interni sono una delle caratteristiche peculiari del SSN inglese, le DHA comprano prestazioni, sono

solo acquirenti, mentre i *trust* ospedalieri sono i produttori del sistema. In Gran Bretagna esiste quindi la netta separazione tra chi compra e chi produce.

In Italia, invece, le aziende USL erogano prestazioni, hanno dei presidi ospedalieri al proprio interno, hanno quindi delle convenienze strategiche differenti (si veda Del Vecchio, Longo, 1993).

Nel Regno Unito, inoltre, i cittadini non hanno la possibilità di muoversi liberamente all'interno del SSN, una

Figura 5 - Presentazione del piano di lavoro previsto per i GP *fundholder* per l'anno 1996-1997

Entro il:

15 settembre 1996:

i GPF e la HA pubblicano i piani iniziali di acquisto e le intenzioni contrattuali.

30 settembre 1996:

i *trust* informano i *fundholder* e le HA delle principali modificazioni nelle strutture di prezzo; le HA danno ai *fundholder* le indicazioni sul *budget*; pubblicazione da parte di NHSE delle linee guida per il 1997-1998.

31 ottobre 1996:

NHSE pubblica la guida per la determinazione del *budget* dei *fundholder*; gli uffici regionali analizzano le scelte strategiche dei *trust*.

30 novembre 1996:

i *trust* pubblicano le politiche di sconto ed i *business plan*; HA sottopongono la scelta dei contratti agli uffici regionali.

23 dicembre 1996:

gli uffici regionali decidono gli investimenti in conto capitale per il 1997-1998.

31 dicembre 1996:

NHSE analizza le intenzioni contrattuali, annuncia i *capital planning* iniziali.

20 gennaio 1997:

HA decidono l'offerta finale di *budget* per i *fundholder*, le intenzioni conclusive relative ai contratti e le fa analizzare dagli uffici regionali.

31 gennaio 1997:

i *trust* producono ai *fundholder* ed alle HA i prezzi finali; gli uffici regionali analizzano i *business plan* dei *trust*.

15 marzo 1997:

deadline per l'adesione ai contratti del NHS; *deadline* per la stipulazione dei contratti del NHS; gli uffici regionali siglano le intese con le HA; i *trust* pubblicano la strategie; le HA definiscono il piano di acquisto pubblici.

1° aprile 1997:

inizia l'esercizio 1997-1998.

15 maggio 1997:

i *fundholder* fanno i loro consuntivi e li inviano alle HA.

volta che scelgono il proprio GP devono necessariamente seguire le sue indicazioni e domandare le prestazioni nei punti di erogazione definiti dal professionista medico.

In Italia la legge n. 502/92 sancisce come il cittadino abbia la piena libertà di scelta tra le strutture d'offerta di servizi sanitari (si è infatti abolito il timbro dell'USL che autorizzava la scelta); nel nostro Paese inoltre non c'è un unico prescrittore, esiste infatti la facoltà da parte di alcuni professionisti medici ospedalieri di prescrivere «ricette», in questo modo il MMG non ha il pieno «controllo» delle prescrizioni per i propri pazienti.

Da ultimo nel nostro Paese non si è mai radicata la cultura della pratica di gruppo se non in alcune realtà specifiche come l'Emilia-Romagna, non si sono quindi sviluppate quelle capacità gestionali e manageriali che la pratica di gruppo contribuisce a creare (gestione degli spazi, personale di supporto, discussione comune di pazienti particolarmente critici).

Si può quindi concludere affermando che, stante la diversità delle condizioni ambientali tra il Regno Unito e l'Italia, non è per ora ipotizzabile un'importazione dello schema.

(1) Questo scritto si incentra in particolar modo sull'evoluzione dello schema di *fundholding* mentre per una analisi dettagliata dei mercati interni e sulla separazione tra provider (i *trust*, le strutture ospedaliere) ed i *purchaser* (le *District Health Authority* ed i *GP fundholder*) si veda Appley *et al.*, 1994 (sta in Robinson R.).

(2) Si veda Bain J., 1994.

(3) Per *in-patient* si intende un paziente che ha avuto un accesso presso la struttura ospedaliera indipendentemente se poi vi passi una notte; per *out-patient* si intende un paziente in lista di attesa che ha avuto solo un consulto con il GP; per emergenza si deve intendere l'evento per cui in paziente improvvisamente viene ricoverato senza alcuna possibilità di preavviso; per GP si intende un medico che fornisce servizi sanitari sulla base di quanto stabilito nella parte 11 dell'NHS Act del 1977 (Regulation 17, 2 March 1993).

(4) EL è l'acronimo di *Executive Letter*, mentre NSG è l'acronimo per *National Service*

Guidance, essi rappresentano la documentazione ufficiale dell'NHS attraverso la quale vengono prodotte le linee guida e le indicazioni operative.

BIBLIOGRAFIA

- APPLEY, *Monitoring management competition*, London, King's Fund Institute, 1994.
- BAIN J, *Funholding: a two tier system?*, BMJ, 309, 1994.
- COULTER A., *Evaluating general practice fundholding in the U.K.*, European Journal of Public Health, 5: 233-239, 1995.
- DEL VECCHIO M, LONGO F, *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L. n. 502/92*, **Mecosan**, 17: 49-62, 1993.
- DIXON J., GLENNBSTER H., *What done know above fundholding in general practice?*, BMJ, 311: 727-30, 1995.
- FATTORE G., LONGO F., *Il fundholding nel Regno Unito: appunti da un viaggio di studio*, **Mecosan**, 18: 110-122, 1996.
- ROBINSON R. ET AL., *Evaluating the NHS reform*, King's Fund Institute, London, 1994.
- TRINCHERO E., *Revisione al ciclo di contrattazione 1993-1994 tra purchaser e provider e guida al ciclo 1994-1995*, **Mecosan**, 17: 38-48, 1996.

Biblioteca

Sezione 6^a

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

AA. VV.

**Il medico
e il management**Forum Service Editore
Genova, 1996
pagg. 580, L. 80.000

Il manuale, che vuole essere un'autorevole e completa pubblicazione sul management medico, nasce dalla collaborazione di Mario Zanetti, docente di Programmazione e organizzazione dei servizi sanitari nella facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Bologna, con i suoi assistenti ed altri esperti di management dei servizi sanitari, allo scopo di integrare le conoscenze cliniche dei medici con quelle che il nuovo ruolo manageriale impone loro. Un ruolo in cui, oltre all'impegno nelle attività cliniche, il medico deve assumere anche quello di una cooperazione attiva e consapevole nei meccanismi di organizzazione dei servizi sanitari, nei quali tali attività prendono corpo.

INDICE: PRAFAZIONE - PARTE I. IL SERVIZIO SANITARIO COME IMPRESA, IL MEDICO E IL MANAGEMENT - PARTE II. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI - PARTE III. LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO DIRIGENTE - PARTE IV. GLI STRUMENTI DEL MEDICO DIRIGENTE - PARTE V. PROBLEMATICHE SPECIFICHE DELLE NUOVE AZIENDE SANITARIE - PARTE VI. L'AZIENDA SANITARIA: UN MODELLO DI RIFERIMENTO - CONCLUSIONI - APPENDICI.

Nel libro si analizzano le culture organizzative dei servizi socio-sanitari e si studiano le possibilità e modalità di apprendimento e cambiamento organizzativo in un campo che costituisce un terreno di esperienza ed osservazione significativo delle condizioni e delle trasformazioni operanti in ambito di politiche sociali. Vengono applicate, al campo dei servizi sociali, le nuove teorie dell'organizzazione, spostando il fulcro dalle cose, dalle funzioni e dai dispositivi strumentali ai processi organizzativi. Partendo da una ricerca su due servizi pubblici territoriali per le tossicodipendenze vengono approfonditi due aspetti in particolare: i rapporti tra gli attori all'interno dell'organizzazione e quelli tra l'organizzazione e l'ambiente, fornendo strumenti concettuali sia per lo studio che per l'elaborazione progettuale.

INDICE: PRAFAZIONE - 1. UN KIT PER STUDIARE L'ORGANIZZAZIONE - 2. LE DUE ÉQUIPE - 3. PROBLEMI DI CONFINI - 4. DILEMMI - 5. L'IDENTITÀ DIFFICILE - 6. DISSONANZE - 7. LE RISORSE - 8. APPRENDIMENTO.

LAVINIA BIFULCO

**L'apprendimento
organizzativo
nei servizi socio-sanitari**Franco Angeli
Milano, 1996
pagg. 134, L. 22.000

MARISA CANTARELLI

**Il modello delle prestazioni
infermieristiche**Masson S.p.A.
Milano, 1996
pagg. 252, L. 43.000

Lo scopo principale di una formazione di primo livello in Università, quale quella del diploma universitario, è la differenziazione delle conoscenze scientifiche e della loro applicabilità nella professione. Il libro presenta i diversi aspetti del modello delle prestazioni infermieristiche, dalla teoria all'applicazione, e illustra il percorso di professionalizzazione che lo studente deve seguire per diventare un professionista. Partendo da un'indagine su quali siano gli attributi distintivi di una professione e se di questi sia in possesso l'attività infermieristica, il testo giunge alla definizione di una teoria sistematica: il modello delle prestazioni infermieristiche e della metodologia e degli strumenti che ne consentono l'applicazione.

INDICE: PRAFAZIONE - CAP. 1. LA PROFESSIONALIZZAZIONE DELL'INFERMIERE - CAP. 2. LA PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA - CAP. 3. LA TEORIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA - CAP. 4. METODOLOGIA PER L'APPLICAZIONE DEL MODELLO DELLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE - CAP. 5. L'APPLICAZIONE DEL MODELLO DELLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE.

LYNDA JUALL
CARPENITO

**Diagnosi
infermieristiche**

Edizioni SORBONA
Milano, 1996
pagg. 1180, L. 126.000

Il testo, che compare in Italia contemporaneamente alla sua sesta edizione negli Stati Uniti, privilegia, come si evince dal titolo, la trattazione dei problemi diagnostici nella professione infermieristica, soprattutto nelle sezioni II e III. In questa sede sembra appropriato soffermarsi piuttosto sugli aspetti più teorici, trattati nella prima sezione, relativi ai problemi collaborativi con gli altri operatori sanitari e sociali e alla pianificazione dell'assistenza. È importante osservare che il «modello bifocale» che l'autrice delinea e approfondisce, è stato introdotto di recente anche nella legislazione italiana, che prevede una sfera autonoma ed una collaborativo-dipendente. Va comunque evidenziata l'impostazione interamente infermieristica con cui vengono trattate le tematiche relative.

INDICE: SEZIONE I. LA DIAGNOSI INFERMIERISTICA NEL PROCESSO DI ASSISTENZA: 1. LO SVILUPPO DELLA DIAGNOSI INFERMIERISTICA. 2. LA DIAGNOSI INFERMIERISTICA: TIPI E COMPONENTI. 3. IL MODELLO BIFOCALILE DELL'ATTIVITÀ CLINICA. 4. LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE: TEMI E DIBATTITO. 5. COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI INFERMIERISTICA: ACCERTAMENTO E DIAGNOSI. 6. DIAGNOSI INFERMIERISTICA E PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA - SEZIONE II. MANUALE DELLE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE - SEZIONE III. MANUALE DEI PROBLEMI COLLABORATIVI - APPENDICI.

Il testo descrive e mette a confronto le scelte legislative ed organizzative dei maggiori paesi europei, in tema di assistenza sanitaria e prevenzione e di sicurezza aziendale, e i profili di responsabilità che ne conseguono. Lo spunto è fornito dalle rilevanti modifiche in ambito sociale e dalle nuove normative, con particolare riferimento al decreto legislativo n. 626 del 1994 per le peculiarità che lo contraddistinguono, gli obblighi operativi che impone e i cambiamenti che rende necessari. Si analizza il passaggio dalla fase della prescrittività a quella della partecipazione, in cui trovano rilievo anche i temi delle implicazioni etiche e del punto di vista morale connessi alle scelte politiche.

INDICE: PROLOGO - CAP. 1. SISTEMI SANITARI IN ITALIA E NELLA CEE - CAP. 2. LA SALUTE SUL POSTO DI LAVORO IN ITALIA E NELLA CEE - CAP. 3. L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO - CAP. 4. L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA E DEI SERVIZI NELLE IMPRESE - CAP. 5. I NUOVI SCENARI DETTATI DALLA RECENTE LEGISLAZIONE - EPILOGO.

GIUSEPPE CASELLE

**Salute, società, impresa
Ambito europeo,
nuove normative,
il D.L.vo. n. 626/94**

ETASLIBRI
Milano, 1996
pagg. 151, L. 23.000

MARCO GEDDES
GIOVANNI BERLINGUER
(a cura di)

**La salute in Italia.
Rapporto 1997**

Ediesse
Roma, 1997
pagg. 276, L. 40.000

Il rapporto sulla salute in Italia riprende, dopo una breve interruzione, la sua pubblicazione annuale, con alcune novità rispetto alle precedenti edizioni. Innanzitutto sono stati ampliati gli aspetti critici e propositivi rispetto a quelli meramente descrittivi. Anche la struttura è in parte modificata: la prima parte è dedicata ai problemi politici e istituzionali, affrontati in modo monografico; la seconda parte a problemi emergenti di natura recente, quali provvedimenti legislativi, risultati di ricerche, questioni di rilevanza sociale o epidemiologica, ecc.; segue una rassegna dei principali provvedimenti legislativi in ambito sanitario e si conclude con un'appendice statistica, dal carattere descrittivo, che raccoglie le principali informazioni in una rassegna organica ed aggiornata.

INDICE: PRESENTAZIONE - PARTE PRIMA - LE QUESTIONI POLITICHE E ISTITUZIONALI: LA SANITÀ NEI PROGRAMMI ELETTORALI DEL POLO E DELL'ULIVO (M. MAFAI) - FEDERALISMO E SANITÀ (L. BRIZIARELLI) - LA TRASFORMAZIONE DELLA SANITÀ IN AZIENDE (E. VERONESI, F. MONTESANTI) - IL COMUNE NELLA SANITÀ (B. BENIGNI) - LE CARTE DEI DIRITTI DEL MALATO (C. HANAU) - PARTE SECONDA - I PROBLEMI EMERGENTI: LA NORMA DEONTOLOGICA (M. BARNI) - LE CURE MIRACOLOSE (G. GAUDENZI) - OSPEDALI PSICHIATRICI E SALUTE MENTALE (G. GERMANO) - IMMIGRAZIONE E SALUTE (M. MARCECA, S. GERACI) - PREDISPOSIZIONE EREDITARIA E TEST GENETICI (N. CROTTI, S. FRANCESCHI, L. VARESCO) - LA NORMATIVA IN MATERIA SANITARIA NEL 1995-1996 (C. BOTTAI, A CURA DI) - APPENDICE STATISTICA.

JOHN ØVRETVEIT

**La qualità
nel servizio sanitario.
Un'introduzione ai metodi
della qualità
nei servizi sanitari**

Edizione Italiana a cura
di Sandro Spinsanti

EdiSES, Napoli 1996
pagg. 213, L. 35.000

Il successo riscosso dall'edizione originale inglese di questo manuale, apparsa nel 1992, ha suggerito alla sezione pugliese della società di VRQ di proporre una traduzione, cercando di rendere il testo comprensibile senza allontanarsi dall'originale, tenendo conto di una terminologia tecnica non sempre agevole da tradurre. Si tratta di un'ampia trattazione delle metodiche della qualità in ambito sanitario, valido strumento frutto della ricerca e dell'esperienza personale dell'autore, divenuta attuale anche nel nostro paese a seguito della revisione del servizio sanitario nazionale imposta dalle leggi e dalle normative recenti. Si rivolge ai professionisti, ai manager, al personale che opera nel settore, a tutti coloro siano interessati a gestire in maniera efficace il periodo di transizione e di trasformazione che il mondo dei servizi sanitari sta attraversando.

INDICE: 1. INTRODUZIONE - 2. STRATEGIA E MARKETING - 3. QUALITÀ VALUTATA DAL CLIENTE - 4. LA QUALITÀ PROFESSIONALE - 5. QUALITÀ DELLA GESTIONE - 6. GESTIONE E CONTROLLO DELLA QUALITÀ - 7. VERIFICA E REVISIONE DELLA QUALITÀ E ACCREDITAMENTO - 8. INTRODURRE E SOSTENERE UN PROGRAMMA - 9. MIGLIORARE LA QUALITÀ NEL SERVIZIO SANITARIO.

Il volume si propone quale utile strumento di lavoro per il personale infermieristico anche se i contenuti sono di ordine più generale. Si apre con un richiamo agli elementi di centralità della qualità dei servizi pubblici di tutela della salute e sullo strumento logico per la verifica e la valutazione della qualità, la «customer satisfaction», analizzandone significatività, applicabilità ed efficacia. Si affronta, nella seconda parte, l'altra dimensione della qualità del personale, enumerando i diversi approcci al problema, da quello istituzionale a quello funzionale, giungendo all'analisi del ruolo dei quadri infermieristici che sono lo snodo tra le politiche dei servizi e quelle correlate del personale all'operatività. L'alta direzione delle nuove aziende sanitarie che può svolgere profonda azione di cambiamento solo nel superamento degli ostacoli al cambiamento stesso, è il tema della terza parte. Concludono due differenti esperienze di applicazione delle nuove logiche organizzative.

INDICE: PARTE I. L'ORIENTAMENTO AL SERVIZIO NELLE AZIENDE CHE EROGANO SERVIZI DI SALUTE: LA «CUSTOMER SATISFACTION» - PARTE II. DALLA QUALITÀ DEL SERVIZIO ALLA GESTIONE DEL PERSONALE - PARTE III. I PROCESSI DI CAMBIAMENTO NELLA GESTIONE DEI SISTEMI ORGANIZZATIVI DELLE AZIENDE SANITARIE - PARTE IV. LA SPERIMENTAZIONE DELLA METODOLOGIA.

ELISA PINTUS
M. ALESSANDRA MASSEI
CRISTINA FILANNINO

**I fattori strategici
delle aziende sanitarie**

Lauri Edizioni
Milano, 1996
pagg. 221, L. 35.000

SPOGLIO RIVISTE

Bisogno e domanda di servizi sanitari

COOPER P.F., NICHOLS L.M., TAYLOR A.K.
Patient choice of physicians: do health insurance and physicians characteristics matter?
Inquiry, 33 (3): 237-246, 1996

Meccanismi di mercato

ZINNER D.E., PALTIEL A.D.
First, do not harm: developing health insurance market reform packages
Health Affairs, 15 (3): 35-53, 1996

MORRISEY M.A., ALEXANDER J., BURNS L.R., JOHNSON V.
Managed care and physician/hospital integration
Health Affairs, 15 (3): 54-71, 1996

CONRAD D. ET AL.
Managing care incentives and information: an exploratory look inside the «Black Box» of hospital efficiency
Health Services Research, 31 (3): 235-260, 1996

UNLAND J.J.
The emergence of providers as health insurers
Journal of Health Care Finance, 23 (1): 57-88, 1996

MANNING W.G., MARQUIS M.S.
Health insurance: the trade-off between risk pooling and moral hazard
Journal of Health Economics, 15 (5): 609-640, 1996

Sistemi di finanziamento

ZANONI M., PADRONE D.
Finanziamento, tariffe e valutazione dei servizi psichiatrici
Organizzazione Sanitaria, 4-5: 31-51, 1996

LUCAS D.
Managed competition with prefunding: the solution for long-term care
The Milbank Quarterly, 74 (4): 511-544, 1996

Valutazione economica delle attività sanitarie

ZINNER D.E., PALTIEL A.D.
The FDA and regulation of cost effectiveness claims
Health Affairs, 15 (3): 35-53, 1996

RIED W.
Willingness to pay and cost of illness for changes in health capital depreciation
Health Economics 5 (5): 447-468, 1996

BALTUSSEN R., AMENT A., LEIDL R.
Making cost assessments based on RCTs more useful to decision-makers
Health Policy, 37 (3): 163-184, 1996

BROMBERG J., SODERLUND N., MILLS A.
Economic analysis at the global level: a resource requirement model for HIV prevention in developing countries
Health Policy, 37 (3): 45-65, 1996

DOLAN P.
Modelling valuations for health states: the effect of duration
Health Policy and Planning, 38 (3): 189-203, 1996

NORD E.
Health status index models for use in resource allocation decisions
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 12 (1): 31-44, 1996

COHEN J.
Preferences, needs and QALYs
Journal of Medical Ethics, 22 (5): 267-272, 1996

AA.VV.

Standards for economic evaluation of drugs. Issues and answers
Medical Care, Supplement 34 (12), 1996

KOOPMANSCHAP M.A., RUTTEN F.F.H.

A practical guide for calculating indirect costs of disease
Pharmacoeconomics, 10 (5): 460-466, 1996

Analisi dei sistemi sanitari

DONZELLI A.

Modelli organizzativi e risultati dei sistemi sanitari nei confronti internazionali

Prospettive Sociali e sanitarie, 16-17: 1-60, 1996

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

L'assicurazione sociale di malattia

Quaderni di Sanità Pubblica, 97, 1996

FERGUSON B.

Expenditure on physician services in Canada: was Medicare a structural change?

Health Economics 5 (5): 435-446

ROSENTHAL G., NEWBRANDER W.

Public policy and private sector provision of health services

Health Planning and Management, 11 (3): 203-216, 1996

PEABODY J.W., BICKEL S.R., LAWSON J.S.

The Australian health care system

JAMA, 276 (24): 1944-1950, 1996

Programmazione e organizzazione del lavoro

TJOSVOLD D., MACPHERSON R.C.

Joint hospital management by physician and nursing administrators
Health Care Management Review, 21 (3): 43-54, 1996

GANTAM K., GOODSTEIN K.

Insider and business directors on hospital boards and strategic changes

Hospital and Health Services Administration, 41 (4): 423-440, 1996

WAGNER E.H., AUSTIN B.T., KORFF M.V.

Organizing care for patients with chronic illness

The Milbank Quarterly 74 (4): 511-544, 1996

Controllo di gestione e sistemi informativi

CAVALLO F., DIRINDIN N., ARGENTERO P.A., RUSSO R., RIPA F.

Determinazione dei costi dei ricoveri secondo il sistema DRG/ROD: sperimentazione di un approccio metodologico basato sul paziente

Organizzazione Sanitaria, 4-5: 52-67, 1996

DOMENICONI W., CORRADORI T., FALCINI F.

Il budget virtuale: un modello per i distretti e i presidi ospedalieri di AUSL

Organizzazione Sanitaria, 4-5: 86-106, 1996

UPDA S.

Activity-based costing for hospitals

Health Care Management Review, 21 (3): 83-96, 1996

BOCHNER F., BURGESS N.G., MARTIN E.D.

Approaches to rationing drugs in hospitals

Pharmacoeconomics 10 (5): 467-474, 1996

LA REGOLAMENTAZIONE PUBBLICA DEL PREZZO DEI FARMACI

di Claudio Jommi

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

Il controllo pubblico del prezzo dei farmaci e, in generale, le politiche di regolamentazione del settore farmaceutico (definizione di una lista di farmaci rimborsati dallo stato o di una lista di farmaci esclusi dalla rimborsabilità pubblica; regolamentazione dei consumi, attraverso il controllo delle prescrizioni del medico di base e l'introduzione di diverse forme di compartecipazione alla spesa, regolamentazione dell'attività informativa delle aziende produttrici), trovano una loro giustificazione nelle particolarità di tale settore.

In primo luogo, il paziente-consumatore si trova in una posizione di debolezza rispetto all'offerta, in quanto, non avendo informazioni sufficienti per poter fare delle scelte razionali, deve delegare al medico tali scelte. L'esigenza di proteggere il consumatore da soprusi resi possibili dalle sue carenze informative è ancor più sentita alla luce della natura etica del bene farmaco, natura che gli deriva dagli effetti che esso ha sullo stato di salute del paziente; d'altra parte, tale esigenza viene meno o risulta attenuata se si ritiene (è il caso dei farmaci da banco) che il consumatore sia in grado di scegliere razionalmente circa il modo più appropriato di soddisfare i propri bisogni.

Il mercato farmaceutico è inoltre tradizionalmente caratterizzato dal fenomeno della socializzazione della domanda: né il consumatore finale (paziente), né il decisore (medico) sono finanziariamente responsabili delle proprie scelte (o lo sono solo parzialmente): il costo delle prestazioni sanitarie è a carico di un «terzo pagante» costituito da un'assicurazione sociale o dal servizio sanitario pubblico. La copertura assicurativa della spesa farmaceutica è motivata da ragioni economiche (in sua assenza, il benessere collettivo sarebbe inferiore) e di equità (va garantito l'accesso del consumatore alle prestazioni farmacologiche, indipendentemente dalla capacità di sostenerne la spesa). Tuttavia, poiché il prezzo costituisce il principale strumento di razionamento della domanda, la sua mancanza può creare un'espansione incontrollata della stessa. La regolamentazione del prezzo dei farmaci costituisce, quindi, uno degli strumenti di controllo della spesa farmaceutica.

Esiste poi una quota del mercato farmaceutico, costituita dai farmaci coperti da tutela brevettuale, sulla quale le imprese produttrici si trovano in posizione di monopolio, il che costituisce una motivazione del controllo pubblico del prezzo di tali farmaci.

L'intervento pubblico viene poi giustificato da obiettivi di politica economica, ovvero dall'esigenza di favorire lo sviluppo dell'industria farmaceutica e, in particolare, delle imprese innovative, consentendo un'adeguata remunerazione dell'attività di R&S (ricerca e sviluppo). È evidente che questo obiettivo risulta contraddittorio rispetto a quello di controllo della spesa pubblica per farmaci e di protezione del consumatore.

Esistono tre modelli di intervento pubblico sul prezzo dei farmaci. Nel primo modello i prezzi vengono determinati d'imperio dall'autorità pubblica (prezzi amministrati): in genere, la valutazione dei prezzi avviene attraverso una stima dei costi aziendali riferibili a cia-

scun bene prodotto dalle aziende. Il secondo prevede invece che le imprese siano libere di fissare i prezzi, ma nell'ambito di regole definite dallo Stato (prezzi sorvegliati): è il caso, ad esempio, dei sistemi contrattuali, dove il livello dei prezzi o di parametri correlati al prezzo (ad esempio, i profitti) vengono negoziati tra le autorità pubbliche e le aziende, o del sistema dei prezzi di riferimento, in cui l'autorità pubblica definisce il valore di rimborso per una categoria di farmaci intercambiabili, e la differenza tra il prezzo, liberamente stabilito dalle aziende, e valore di rimborso risulta a carico del paziente. Il terzo ed ultimo modello rappresenta il caso in cui non esiste alcun intervento dello stato sulla fissazione dei prezzi, il livello dei quali è determinato dalle leggi di mercato.

Nei principali paesi europei appartenenti all'OCSE si sta assistendo ad una graduale convergenza delle politiche pubbliche verso il modello dei prezzi sorvegliati, e contemporaneamente, ad una sempre maggiore attenzione da parte delle autorità pubbliche nazionali al livello dei prezzi rilevati negli altri paesi. Con l'eccezione significativa della Francia, in cui ancora oggi vige un regime di prezzi amministrati, nei paesi nei quali in passato era presente un regime di libera fissazione dei prezzi (Germania, Olanda e Svezia) o di prezzi amministrati (Italia, Spagna e Portogallo), è stato adottato o è in discussione l'adozione del modello dei prezzi di riferimento. Questo cambiamento è motivato dalla prospettiva che tale modello, accompagnato da altri strumenti, consenta un più significativo contenimento della spesa pubblica farmaceutica rispetto al passato.

In Italia le politiche di intervento dello stato nel settore farmaceutico hanno subito una profonda modifica nel 1994, con l'istituzione della CUF (Commissione unica del farmaco), a cui è stato conferito, tra gli altri, il compito di riclassificare i farmaci a seguito dell'abolizione del *Prontuario terapeutico nazionale*, ed il contemporaneo passaggio di consegna della politica di determinazione dei prezzi dal CIP (Comitato interministeriale prezzi) al CIPE (Comitato interministeriale per programmazione economica).

Prima del 1994, vigeva in Italia un regime di prezzi amministrati basato su formule analitiche di stima dei costi aziendali per singolo prodotto, formule che hanno subito nel corso degli anni diverse variazioni. Con la *legge finanziaria per il 1994* si è introdotto un regime di prezzi sorvegliati, secondo cui il prezzo dei farmaci rimborsabili non può essere superiore alla media dei prezzi riscontrati per prodotti simili (stesso principio attivo o stessa associazione di principi attivi ed analoga forma farmaceutica) nei quattro più importanti paesi dell'Unione Europea (Francia, Spagna, Germania ed Inghilterra). Al prezzo medio ponderato si è affiancata l'introduzione, prevista nella *legge finanziaria del 1995*, ma divenuta effettiva a partire dal 15 luglio del 1996, di un sistema di prezzi di riferimento. Tale sistema prevede che i farmaci simili possano essere rimborsati dal Servizio sanitario nazionale solo se posti in vendita al prezzo del farmaco che presenta tra di essi il prezzo per unità posologica più basso; se ciò non accade il costo del farmaco viene interamente pagato dall'assistito; è previsto, però, che la CUF, nel caso in cui sussistano particolari motivi sanitari, possa derogare al modello, lasciando a carico del Servizio sanitario nazionale farmaci più costosi rispetto a quelli simili. L'introduzione del prezzo medio europeo e del prezzo di riferimento è stata ampiamente contrastata dalle aziende farmaceutiche. Del primo le aziende hanno rilevato soprattutto l'inopportunità di usare, come strumento di conversione dei prezzi in valuta nazionale, le PPA (Parità di poteri d'acquisto) e non i tassi di cambio effettivi. Quanto ai prezzi di riferimento si è contestato il fatto che, a differenza degli altri paesi in cui tale sistema è stato introdotto, in caso di fissazione di prezzi diversi da quelli di riferimento il consumatore sia tenuto a pagare l'intero prezzo del farmaco e non la differenza rispetto al valore di rimborso stabilito dall'autorità pubblica: ciò ha obbligato le imprese a ri-

vedere i propri prezzi di listino e ad adeguarli a quelli di riferimento, per evitare di perdere quote di mercato (1).

Qui di seguito vengono illustrate alcune indicazioni bibliografiche sulla teoria della regolamentazione pubblica del prezzo dei farmaci, sulle esperienze maturate nei principali paesi, con specifico riferimento a quelli appartenenti all'OCSE, e sui due temi più dibattuti a livello teorico e politico in tema di controllo dei prezzi: il sistema dei prezzi di riferimento, sistema che attualmente è in vigore, oltre che in Italia, in Germania (dal 1989), in Olanda (dal 1991), in Danimarca (dal 1993) e in Svezia (dal 1993) (la sua introduzione è prevista anche in altri paesi, quali il Belgio, il Portogallo e la Spagna) e l'uso dei prezzi di altri paesi per la determinazione del prezzo dei farmaci sul mercato nazionale (i cosiddetti «Cross-border Price Referencing Systems»), tema che richiama, implicitamente, quello del confronto internazionale dei prezzi.

Teoria della regolamentazione pubblica del prezzo dei farmaci

REEKIE D.W.

Medicine prices and innovations: an international survey

London, IEA Health and Welfare Unit, Choice in Welfare Series, n. 30, 1996

TABACCHI M.

Evoluzione e prospettive dell'intervento pubblico nel mercato farmaceutico

Mecosan, n. 17: 23-33, 1996

BLOOR K., MAYNARD A., FREEMANTLE N.

Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure. III: Regulating industry

BMJ 313 (7048): 33-35, 1996

SANTELL J.P.

Projecting future drug expenditures - 1996

American Journal of Health-System Pharmacy 53 (2): 139-150, 1996

REEKIE D.W.

Prescribing the price of pharmaceuticals

London, IEA Health and Welfare Unit, Choice and Welfare Series, n. 26, 1995

DANZON P.M., PERCY A.

The effects of price regulation on productivity in pharmaceuticals

Working Paper, Health Care Department, The Wharton School, University of Pennsylvania, 1995

CENSIS (A CURA DI)

Libro bianco sull'economia del farmaco

Roma, Franco Angeli, 1995

SHULMAN S.R., LASAGNA L.

Pricing and reimbursement of pharmaceuticals: an evaluation of cost-containment strategies

PharmacoEconomics, Supplement 1, 6, 1994

BERNDT E.R.

Uniform pharmaceutical pricing: an economic analysis

The AEI Press, Washington DC: American Enterprise Institute, 1994

DICKSON M.

Paying for prescriptions in Europe

OCSE, Health Policy Studies, n. 4, 1993

BURSTALL M.L., SENIOR I.S.T.

Undermining innovation: parallel trade in prescription medicines

London, IEA Health and Welfare Unit, Choice in Welfare Series n. 13, 1992

(1) Il presente contributo si riferisce alla situazione esistente in Italia all'inizio di febbraio 1997. Non è escluso, quindi, che il modello di regolazione del prezzo dei farmaci venga successivamente modificato. Si tenga presente, infatti, che alcune aziende farmaceutiche hanno fatto ricorso al Tribunale amministrativo regionale del Lazio contro la delibera CIPE relativa all'introduzione del prezzo medio europeo; il Tribunale amministrativo regionale ha respinto il ricorso, ma le aziende si sono appellate al Consiglio di Stato, che, con sentenza n. 118 del 1997 ha accolto in parte le loro istanze (la delibera CIPE è stata considerata illegittima nelle parti in cui prevede la scelta di solo quattro paesi nella determinazione del prezzo medio europeo e nella scelta di utilizzare le PPA come strumento di conversione dei prezzi). A seguito della sentenza del Consiglio di Stato, Farmindustria e Ministero della sanità hanno stipulato un accordo secondo cui la normativa vigente in vigore sul prezzo medio europeo verrà modificata.

ABEL-SMITH ET AL.

Cost containment and health care reform: a study of the European Union

Heath Policy, 28, 1994

LUCIONI C.

Spesa pubblica e modalità di controllo del prezzo dei farmaci. Aspetti metodologici e confronto internazionale

L'Industria, n. 4: 591-631, 1991

BURSTALL M.L.

1992 and the regulation of the pharmaceutical industry

London, IEA Health and Welfare Unit, Choice and Welfare Series, n. 9, 1990

PACI R.

Innovazione tecnologica e intervento pubblico nell'industria farmaceutica

Milano, Franco Angeli, 1990

FELDSTEIN P.J. (ED.)

Health economics (chapter 17)

New York, John Wiley and Son's, 1988

GARATTINI L., CAPECCIA S.

Farmaci, economia e salute

Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1984

LINDGREN B. (ED.)

Pharmaceutical economics

Malmo, Liber Forlag, 1984

FERRAGUTO G., LUCIONI C., ONIDA F.

L'industria farmaceutica italiana e l'innovazione tecnologica

Bologna, Il Mulino, 1983

CHIEN R.I. (ED.)

Issues in pharmaceutical economics

Lexington, Lexington Books, 1979

GRISOLI A., MANERA G.

Il prezzo d'imperio delle specialità medicinali

Padova, CEDAM, 1976

Regolamentazione pubblica del prezzo dei farmaci nei paesi europei

A conoscenza dell'autore, la più recente «review» sulle politiche di regolamentazione pubblica del settore farmaceutico adottate nella maggior parte dei paesi europei è contenuta nel secondo supplemento al volume 10 della rivista *PharmacoEconomics*, dal titolo *Cost containment,*

health care reform and pharmaceutical innovation: taking stock in 1995 (PharmacoEconomics, Suppl. 2, 10, 1996).

I singoli contributi sono qui di seguito elencati:

TOWSE A. (REGNO UNITO)

The UK Pharmaceutical market: an overview

ULRICH V., WILLE E. (GERMANIA)

Expenditure on drugs and healthcare reform: the german situation

LE PEN C. (FRANCIA)

Drug pricing and reimbursement in France: towards a new model?

DE VOS G.M. (OLANDA)

The 1996 pricing and reimbursement policy in the Netherlands

ROVIRA J. (SPAGNA)

Are national drug expenditure control policies compatible with a single european market

JONSSON B. (SVEZIA)

Cost-sharing for pharmaceuticals - the swedish reimbursement system

Altre pubblicazioni sull'argomento vengono qui di seguito elencate. Per ulteriori indicazioni bibliografiche relative ai singoli paesi, si rimanda agli articoli sopra elencati e, per l'Italia, al libro di L. Garattini (di seguito indicato) ed all'articolo di M. Tabacchi (di cui sopra).

LE PEN C. ET AL.

La politique et le prix du médicament en France, 1982-1995

Paris, LEGOS, 1995

ASSOCIATIO OF THE BRITISH PHARMACEUTICAL INDUSTRY (ABPI)

A guide to the Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS)

ABPI, 1994

MOSSIALOS E., RANOS C., ABEL-SMITH B.

Cost-containment, pricing and financing of pharmaceuticals in the European Community: the policy-makers view

LSE Health and Pharmametrica S.A., 1994

FEDELE M., FREDDI G.

La spesa farmaceutica. Valutazioni per il suo contenimento alla luce di alcune esperienze europee

Roma, ISPE, 1994

GARATTINI L. (A CURA DI)

Metodologie per la determinazione dei prezzi dei farmaci nei principali paesi europei

Milano, Kailash Editore, 1993

- LEROY O.
The pricing of medicinal products: the European Community on the eve of 1993
Rixensart, European Study Service, 1992
- REDWOOD H.
The dynamics of drug pricing and reimbursement in the European Community
Oldwicks Press, 1992
- MOSSIALOS E. ET AL.
Policy options for pharmaceutical research and development in the European Community
London, The European Institute. LSE, 1994
- MOSSIALOS E.
Costi, prezzi, ticket e mercati in Europa
Europaforum, n. 7: 33-41, 1992
- ABOULKER D.L., COURCELL F. LAUNOIS R.
Fixation du prix du médicament en France: l'impossible réforme?
Journal d'Economie Médicale, 4 (5), 1992
- SPIVEY R.N., WERTHEIMER A.I., DONALD RUCKER T.
International pharmaceutical services. The drug industry and pharmacy practice in twenty-three major countries of the world
Pharmaceutical Products Press, New York, London, Norwood, 1991
- TAYLOR D., MAYNARD A.
Medicines, the NHS and Europe. Balancing the public's interests
London, King's Fund Institute, 1990
- MACARTHUR D.
Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in the European Community - Transparency and beyond
Richmond, PJB Publication, 1989
- MACARTHUR D.
Pharmaceutical pricing and reimbursement in the single european market: consensus or conflict?
Richmond, PJB Publication, 1989
- BEUC (BUREAU EUROPEEN DES UNIONS DES CONSOMATEURS)
Drug prices and drug legislation in Europe: an analysis of the situation in the twelve states of the European Communities
BEUC (Bureau Européen des Unions des Consommateurs) 112/89, Bruxelles, 1989
- LUCIONI C.
Metodi di controllo del prezzo dei medicinali in Italia
Economia Pubblica, n. 3, 1981
- BRENNA A., LUCIONI C., ROSSI F.
Il prezzo dei farmaci in alcuni paesi europei
Economia Pubblica, n. 4-5: 159-168, 1977
- LUCIONI C.
La fissazione del prezzo dei farmaci in Italia
Rivista di Economia e Politica Industriale, n. 3, 1973
- Prezzi di riferimento e confronti internazionali tra i prezzi dei farmaci**
- CAMBRIDGE PHARMA CONSULTANCY
Reference pricing and cross-border reference pricing systems
Cambridge Pharma Consultancy Ltd, 1996
- Average european prices: on what basis?*
Pharma Pricing Review, 1 (4): 66-68, 1996
- DANZON P.M., JEONG D.K.
Cross national price differences for pharmaceuticals: how large and why?
Working Paper, Health Care Department, The Wharton School, University of Pennsylvania, 1996
- CENTRO STUDI FARMINDUSTRIA
Indicatori Farmaceutici
Vari anni (l'ultimo volume, del 1996, riporta i dati 1995)
- ZAMMIT-LUCIA J., DASGUPTA R.
Reference pricing: the european experience
Health Policy Review, Paper n. 10, 1995
- DANZON P.M., KIM J.
International price comparisons for pharmaceuticals
Working Paper, Health Care Department, The Wharton School, University of Pennsylvania, 1995
- ANDERSSON F.
Methodological aspects of international drug price comparisons
PharmacoEconomics 4 (4): 247-256, 1993
- CHURNSIDE R.J.
International price comparisons of pharmaceutical prices
Economic Advisor Office, Department of Health, London, 1992
- US GENERAL ACCOUNTING OFFICE
Prescription drug charges in U.S. and Canada
US GAO, Human Resources Division, GAO/HRD-92-110, Washington, 1992
- LUCIONI C.
Spesa pubblica e modalità di controllo del prezzo dei farmaci. Aspetti metodologici e confronto internazionale
L'Industria, n. 4: 591-631, 1991
- DIENER F.
Arzneimittelpreise in der EG
Pharmazeutische Zeitung, 4 ottobre, 2631-2638, 1990

BEUC (BUREAU EUROPEEN DES UNIONS DES CONSOMATEURS)
Drug prices and drug legislation in Europe: an analysis of the situation in the twelve states of the European Communities
BEUC (Bureau Européen des Unions des Consommateurs) 112/89, Bruxelles, 1989

PELC A., BERTIN P.
Les prix des spécialités remboursables dans la Communauté Européenne
Journal d'Economie Médicale, 7 (4): 239-257, 1989

EUROSTAT
Structure des prix dans le pays de la Communauté en 1985
EUROSTAT, Luxembourg 2/D, 1988

BRENN A., LECOMTE T., LUCIONI C., SANDIER S.
Comparison of the prices of pharmaceutical products in the EEC: methodological problems and proposals
CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie), IRES (Istituto per la Ricerca di Economia Sanitaria), Paris/Milano, 1981

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1995-1996. Relatore Marco Meneguzzo

I SISTEMI DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: UN CONFRONTO INTERNAZIONALE

di Corrado Cuccurullo

Il passaggio dalla società industriale a quella dell'informazione ha provocato rapidi e vasti cambiamenti che interessano anche i sistemi sanitari, la cui crisi è ormai evidente. Le soluzioni dei problemi che soffocano il settore sanitario sono comuni per diversi Paesi: nei sistemi più «liberisti» si tenta di rimuovere il deficit sociale dell'assistenza sanitaria con l'introduzione di elementi di equità, mentre nei sistemi sanitari pubblici si rimodellano le forme di finanziamento per rendere più sostenibile l'impianto del *Welfare State*. La spinta alla ristrutturazione dei sistemi sanitari segue, dunque, percorsi simili nei diversi Paesi occidentali ed è probabile che ciò conduca a forme ibride dei settori dell'assistenza sanitaria.

Gli elementi portanti delle riforme riguardano la delega delle responsabilità verso i livelli più decentrati dell'offerta sanitaria e la libera scelta del cittadino circa la migliore forma di erogazione dei servizi. Questi rappresentano modificazioni rilevanti nell'ambito settoriale e non facilmente attuabili senza la volontà di affermare un nuovo modello gestionale per le organizzazioni sanitarie, affinché esse possano operare con il senso della programmazione delle attività e dell'anticipazione dei fenomeni ambientali di maggiore impatto relativo alla sfera sanitaria. Si tratta, quindi, di creare contesti organizzativi improntati da logica strategica, ovvero gestiti con un processo formale e strutturato di pianificazione.

Il punto di partenza del processo pianificatorio è l'analisi dell'ambiente esterno ed interno dell'organizzazione sanitaria, concepita per la identificazione precisa delle opportunità e delle minacce da sfruttare o da evitare, facendo leva sui punti di forza e sulle capacità interne e minimizzando i punti di debolezza. Il risultato più apprezzabile della fase investigativa è un modello diagnostico, SWOT MAP, che consente all'organizzazione e ai suoi membri di percepire con chiarezza le potenzialità dell'azienda e le sue possibilità di successo.

I dati raccolti nella fase analitica vengono utilizzati per la formulazione delle politiche strategiche dell'organizzazione. Si fissa, innanzitutto, la *mission* aziendale con lo scopo di tracciare la filosofia di base che guida l'organizzazione e, successivamente, si definiscono le politiche di breve e medio periodo relativamente alle modalità di competizione con la concorrenza e di posizionamento dei prodotti/servizi. Per evitare che l'organizzazione possa svolgere la propria attività senza un punto di ancoraggio predefinito, si determina anche una visione del futuro nella quale si disegna l'organizzazione dei prossimi anni.

Le formule strategiche rimangono semplici provvedimenti se non si opera una loro traduzione in termini operativi. L'attuazione delle politiche aziendali, meglio conosciuta come

implementazione, è la fase più critica dell'intero processo di pianificazione, in quanto è necessario rendere coerenti le strategie con l'architettura e l'assetto organizzativo, ma soprattutto perché il loro adeguamento deve avvenire alla stessa velocità dei cambiamenti ambientali fondamentali. In pratica, quindi, il cambiamento organizzativo diviene un'attività continua e prioritaria per salvaguardare la stessa esistenza dell'azienda. Il tema dell'implementazione strategica riguarda anche la riorganizzazione interna dei processi, da operarsi con pratiche e criteri moderni di *business project reengineering* che riportino al centro dell'attenzione la soddisfazione del cliente/utente e da cui bisogna, poi, procedere a ritroso per garantire un servizio adeguato e apprezzabile in termini di efficacia.

La ricerca delle migliori forme organizzative ha condotto allo studio e alla sperimentazione di modelli reticolari, idonei ad assicurare coordinamento ed elevata specializzazione all'attività assistenziale. Nell'organizzazione a rete sono raccolti i contributi di molti *partners* eccellenti per diversi profili, in modo da aggregare le migliori energie e le migliori capacità per offrire un prodotto globalmente eccellente. La rete, infatti, consente di mobilitare le risorse ed integrare i livelli della catena logistico-produttiva del servizio sanitario.

L'ultima fase della pianificazione riguarda il controllo. Il processo, in effetti, non si esaurisce, ma si autoalimenta in circolo, giacché il controllo strategico non è un'attività *ex post* di ricerca e correzione di errori, ma uno strumento per progettare e per apprendere. I presupposti logici del controllo strategico sono rappresentati dalla convinzione unanime che, nella società moderna con la piena reperibilità delle risorse, l'unico vantaggio sostenibile è la capacità organizzativa di apprendere più velocemente dei concorrenti. L'apprendimento è maggiormente efficace se si creano le basi per la costruzione di un clima organizzativo aperto, innovativo, orientato al risultato, che veda la partecipazione e il coinvolgimento di tutto il personale, sia esso di area medica che di area amministrativa, sensibilizzando le sue diverse anime ad obiettivi comuni. È indispensabile perché ciò si realizzi l'impiego di una chiara ed efficace comunicazione da parte degli alti vertici aziendali per creare il consenso e la motivazione necessari intorno alla validità e all'importanza dei progetti strategici.

Lo studio teorico del processo di pianificazione strategica è stato accompagnato dall'analisi sul campo di due esperienze aziendali, condotte a Barcellona, in Spagna e a Napoli, in Italia.

Il caso I.M.A.S. di Barcellona è il tipico esempio di ristrutturazione organizzativa di tipo reattivo, avvenuta sull'onda dell'entusiasmo che coinvolse la città catalana per l'edizione dei Giochi Olimpici del 1992. Le strutture I.M.A.S. furono scelte quali presidi ospedalieri olimpici, la qual cosa permise, con l'arrivo di ingenti finanziamenti, di costruire un'organizzazione sanitaria di grande livello assistenziale. Lo sforzo strategico ebbe luogo successivamente alla chiusura dell'evento sportivo, quando cominciarono a riaffiorare dubbi sulle effettive potenzialità delle strutture, che solo la determinazione del top management, la sua capacità di coinvolgere in un grande progetto di cambiamento l'intero organismo personale e la dotazione di strumenti adeguati e di criteri manageriali hanno fugato. La riorganizzazione dell'azienda è avvenuta con la costituzione di una struttura a rete che ha consentito la connessione dei cinque presidi dell'IMAS, differenziate per tipologia di attività, dopo che erano stati individuati i targets potenziali di utenza e le patologie di maggiore incidenza fino al primo decennio del ventunesimo secolo. I risultati di grande spessore sono espressi dalla fama continentale di eccellenza che l'IMAS detiene nel campo oftalmologico e in quello ortopedico-riabilitativo.

Nel caso dell'Azienda sanitaria locale Napoli 1, una delle maggiori realtà pubbliche del settore in Europa, la pianificazione strategica è un traguardo non ancora raggiunto a causa dei numerosi problemi che ritardano la definizione di un valido protocollo strategico. Una reale programmazione è impedita da irrisolte pressioni politiche, che a Barcellona peraltro

erano assenti, e la situazione è appesantita da oneri passati come la gestione liquidatoria delle ex UU.SS.LL. Si procede, pertanto, con il senso dell'urgenza e della straordinarietà.

Lo studio comparato ha dimostrato come, in ambedue i casi, le ipotesi dei progetti strategici, sebbene quello della realtà partenopea sia ancora in incubazione e a livello informale, siano abbastanza simili. Ciò sta a significare che la validità dell'impiego della pianificazione strategica prescinde dalle caratteristiche dei sistemi sanitari dei due Paesi e che la gestione strategica si configura come approccio di portata generale. Le grandi differenze tra i due casi oggetto di studio consistono nei tempi di implementazione delle formule strategiche adottate e nella visibilità dei risultati; esse, però, sono conseguenza di particolari condizioni, principalmente del macroambiente esterno, che hanno permesso, per esempio, all'azienda iberica di adottare con maggiore anticipo lo strumento strategico rispetto all'azienda italiana.

In futuro i cambiamenti nel settore sanitario dovranno essere affrontati in maniera innovativa con strutture organizzative che esaltano le competenze, moltiplicano la qualità dei loro servizi, si focalizzano sull'utenza e riducono i costi. Organizzazioni snelle, flessibili, dinamiche, ma fortemente coordinate ed integrate. Soltanto un approccio proattivo ed una gestione strategica potranno, quindi, garantire il funzionamento efficace ed efficiente delle organizzazioni sanitarie.