

# LA VALUTAZIONE DEI COSTI DELLA DAY SURGERY

di Cristina Filannino<sup>1</sup>, Maria Grazia Serra<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Università degli Studi di Milano - Ospedale Maggiore Istituto di Chirurgia Generale-Toraco Polmonare

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Le principali caratteristiche della *day surgery* - 3. Il problema delle alternative decisionali - 3.1. L'identificazione dei costi dell'attività di *day surgery* - 4. L'applicazione del modello teorico di analisi ad un caso: la Divisione chirurgica V dell'Ospedale Maggiore di Milano.

## 1. Premessa

Tra le innovazioni che negli ultimi anni si sono attuate nel mondo della medicina, la *day surgery* è sicuramente una delle grandi novità in campo chirurgico, la cui attuazione — oltre che essere guidata da criteri clinico-diagnostici — è subordinata anche ad una attenta valutazione dei costi.

Nella pratica medica internazionale con il termine *day surgery* (chirurgia di giorno) s'intende la «possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento, in anestesia locale, loco regionale o generale» (1).

Questo modello organizzativo, oltre che presentare degli ormai indiscussi vantaggi economici grazie alla rapida dimissione e l'immediato rientro a casa del malato, ha sicuramente migliorato la qualità di vita dei pazienti trattati.

Attualmente non esistono dati precisi sul numero reale di interventi già eseguiti in Italia in regime di *day surgery* ed è estremamente difficile raccogliere dati omogenei. Nelle strut-

ture private, dai dati emersi presso le compagnie assicurative, è risultato che attualmente i ricoveri in *day hospital* presso le case di cura e i poliambulatori è inferiore al 2% dei casi trattati (2). Questo è un numero veramente esiguo se si pensa che la *day surgery* rappresenta un modello quasi ideale di organizzazione dell'attività chirurgica. Esiste quindi una difficoltà alla sua diffusione legata alla non facile gestione di questo nuovo tipo di trattamento che prevede meticolose procedure organizzative e di funzionamento, la presenza di personale medico e non medico altamente qualificato, la formulazione di criteri di selezione ed ammissione dei pazienti e la dimissione guidata del paziente entro il primo giorno dall'intervento.

Per quanto concerne l'organizzazione della *day surgery* va detto che non esiste un'univoca definizione della stessa; le linee guida che dovrebbero uniformare e sintetizzare i criteri generali di attuazione di questi modelli sono in corso di predisposizione da parte del Ministero della sanità.

La prima distinzione va però fatta tra *day surgery* e *chirurgia ambulatoriale*: la *chirurgia ambulatoriale* propriamente detta (definita come la «possibilità clinica, organizzativa ed

amministrativa di effettuare interventi chirurgici, od anche procedure diagnostiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in studi medici, ambulatori ed ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesica») comprende tutti quegli interventi chirurgici attuabili in ambulatorio senza necessità di sala operatoria; la *day surgery* prevede l'indispensabile esecuzione dell'intervento in sala operatoria implicando quindi un maggior impegno sia chirurgico che tecnico da parte del personale (chirurghi, anestesisti, infermieri) (3).

Anche per quanto riguarda i criteri di selezione dei malati non esistono protocolli definiti; in linea generale la selezione dei pazienti risponde a criteri chirurgici, anestesiológicos e sociali, e la scelta se far accedere il paziente all'*iter* abbreviato o tradizionale è lasciata alla valutazione delle singole *équipe* mediche, alle conoscenze tecniche e abilità del chirurgo.

---

Il paragrafo 1 è stato scritto dalla dott.ssa Maria Grazia Serra; i paragrafi 3 e 4 sono stati scritti dalla dott.ssa Cristina Filannino. Il paragrafo 2 è da attribuire ad entrambe le autrici.

## 2. Le principali caratteristiche della *day surgery*

Il problema maggiore da affrontare per l'avvio dei progetti di *day surgery* è la selezione degli utenti/pazienti e delle patologie chirurgiche idonee ad un tale programma (4).

I criteri sociali e il grado di collaborazione del paziente durante l'intervento riducono ulteriormente coloro che possono essere operati in regime di *day surgery*. L'età non rappresenta, nella maggior parte dei casi, un criterio di selezione; fondamentale invece è la presenza e l'assistenza di un parente al domicilio (questo è ritenuto da tutti un criterio indispensabile più per problemi di sicurezza psicologica che legata ad effettiva urgenza medica) (5).

Per l'efficiente funzionamento di questa tecnica chirurgica è quindi indispensabile una valutazione periodica dei criteri di inclusione/esclusione dei pazienti e degli operatori, così riassumibili:

parametri riferiti al paziente:

— valutazione clinico-anamnestica del paziente (stato clinico, malattie concomitanti, età, peso, A.S.A.);

— valutazione del suo ambiente familiare in relazione alle fasi immediatamente post operatorie e distanza geografica dall'ospedale (non più di un'ora);

— identificazione e selezione corretta ed accurata delle patologie da trattare;

— realizzazione del miglior accesso telefonico possibile per soddisfare tempestivamente ogni richiesta di consiglio ed informazione;

— efficiente informazione sia del paziente che del suo medico curante,

parametri riferiti agli operatori:

— identificazione della migliore tecnica chirurgica, da eseguirsi secondo una metodologia operativa ben de-

terminata, concordata tra tutti gli operatori e quindi omogenea, in un periodo non superiore ad un ora;

— identificazione della migliore anestesia intra-operatoria, della migliore sedazione pre-operatoria e della migliore analgesia post-operatoria;

— identificazione della preparazione professionale degli operatori;

— realizzazione di programmi di formazione e di *training* per tutto il personale;

grazie ai quali si deve:

1) ottenere il maggior gradimento possibile da parte dell'utente;

2) esporre il paziente al minor rischio possibile di complicanze (< 1%) (6).

La prima visita, con la selezione dei pazienti, è quindi un momento fondamentale perché inserisce il malato in un preciso percorso specialistico (7).

Non tutti i pazienti che possiedono i requisiti necessari per essere operati in regime di *day surgery* accettano però tale trattamento. I motivi di tale rifiuto sono vari. In molti ospedali per problemi organizzativi o strutturali non è possibile eseguire nell'arco di una stessa mattina tutti gli accertamenti diagnostici. Questo crea nel malato un notevole disagio psicologico ed un'effettiva perdita e di giornate di lavoro in quanto si deve recare più volte, ed in giornate diverse, presso gli ambulatori. Molti pazienti di fronte a questa prospettiva optano per il ricovero tradizionale al fine di eseguire gli esami il giorno prima dell'intervento; altri pazienti rifiutano la *day surgery* in quanto con questa modalità devono pagare il *ticket* sugli accertamenti diagnostici mentre preferiscono effettuarli «gratuitamente» in regime di degenza. Molti pazienti invece non desiderano l'intervento eseguito in regime di *day surgery* perché ritengono più sicuro l'*iter* tradizionale: il rapido rientro a casa li fa sentire abbandonati a se stessi mentre la degenza presso il re-

parto garantisce una assistenza continua.

In molti ospedali i problemi che determinano la mancata diffusione della *day surgery*, o che in genere condizionano la percentuale dei pazienti trattati in tale regime, sono anche da imputare alla organizzazione del personale (sia medico che non medico) e alla inadeguatezza degli spazi (sale operatorie, letti) dedicati a questa modalità operatoria.

La mancanza di sedute operatorie esclusivamente dedicate alla *day surgery*, infatti, influenza grandemente il numero di possibili interventi eseguibili.

Lo stesso problema si presenta anche per quanto riguarda l'organizzazione del personale medico e non medico. Nella maggior parte degli ospedali non sono presenti *équipe* operatorie dedicate alla *day surgery* e di conseguenza il personale viene principalmente utilizzato per il trattamento dei pazienti ricoverati.

Alla luce di queste valutazioni è facile ipotizzare quante giornate di degenza superflue (con aumento di spese, impegno di letti, impiego di personale ecc.) potrebbero essere evitate con una migliore organizzazione delle unità ospedaliere. Il trattamento di alcune patologie in *iter* abbreviato senza ricovero permette un maggior *turnover* dei pazienti con patologie più complesse ed urgenti abbreviando le lunghe liste di attesa legate alla cronica mancanza di posti letto.

Infatti la soluzione di non differenziare i processi di lavoro manifesta effetti distorsivi in campo organizzativo, economico e sociale, quali:

— il ricovero dei pazienti per una durata superiore a quella necessaria (ad esempio un ricovero di 7 giorni o 5 a fronte di un ricovero di un giorno per prestazioni quali ernie, varici ed emorroidi);

— una incidenza impropria sulla spesa sanitaria (ad esempio la quota rimborso per una plastica erniaria è di L. 3.247.000 contro un rimborso attuale di L. 419.000 in *day surgery*). Infatti pur essendo stato stabilito da decreto ministeriale che il rimborso per la *day surgery* è pari all'80% del D.R.G. pagato in regime di ricovero ordinario, tale intervento viene ancora rimborsato con la tariffa prevista per le prestazioni ambulatoriali.

### 3. Il problema delle alternative decisionali

Il problema decisionale sovrailluminato qui può essere rappresentato come segue:

all'accettazione di una struttura ospedaliera affluiscono pazienti con

patologie il cui quadro clinico richiede l'intervento chirurgico. Il problema sanitario di questi utenti può essere affrontato o con un normale ricovero seguito da un intervento in regime di degenza oppure con un ricovero abbreviato seguito da un intervento in regime di *day surgery*.

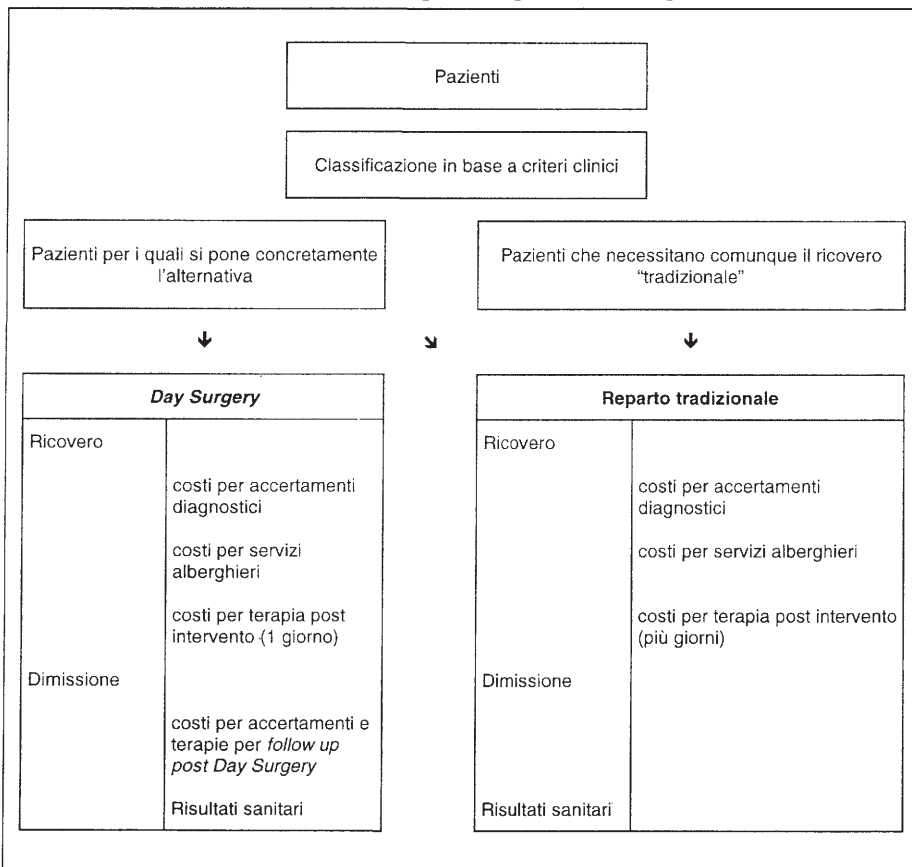
L'intervento ha due vie di esecuzione, entrambe eticamente e professionalmente accettabili, se rispettati i criteri di selezione dei pazienti (tabella 1).

In tali condizioni la scelta di utilizzare una delle due modalità, nonché successivamente la decisione di aprire una unità di *day surgery* autonoma nell'ambito della divisione, richiede l'analisi di problemi sanitari, di problemi legati al paziente e di problemi organizzativi. Una decisione di questo

tipo, infatti, non può venire da un criterio decisionale puramente medico dal momento che si assume che i pazienti saranno trattati con efficacia in entrambe le soluzioni.

Occorre, quindi, individuare, quantificare e confrontare, dopo averli resi omogenei, i costi differenziali della soluzione «operare tramite tecniche di *day surgery*» o della soluzione «operare tramite tecniche tradizionali» e, successivamente alla luce della scelta, quale modello organizzativo adottare per implementare, valorizzare e potenziare questo progetto chirurgico innovativo: se optare per una unità di *day surgery* autonoma all'interno della divisione o se optare per l'esercizio dell'attività di *day surgery* all'interno del programma operatorio tradizionale.

Tabella 1 - Percorso pazienti *day surgery*/percorso pazienti chirurgia tradizionale



#### 3.1. L'identificazione dei costi dell'attività di *day surgery*

Per valutare i costi ed eventualmente i benefici rilevanti ai fini della scelta in questione occorre partire dalla considerazione che i benefici di una alternativa rispetto all'altra possono essere costituiti sia da minori costi, sia da un eventuale miglioramento quantitativo e/o qualitativo dei risultati ottenuti sia da una maggior rapidità e facilità di utilizzo/assunzione del servizio da parte dell'utente/paziente.

Al tal fine rilevante è anche la previsione del livello di domanda tale per cui il progetto risulta effettivamente conveniente. La struttura dei costi di una alternativa, infatti, è legata sia alla presenza di costi fissi (personale, costi generali) che di costi variabili, cioè costi legati al numero di pazienti assistiti. È grazie al livello potenziale di attività della struttura che si può determinare il numero di pazienti sotto il quale non vi è più beneficio economico nell'operare mediante *day surgery*. Conoscere la domanda vuol dire indi-



viduare il livello di attività che garantisca l'equilibrio in termini di economicità della gestione e definisca il numero di «interventi» che determina l'eguaglianza fra i costi addizionali della *day surgery* ed i suoi benefici economici.

I fattori rilevanti ai fini della decisione sono presentati nella tabella 2.

La voce «costi finanziari diretti ed indiretti a carico del paziente e dei suoi congiunti» ha una grande rilevanza in questo tipo di analisi in quanto il successo o l'insuccesso di una partico-

lare innovazione (come potrebbe essere la *day surgery*) può dipendere anche dalla accessibilità della nuova struttura e dai costi che l'utenza deve affrontare per servirsene.

I costi a carico del paziente e dei congiunti, in genere, variano in funzione del:

- luogo di residenza abituale e distanza dal luogo di cura;
- numero dei «contatti» fra l'utenza e la struttura sanitaria;
- livello quali-quantitativo delle infrastrutture esistenti nella zona;
- maggior o minor grado di autosufficienza del paziente.

Alcune di queste quantificazioni in termini monetari possono essere fatte solo con una precisa analisi del bacino d'utenza che affluisce all'azienda ed una analisi del territorio in cui è situata la struttura sanitaria con riguardo alla dotazione di infrastrutture, alle caratteristiche demografiche, sociali, epidemiologiche della popolazione.

Nel corso dell'analisi successiva, comunque, queste tipologie di costi (di trasporto, pernottamento, mancato lavoro) e di benefici (riassumibili in un più veloce reingresso del paziente nella società) non saranno quantificate in quanto non rilevati dalla divisione di chirurgia che, durante la ricerca, si è focalizzata esclusivamente sui costi diretti ed indiretti aziendali.

La valorizzazione degli altri fattori produttivi (diretti ed indiretti), invece, può essere effettuata grazie a parametri di misurazione che ne consentano una valutazione economica secondo quanto riportato nella tabella 3.

La valorizzazione economica di questi fattori produttivi permette di rilevare il costo aziendale totale dell'intervento tradizionale e dell'intervento di *day surgery*. A conferma dell'utilità anche di natura economica di quest'ultima procedura chirurgica, si evidenzia la sua capacità di copertura dei costi generali attribuiti alla divisione e

**Tabella 2 - Riepilogo fattori decisionali ai fini della *day surgery***

A. Costi economici dei fattori produttivi			
Diretti di struttura (pre day surgery/in day surgery/post day surgery)	Indiretti di struttura	Diretti sociali	Indiretti sociali
1) Costi per beni di consumo sanitario	1) Costi di struttura (utenze)	1) Costi per esecuzione accertamenti diagnostici pre intervento a carico dell'utente/paziente (2)	1) Costi per assenza dal lavoro (paziente e congiunti)
2) Costi per servizi alberghieri	2) Ammortamenti e manutenzioni comuni	2) Altri costi finanziari a carico del paziente e dei suoi congiunti (es. costi di pernottamento pre-post intervento a carico del paziente; costi di trasporto)	
3) Costi per accertamenti diagnostici (sia pre che durante il ricovero)	3) Costi generali		
4) Costi personale			
5) Ammortamenti e manutenzioni dirette			
B. Risultati sanitari			
1) Guarigioni complete			
2) Miglioramenti parziali			
3) Complicanze e/o disturbi associati al tipo di tecnica chirurgica utilizzata			
4) Peggioramenti: — recidive senza necessità di ulteriore ricovero — recidive con necessità di ricovero in reparto — recidive seguite da decesso del paziente			
C. Altri elementi rilevanti			
C1 Fattori socio-psicologici		C2 Fattori organizzativi	
1) Preferenze soggettive degli utenti potenziali		1) Carico di lavoro su strutture diagnostiche centralizzate	
2) Modelli di comportamento dei chirurghi		2) Carico di lavoro su altro personale medico dell'ospedale (esterno all'u.o. considerata)	
		3) Carico di lavoro su strutture generali dell'ospedale (cucine, servizi vari, trasporti, ecc.)	
		4) Carico di lavoro su strutture extra ospedale per accertamenti diagnostici pre intervento non fatti presso la struttura che eseguirà l'intervento	
(1) La voce «Ammortamenti e manutenzioni» è stata indicata sia tra i costi diretti che tra quelli indiretti di struttura poiché questi costi possono essere riferiti ad attrezzature di esclusiva pertinenza della sala operatoria o della divisione, oppure di pertinenza dell'azienda e come tali non direttamente correlati ai volumi di produzione della chirurgia.			
(2) La voce «Costi per accertamenti diagnostici pre intervento chirurgico a carico dell'utente» è strettamente collegata alla scelta organizzativa fatta dall'azienda, nonché alla metodica di intervento scelta che, nel caso della <i>day surgery</i> , prevede necessariamente l'arrivo presso la struttura ospedaliera il giorno dell'intervento avendo già effettuato i normali accertamenti diagnostici al fine di ridurre sia la degenza media che i costi dei servizi intermedi.			



Tabella 3 - Criteri per la valorizzazione dei fattori produttivi della *day surgery*

Fattore di costo	Parametro di quantificazione	Parametro di valutazione monetaria
<b>A. Costi diretti (di struttura)</b>		
1) Accertamenti diagnostici	Tipo e numero di accertamenti per caso assistito	Costo medio per tipo di accertamento
2) <i>Follow up</i> (visite) (1)	Tipo e numero di visite per caso assistito	Costo medio per tipo di visita
3) Servizi alberghieri	Utilizzo del servizio alberghiero (n. posti, kg biancheria lavata)	Costo medio complessivo per giornata
4) Materiali sanitari (farmaci e presidi)	Protocollo terapeutico tipico per intervento	Costo unitario dei farmaci e dei presidi sanitari
<b>Costi totali connessi alla prestazione chirurgica e alla degenza (2)</b>		
5) Personale (3)	Qualifiche ed operatori necessari	Costo totale del personale per qualifiche
6) Ammortamenti	Grado di utilizzo della tecnologia (sala operatoria)	Quota di ammortamento
<b>B. Costi indiretti (di struttura)</b>		
1) Utenze (luce, telefono, riscaldamento, ecc.)	Numero metri quadrati e metri cubici, numero scatti telefonici/punti DRG	Costo unitario metro o scatto derivato dall'importo della bolletta
2) Ammortamenti	Grado di utilizzo delle tecnologie, numero di accertamenti richiesti	Quota di ammortamento
3) Costi generali	Numero di divisioni e servizi dell'azienda/punti DRG	Quota unitaria di costi per divisione o servizio sulla base del totale dei costi generali
<b>C. Costi diretti sociali non rilevati</b>		
1) Accertamenti diagnostici a carico dell'utente	Tipo e numero di accertamenti effettuati	Costo di ogni accertamento
2) Altri costi a carico dei pazienti (es. trasporti)	N. medio contatti con la struttura x distanza media da percorrere	Costo per KM o costo tariffe mezzi pubblici
3) Altri costi a carico dei pazienti (es. alloggio in albergo)	N. di pernottamenti	Costo per notte
<b>D. Costi indiretti sociali non rilevati</b>		
1) Assenteismo (assenza dal lavoro)	Durata media assenza effettiva	Valore aggiunto medio <i>pro-capite</i>
<p>(1) Se questa pratica chirurgica che si basa sulla deospedalizzazione comprime notevolmente il numero di giornate di degenza, al contrario aumenta il numero di controlli che devono essere eseguiti nel tempo per «monitorare» il decorso post operatorio. Uno schema base di <i>follow up</i> prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) un controllo telefonico nel corso delle prime 24 ore alla dimissione;</li> <li>2) un controllo diretto in ambulatorio in terza giornata;</li> <li>3) un controllo diretto ambulatoriale in settima giornata con rimozione dei punti di sutura;</li> <li>4) un controllo diretto ambulatoriale ai mesi 1°-6°-12°; i cui costi unitari sono a carico della divisione e dell'azienda che applica tale pratica chirurgica.</li> </ol> <p>(2) Uno dei principali «benefici» della <i>day surgery</i> consiste nella eliminazione della degenza dei pazienti e del conseguente beneficio economico per l'azienda dovuto alla mancanza dei costi derivati dal ricovero che segue l'intervento. Si tratta in questo caso di tutti quei costi per «beni o prestazioni» il cui consumo è direttamente legato alla permanenza del paziente in reparto.</p> <p>Questi fattori sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) i beni per le attività alberghiere;</li> <li>b) i materiali di consumo sanitari ed economici;</li> <li>c) i materiali per gli accertamenti.</li> </ol> <p>(3) Il costo del personale è dato dalla valorizzazione economica degli eventuali nuovi operatori distaccati presso la <i>day surgery</i>, mentre i benefici, nel lungo periodo, sono dati da una riduzione del personale necessario per il funzionamento della sala operatoria tradizionale. Tuttavia, poiché la diversificazione dell'attività potrebbe portare invece ad un incremento degli interventi tradizionali, questo beneficio non sempre si concretizza effettivamente.</p>		

la sua capacità di generare *surplus* economico; capacità rilevate grazie ad una analisi condotta nell'ambito della Divisione chirurgica V dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Si è dimostrato, infatti, che se nel breve periodo la convenienza economica è maggiore nel ricoverare i pazienti, nel lungo periodo l'elevato *turn-over* dei posti letto dedicati alla *day surgery*:

— genera all'unità operativa elevati margini di contribuzione a seguito del maggior numero di casi trattati (tabella 4).

Dal semplice esame dei risultati del costo dell'intervento in *day surgery* emerge che la differenza tra tariffa di rimborso e costi diretti ed indiretti della patologia (Margine di contribuzione - M.d.C.) sia maggiore nell'intervento con degenza ordinaria, non sempre giustificando l'esercizio della chirurgia abbreviata.

In realtà la possibilità di risultati favorevoli alla divisione deve essere osservata in relazione al numero di casi trattati in *day surgery* durante il ricovero ordinario per la stessa patologia. Nell'esempio si constata che la degenza per la patologia di ernia inguinale è di 2/3 giorni con una tariffa di L. 3.164.000 ed un M.d.C. di L. 1.834.000; nello stesso arco temporale i pazienti operati tramite *day surgery* sono due con un rimborso complessivo di L. 5.062.400 ed un utile pari a L. 2.822.000. Da ciò si evince che il vantaggio economico della *day surgery* è strettamente correlato all'andamento della domanda e dipende, anche, dalla conoscenza e dalla posizione culturale della collettività nei confronti di questa pratica chirurgica;

— consente economie di scala grazie alla presenza di personale infermieristico già in servizio nella sala operatoria;

— consente un incremento della produttività del personale dovuto sia

**Tabella 4 - Riepilogo margini di contribuzione delle due alternative**

Patologia e tipo intervento	N. D.R.G.	Costo intervento in D.S. (costo dei fattori produttivi)	Rimborso D.S. (come da linee guida)	% rimborsata	Costo intervento in degenza (costo dei fattori produttivi)	Rimborso degenza
Plastica erniaria	160	1.120.000 (1.116.632)	2.531.200	80%	1.330.000 (1.333.367)	3.164.000
M.d.C. <i>day surgery</i>			M.d. C. intervento tradizionale			
L. 1.411.000			L. 1.834.000			

alle aumentate prestazioni di *day surgery* che alla possibilità di svolgere un numero maggiore di interventi chirurgici (per i quali vi è una lista d'attesa) nel lasso di tempo che viene recuperato dallo spostamento in *day surgery* di piccoli interventi;

— risponde in modo più adeguato alle finalità di un Istituto a carattere scientifico (quale la divisione oggetto di analisi), ossia di trattare le patologie più complesse in termini di ricovero e di rispondere ad un maggior numero di utenti con patologie più gravi.

#### 4. L'applicazione del modello teorico di analisi ad un caso: la Divisione chirurgica V dell'Ospedale Maggiore di Milano

La Divisione chirurgica V dell'Ospedale Maggiore di Milano ha preso in considerazione la possibilità di utilizzare parte delle strutture dedicate all'erogazione di prestazioni ambulatoriali per introdurre attività di *day surgery* per interventi quali ernie, emorroidi e varici, diversamente dalla situazione attuale dove gli stessi interventi sono eseguiti nella sala operatoria dell'unità operativa (talvolta anche in regime di ricovero).

Le motivazioni a sostegno di tale proposta sono sintetizzabili:

1) nella possibilità di offrire un servizio più adeguato ai bisogni dell'utenza;

2) nell'elevato numero di prestazioni richieste dall'utente che ha prodotto per alcuni interventi liste di attesa da uno a due anni (120 interventi per emorroidi, 300 interventi per ernie);

3) nella presenza di spazi facilmente riconvertibili con una riorganizzazione degli orari delle attività ambulatoriali secondo modalità più razionali;

4) nella possibilità di sostituire i ricoveri per ernie, emorroidi e varici con interventi a maggiore complessità ed urgenza;

5) nella valutazione economica legata all'entità dei rimborsi delle prestazioni in regime di *day surgery*.

Una volta deciso di introdurre la *day surgery*, data come reale possibilità di «innovazione» sanitaria ed organizzativa insita nel diverso modo di intervenire chirurgicamente nei confronti di una stessa patologia, la divisione ha valutato se: a) eseguire interventi di *day surgery* nell'ambito del suo normale programma operatorio-*day surgery decentralizzata*, b) costituire una unità di *day surgery* autonoma nell'ambito della divisione stessa-*day surgery centralizzata* (8).

La decisione di ordine strategico di attivare la *day surgery* all'interno dell'attività ospedaliera con la creazione di un servizio di *day surgery* autonomo (decentralizzato) si basa sulla necessità della divisione di:

— aumentare la produttività con il beneficio di abbattere i costi fissi di struttura,

— diminuire i costi dell'attività di ricovero nel reparto contestualmente ad un aumento dell'attività presso l'ambulatorio e la sala operatoria di *day surgery*,

— aumentare gli interventi più complessi e urgenti che attualmente possono essere programmati solo in numero limitato a causa delle lunghe liste di attesa.

La scelta è formulata alla luce di un preciso posizionamento della divisione rispetto alle politiche aziendali; posizionamento che presuppone di stabilire se:

1) mantenere l'attuale *mix* di interventi chirurgici erogandoli mediante gli stessi supporti fisici e tecnologici pur modificandone il rapporto (attualmente il *case-mix* della divisione prevede sia interventi di alta che di bassa complessità).

Ipotesi dello svolgimento dell'attività di *day surgery* nel pomeriggio sempre nell'ambito della sala operatoria divisionale;

2) differenziare le modalità di erogazione delle prestazioni in funzione della loro complessità, durata e incidenza sul totale delle sedute programmate.

Ipotesi della creazione di una unità di *day surgery* autonoma con una sala operatoria dedicata.

### Alternativa A

La sala operatoria è aperta dalle ore 7.30 alle ore 19.42 con due turni:

— dalle 7.30 alle 14.00 la sala è dedicata ad interventi di chirurgia generale;

— dalle 14.00 alle 19.42 la sala è dedicata, fino alle ore 18.00 agli interventi di *day surgery* e per le restanti 1.42 minuti per la pulizia ed il riordino.

Durante il periodo pomeridiano si prevedono due interventi; l'apertura della sala operatoria è prevista per cinque giorni settimanali, per un totale di 10 interventi. La previsione è di poter produrre 400 interventi annui di:

- varici,
- ernie,
- emorroidi.

L'apertura della sala operatoria durante il mattino e il pomeriggio prevede il doppio turno del personale; il fabbisogno di personale infermieristico è stimato di 5 unità in più, la cui retribuzione media mensile è di L. 3.000.000; l'*équipe* chirurgica è numericamente la stessa in entrambi i turni.

Per quanto riguarda la tecnologia questa alternativa non prevede nessun investimento poiché gli interventi in *day surgery* (pomeriggio) usufruiscono della sala già funzionante; il materiale di consumo dell'intervento chirurgico (varici, emorroidi, ernie) in *day surgery* è identico a quello utilizzato per gli stessi interventi qualora effettuati in regime di degenza.

### Alternativa B

Le sale operatorie sono aperte durante il mattino nel seguente orario:

— dalle 7.30 alle 15.42 per un funzionamento di sei ore delle sale per interventi chirurgici.

Durante tale orario sono previsti 4 interventi di *day surgery* per giorno per un totale di 20 interventi settimana-

li e di circa 800 annui; in una ipotesi più ridotta 3 interventi giornalieri, 15 settimanali, 600 annui (allegati 2 e 4).

Il fabbisogno di personale infermieristico per tale soluzione prevede l'aumento di 2 unità dell'*équipe* la cui retribuzione media mensile è uguale a quella del caso precedente (allegato 1).

Per quanto riguarda la tecnologia, gli arredi e i materiali non sanitari si prevede un costo aggiuntivo di L. 74.800.000 (allegato 3).

La realizzazione della proposta, inoltre, richiede la riconversione di alcuni spazi disponibili (senza intaccare le strutture per le attività di ambulatorio) creando una sala chirurgica e una sala ristoro.

I criteri utilizzati per valutare i costi delle due alternative proposte sono i seguenti:

- criterio tecnico,
- criterio economico,
- criterio organizzativo,
- criterio sociale.

Per quanto riguarda la valutazione tecnica, tale da giustificare la scelta organizzativa ed economica, dall'analisi dei dati della chirurgia è già stato verificato che gli interventi specialistici offerti dalle due soluzioni sono identici dal punto di vista sanitario in quanto la divisione già tratta le patologie di varici, ernie ed emorroidi sia in regime di ricovero che in regime di *day surgery*.

Così l'efficacia dell'azione chirurgica è garantita in ambedue le soluzioni in quanto non dipende dalla modalità di intervento adottato. La valutazione delle alternative tale da giustificare una unità operativa autonoma deve perciò basarsi su fattori in grado di misurare e determinare il migliore utilizzo delle risorse (efficienza) più che la coerenza tra obiettivi della divisione e prestazioni fornite all'utenza.

Alla luce delle premesse sanitarie sopra riportate, dalla impossibilità di

valutare effettivamente i costi sociali, però evidentemente ridotti a causa della limitata permanenza del paziente presso l'ospedale e dunque lontano da casa e dal luogo di lavoro, l'analisi si limita a verificare la convenienza economica della creazione di una unità operativa autonoma rispetto allo svolgimento della stessa durante il normale programma operatorio.

Se la valutazione tecnica considera l'efficacia sanitaria dell'attività svolta, la valutazione economica ne considera l'efficienza e in particolare considera il costo delle risorse utilizzate nelle alternative.

Più che di scelte di convenienza economica si parla di analisi di convenienza economica, in quanto si sottolinea che la decisione può essere assunta solo dopo aver integrato l'analisi dei flussi economici con altri elementi di giudizio, come l'impatto organizzativo (valutazione organizzativa) che le due soluzioni hanno sui processi di lavoro, quali l'aumento dell'organico, il carico di lavoro, la turnistica (allegato 1). Nel caso studiato, infatti, bisogna considerare la dichiarata preferenza e disponibilità del personale infermieristico e ausiliario ad essere in servizio presso la sala operatoria durante la mattinata.

Infine si considera l'impatto di tali soluzioni sul grado di soddisfacimento delle esigenze degli utenti (valutazione sociale). In questo caso per la *day surgery* si può fare riferimento al numero di utenti interessati e al numero di utenti potenziali (grazie alla capacità di richiamo della divisione nel territorio di appartenenza), al maggior numero di prestazioni erogabili, al miglior utilizzo dei posti letto dovuti ad un più rapido reinserimento dell'operato nella società con una diminuzione dei costi sociali del paziente/parenti, al contributo che la divisione fornisce al contenimento della spesa sanitaria e



in particolare alla razionalizzazione dei processi di lavoro.

I criteri guida del progetto di decentralizzazione dell'attività di *day surgery*, quindi, sono riassumibili nei seguenti punti:

- flessibilità e dinamismo della struttura sanitaria alle esigenze esterne;

- incremento dell'attività divisionale;

- sostenibilità dell'intervento alla disponibilità delle risorse, alla necessità di garantire continuità nell'erogazione delle prestazioni;

- progettazione di un sistema globale nel rapporto paziente-ospedale;

- convenienza economica dell'attività per l'azienda.

Stante questa premessa, si identifica la migliore combinazione economica-organizzativa tra le due alternative descritte, tarando i processi di lavoro in modo da promuovere la migliore efficacia terapeutica unitamente ad una efficiente e razionale gestione economica delle risorse a disposizione della struttura.

Concretamente ciò significa valutare e decidere se svolgere l'attività di *day surgery* in orario pomeridiano utilizzando le sale operatorie della divisione, oppure ristrutturare gli spazi disponibili per svolgere contemporaneamente — in due sale — sia gli interventi in regime di ricovero che gli interventi in regime di *day surgery*, «sfruttando» le sinergie derivanti dalla presenza di figure professionali già in servizio presso la sala operatoria che potrebbero supervisionare, coordinare e intervenire anche nella nuova sala dedicata all'attività di *day surgery*.

Queste distinzioni sono estremamente importanti in quanto la scelta dell'opzione non incide solo a fini operativi, ma soprattutto nella determinazione dei dati da utilizzare per la valutazione di convenienza economi-

ca. Infatti l'analisi economica che accompagna lo studio di fattibilità del nuovo progetto si sviluppa in modo adeguato e coerente al tipo di decisione da raggiungere ed al contesto nel quale si applica (tabella 5).

Nella rilevazione dei costi orientata a fini decisionali l'accento va posto sui costi differenziali che emergono dalle scelte compiute.

Posto che il concetto di costo dipende dalle finalità conoscitive che si perseguono, da questa considerazione deriva la necessità di ricorrere ad una opportuna configurazione di costo diversa da quella che si impiegherebbe se si volesse definire il costo di ogni alternativa in sé considerata.

Tale configurazione di costo prende in considerazione i soli costi «cessanti» e «sorgenti» delle ipotesi prospettate l'una rispetto all'altra (costi differenziali); ad assumere rilevanza a fini decisionali, infatti, non sono tutti i costi connessi a ciascuna alternativa,

bensì solo quei costi che differenziano un programma dall'altro (unità di *day surgery* o *day surgery* nell'attività operatoria tradizionale).

È perciò sufficiente:

- prescegliere un'alternativa di riferimento

- determinare i costi cessanti (minori costi) e i costi sorgenti (maggiori costi) che caratterizzano ciascuna delle alternative.

Quindi, i fattori di produzione «personale medico» e «beni di consumo sanitari e non sanitari» non sono considerati in questa analisi in quanto non influenti sul costo differenziale totale delle due alternative. A parità di quadro patologico tali costi non si differenziano in modo assoluto passando da un modello ad un altro (tabella 6).

Da questa breve analisi è risultato che, essendo la differenza tra i due casi di L. 32.200.000, sotto il profilo economico l'alternativa B (istituzione di un servizio di *day surgery* autonomo)

**Tabella 5 - Costi totali delle alternative**

Fattori produttivi	A	B	Note
Personale infermieristico	L. 195.000.000 L. (3000.000 x 13) x 5 *	L. 78.000.000 L. (3.000.000 x 13) x 2 *	* si considerano 13 mensilità
Personale medico	Uguale in entrambe le ipotesi	Uguale in entrambe le ipotesi	
Farmaci	Uguali in entrambe le ipotesi	Uguali in entrambe le ipotesi	
Materiale sanitario	Uguale in entrambe le ipotesi	Uguale in entrambe le ipotesi	
Tecnologie	0	L. 14.960.000 *	* per le tecnologie si considera la quota di ammortamento annuale del 20% per 5 anni
Esami diagnostici	Uguali in entrambe le ipotesi	Uguali in entrambe le ipotesi	In entrambi i casi gli esami sono a carico dell'azienda
Vitto (bevande)	Uguali in entrambe le ipotesi	Uguali in entrambe le ipotesi	
Altri costi: riconversione spazi	0	L. 2.000.000 *	* per le ristrutturazioni si considera la quota di ammortamento annuale del 20% per 5 anni
<b>Totale</b>	<b>L. 195.000.000</b>	<b>L. 94.960.000</b>	

Tabella 6 - Costi differenziali delle alternative

Costi sorgenti	Ipotesi B	Note
Tecnologie.....	L. 74.800.000	Vi sono due ipotesi di tecnologie da utilizzare
Spazi.....	L. 10.000.000	
<b>Totale.....</b>	<b>L. 84.800.000</b>	
<b>Costi cessanti</b>		
Personale infermieristico.....	L. 117.000.000	Pari a: L. (3.000.000 x 13) x 3 stipendio mensilità unità inf.
<b>Totale.....</b>	<b>L. 117.000.000</b>	

è più conveniente dell'alternativa A (apertura pomeridiana della sala operatoria per l'attività di *day surgery*); analisi che si potrebbe ulteriormente completare qualora si determinasse il volume di interventi per il quale il costo totale correlato all'alternativa A è pari a quello correlato all'alternativa B.

La scelta di una struttura autonoma, funzionalmente integrata all'interno della divisione e collocata vicino alla degenza tradizionale nonché alle altre attività della stessa, permette inoltre di:

1) favorire una maggior ponderazione nella scelta tra ricovero convenzionale ed altre forme di intervento;

2) consentire la possibilità che l'assistenza al paziente sia affidata alla stessa *équipe* di personale medico e, in parte non medico, garantendo così quella continuità che costituisce uno degli elementi cardine per il corretto approccio assistenziale ed umano al paziente e alla famiglia;

3) rendere attuabile l'immediato trasferimento nella attigua struttura di degenza di quei pazienti che, per i risultati degli accertamenti effettuati o per un improvviso aggravamento delle condizioni cliniche, necessitano di una assistenza più prolungata quale può essere fornita solo dal ricovero ordinario;

4) permettere una maggior mobilità del personale medico e, in parte, non medico;

5) rendere possibile l'utilizzo di apparecchiature altrimenti sfruttate solo dai reparti di degenza.

(1) Si veda Guzzanti E., Mastrilli F., 1994.

(2) Si veda Silingardi E. *et al.* (1996). pagg. 22 e 23.

(3) Alcuni ospedali, parallelamente a questo modello gestionale, hanno introdotto i concetti di *one day surgery* per quegli interventi con degenza limitata alle 24 ore dall'atto chirurgico (intendendo per *day surgery* solo i casi in cui la

Allegato 1 - Prospetto turni personale infermieristico

ALTERNATIVA A (Prospetto turni con 5 professionali in più)		
H. 7,30-15,12		
Sala A Chirurgia tradizionale	Sala B Chirurgia tradizionale	
Una strumentista Un professionale per sala Un aiutante Una generica jolly	Una strumentista Un professionale per sala Un aiutante	
H. 12,00-19,42		
Sala A Day surgery	Sala B Day surgery	
Una strumentista Un professionale per sala Un aiutante Una generica jolly	Una strumentista Un professionale per sala Un aiutante	
ALTERNATIVA B (Prospetto lavorativo con <i>day surgery</i> )		
H. 7,30-15,12		
Sala A Chirurgia tradizionale	Sala B Chirurgia tradizionale	Sala C Day surgery
Una strumentista Un professionale per sala Un aiutante Una generica jolly Un aiutante per lavori esterni	Una strumentista Un professionale per sala Un aiutante	Un professionale Un professionale Una generica a rotazione

**Allegato 2 - Tempi medi interventi chirurgici**

Tipologia di intervento	Numero casi	Durata media	Varianza
Proctopessi	1	3.25	0.00
Pouchectomia con ileostomia	1	3.40	0.00
Asportazione di ragadi anali	4	0.54	0.18
Asportazione di condilomi anali	1	0.30	0.00
Emorroidectomia	28	1.03	0.22
Chiusura di fistola anale	5	0.49	0.24
Dilatazione ano-rettale	1	0.25	0.00
Colecistectomia laparotomica	10	2.41	0.43
Colecistectomia laparoscopica	15	1.57	0.48
Duodeno-cefalopancreasectomia	1	9.15	0.00
Ernia inguinale	8	1.33	0.25
Ernia inguinale con protesi	62	1.28	1.20
Ernia inguinale bilaterale con protesi	1	2.20	0.00
Ernia ombelicale	1	1.05	0.00
Laparocele con protesi	4	2.13	0.48
Laparocele omelabile con protesi	1	1.30	0.00
Asportazione massa retroperitoneale	1	3.20	0.00
Circoncisione	1	1.15	
Asportazione di nodulo mammario	1	1.20	0.00
Quadrantectomia della mammella	4	2.53	0.46
Mastectomia radicale allargata monolat)	3	2.08	0.08
Mastectomia radicale allargata bilat)	1	3.00	0.00
Asportazione cisti	2	0.50	0.00
Asportazione cisti pilonidale	2	0.40	0.00
Asportazione lipomatosi	1	0.30	0.00
Revisione di ferita	1	0.35	0.00
Resezione costale	1	3.00	0.00
Amputazione sopra al ginocchio	2	0.40	0.15
Legatura e stripping varici arti inferiori	10	1.53	0.31

**Allegato 3 - Elenco tecnologie/materiale necessario per day surgery**

Elenco materiale	
Scialtita con braccio .....	7.000.000
Tavolo operatorio (sistemazione tavolo già in possesso) .....	3.000.000
Tavolo portaferrari .....	2.500.000
Tavolino servitore .....	1.500.000
Reggi cestelli per camici sterili, reggi cestelli per garze sterili reggi cestelli per teli, telini, ecc. ....	1.500.000
1 portasacchi per biancheria .....	400.000
1 portarifiuti contaminati .....	400.000
2 sgabelli, 2 pedane, 1 sella .....	2.000.000
Centrale gas medicali, defibrillatore .....	4.000.000 (donazione)
Elettrobisturi .....	20.000.000
2 letti pre-post intervento .....	4.000.000
Monitor parametri vitali .....	32.000.000
Aspiratore .....	500.000
<b>Totale .....</b>	<b>74.800.000</b>

dimissione del malato avviene nella stessa giornata dell'intervento) e *short stay surgery* per quelli con degenza limitata a pochissimi giorni dall'intervento.

(4) La classificazione A.S.A. (classificazione proposta dall'American Society Anesthesiology) prevede:

— classe 1: paziente sano e cioè senza disturbi organici, fisiologici, biochimici o psichiatrici;

— classe 2: paziente con malattia sistemica di lieve entità che può essere costituita dall'affezione chirurgica da trattare ovvero da altra condizione morbosa. Ad esempio, paziente con ernia inguinale affetto da modesta pneumopatia o da iperglicemia lieve o da ipertensione di modesta entità;

— classe 3: paziente con malattia sistemica limitante la sua attività ma non invalidante: diabete grave, ipertensione, insufficienza epatica o respiratoria o renale, angina pectoris, pregresso infarto del miocardio;

— classe 4: paziente con malattia inabilizzante e con costante minaccia alla sopravvivenza: scompenso respiratorio, cardiocircolatorio, renale, angina persistente, miocardite acuta ecc.;

— classe 5: paziente con grave compromissione dello stato generale e con sopravvivenza non superiore alle 24 ore.

Dal punto di vista anestesiológico i criteri di applicabilità di tale tecnica in genere prevedono l'esclusione di pazienti con A.S.A. superiore a 2, gravi patologie della coagulazione, allergie agli anestetici locali, epilessia non controllata terapeuticamente, collaborazione non adeguata (i pazienti che presentano problemi psichiatrici vengono in genere esclusi dal trattamento in *day surgery*). I pazienti con A.S.A. 3 vengono trattati in *day surgery* in genere solo quando la patologia di base è stabilizzata con idoneo trattamento o non interferisce con l'intervento in oggetto.

Si veda Silingardi E. *et al.* (1996), cit., pagg. 22 e 23.

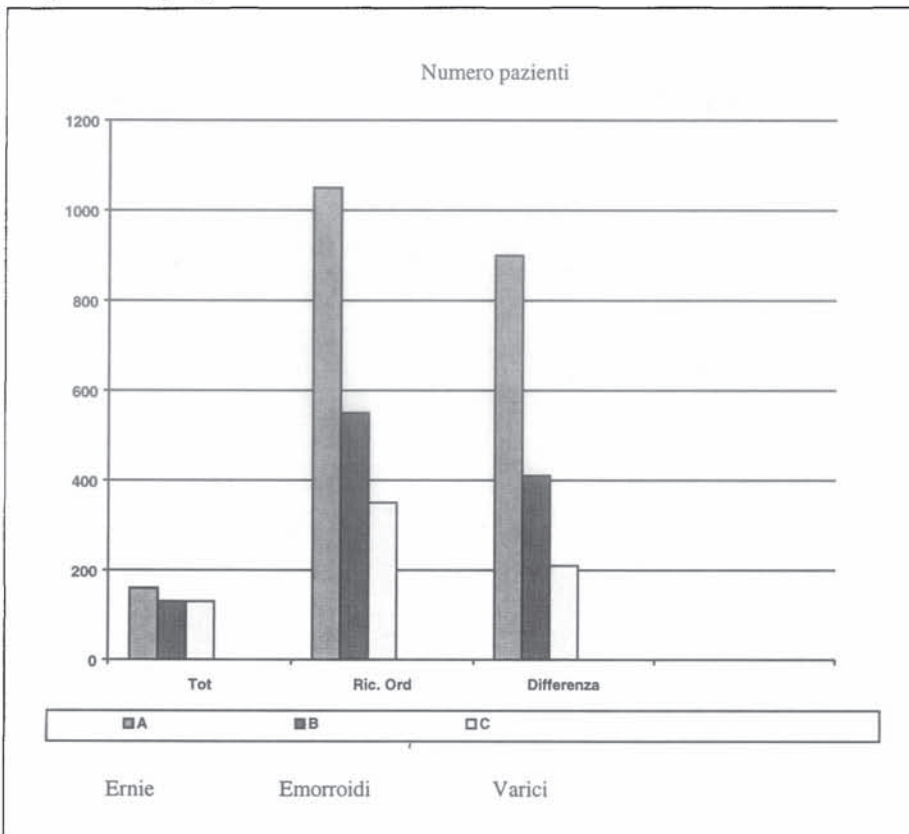
(5) Poiché la *day surgery* non è scevra di rischi e complicanze, l'abitazione del paziente non deve essere lontana dall'unità operativa poiché in caso di necessità deve essere possibile un rapido rientro in ospedale (molti medici selezionano i malati escludendo quelli che per giungere in ospedale impiegano più di un'ora di viaggio).

(6) Si veda *standard* di ammissione alla *one day surgery* di Berta V., Majno R., Caccia F., Mingazzini P., Boati M., Tenchini P. in Atti I Congresso nazionale S.I.C.A.D.S. 1996, pag. 43.

(7) Gli esami preoperatori, nella quasi totalità delle unità operative, sono: la routine ema-



## Allegato 4 - Riepilogo attività



tichimica, la lastra *standard* del torace, l'ECG con la valutazione cardiologica, la visita anestesiológica.

(8) Con il termine unità di D.S. si intende la presenza dell'attività così svolta nella divisione e non il luogo fisico in cui è praticata, vale a dire: o in una unità di D.S. autonoma o nella stessa sala operatoria della divisione di chirur-

gia nell'ambito del normale programma operatorio. Successivamente invece, dopo aver comunque accertato per alcune tipologie di casi la convenienza di tale pratica chirurgica rispetto a quella ordinaria, con il termine *day surgery* si intende la presenza di una sala operatoria, personale ed attrezzature esclusive per tale scopo.

## BIBLIOGRAFIA

- ATTI I CONGRESSO NAZIONALE S.I.C.A.D.S. (1996), *I problemi dell'inserimento della day surgery nella sanità privata*, di Ligresti A., Milano 26-27 gennaio 1996, pagg. 5 e 6.
- ATTI I CONGRESSO NAZIONALE S.I.C.A.D.S. (1996), *Aspetti normativi, problemi organizzativi e controlli di qualità in chirurgia ambulatoriale e day surgery*, di Silingardi E., De Fazio D., Vaienti L., Gioffrè P., Milano 26-27 gennaio 1996, pagg. 22 e 23.
- ATTI I CONGRESSO NAZIONALE S.I.C.A.D.S. (1996), *I problemi anestesiológicos ed il ruolo della S.I.A.A.R.T.I.*, di Brienza A., Milano 26-27 gennaio 1996, pagg. 7 e 9.
- AA.VV. (1988), *L'azienda sanità*, Regione Emilia-Romagna, Franco Angeli, Milano.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1988), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, McGraw-Hill, Milano.
- BORGONOV E., DALLAMANO R. (1983), *L'analisi costi e benefici. Uno strumento operativo per le decisioni in sanità*, Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, Milano.
- BORGONOV E. (A CURA DI) (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEE, Milano.
- BRUSA L. (1979), *Contabilità dei costi*, Giuffrè, Milano.
- GUZZANTI E., MASTRILLI F. (1994), *Day hospital, day surgery*, Editeam.
- GUZZANTI E., MASTRILLI F., COLLINA D. (1989), *Il day hospital. Proposte per la formalizzazione dei posti letto equivalenti e per la valutazione della loro attività*, Fed. Med., 42.
- INNES J., MITCHELL F. (1994), *I costi di struttura. Metodologie di analisi e di gestione*, EGEE, Milano.



# LA GRADUAZIONE DELLE POSIZIONI NELLE AZIENDE SANITARIE: DUE MODELLI OPERATIVI A CONFRONTO

di Francesco Longo

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Progettazione organizzativa e graduazione delle posizioni - 3. I modelli teorici disponibili per la graduazione degli incarichi - 4. La necessità di sviluppare dei modelli operativi per le aziende del ssn - 5. Il modello operativo basato sul metodo per fattori - 6. Il modello operativo basato sul metodo della classificazione - 7. Il confronto tra i due modelli operativi - 8. Conclusioni.

## 1. Premessa

I due contratti per la dirigenza (medico-veterinaria e amministrativa, tecnico-professionale) sottoscritti per il SSN rappresentano un importante punto di svolta nelle politiche rivolte a questi profili professionali, in particolare per i medici, la categoria centrale e più numerosa nelle aziende sanitarie. Infatti, il settore sanitario è stato l'ultimo comparto pubblico in cui sono stati recepiti i principi di autonomia e responsabilizzazione voluti dal D.L.vo 29/93 per tutta la dirigenza pubblica. Questo parziale ritardo, rispetto agli altri settori pubblici (Stato, enti locali, scuola, ecc.) è un primo indizio della complessità e criticità della trasformazione del rapporto di lavoro dei medici e dei dirigenti sanitari in genere, il cui contenuto di responsabilità differisce, almeno in parte, dal resto della dirigenza pubblica, rivolgendosi prevalentemente alla sfera dell'autonomia clinica nei confronti del paziente, invece che alla direzione di unità organizzative.

Pur nella significativa differenza del contesto sanitario, molti istituti contrattuali della dirigenza del SSN coincidono formalmente con quelli

degli altri settori pubblici; in particolare i meccanismi premianti sono composti da tre strumenti:

a) il premio di risultato, che dovrebbe essere riconosciuto come incentivo per il raggiungimento di obiettivi gestionali, programmati e controllati attraverso la logica del *budget* risorse-risultati, attingendo dal relativo fondo aziendale per la dirigenza;

b) il premio per la qualità individuale, da assegnarsi ad una percentuale limitata di dirigenti (non più del 7%) per riconoscere particolari livelli di impegno o di merito individuali;

c) la graduazione delle posizioni, che dovrebbe portare alla valutazione dei contenuti e dei livelli di responsabilità assegnati ad ogni collocazione organizzativa, a cui correlare un coerente livello di reddito aggiuntivo, attingendo da un fondo predefinito per ogni azienda.

I tre strumenti premianti hanno logiche ed obiettivi organizzativo-gestionali profondamente diversi tra loro, soprattutto il premio di risultato rispetto alla graduazione delle posizioni. Il primo dovrebbe incentivare i risultati raggiunti, il secondo dovrebbe remunerare i livelli di responsabilità assegnati ai singoli dirigenti. Li-

vello di responsabilità e livello di raggiungimento dei risultati non sono, almeno in prima approssimazione, concetti necessariamente correlati tra loro (R. Ruffini, 1997). Nella fisiologia della gestione può accadere, a titolo di esempio, che una posizione di altissima responsabilità (direzione di presidio o di dipartimento) nell'esercizio delle proprie funzioni non raggiunga i risultati attesi: in questo caso comunque deve essere riconosciuto l'indennità per la posizione (perché la responsabilità è stata almeno formalmente attribuita ed esercitata), mentre non può essere assegnato l'incentivo per i risultati. I due istituti sono però correlati logicamente nel medio periodo, come specifica lo stesso contratto: il ripetuto fallimento nel raggiungimento degli obiettivi gestionali deve portare alla sostituzione del dirigente responsabile della posizione. In altre parole ogni posizione organizzativa dirigenziale deve mantenere costante nel tempo l'indennità di posizione corre-

---

L'autore ringrazia E. Reborà, J. Landau, F. Bandini, S. Granzotto, S. Girolodi con cui ha impostato e gestito le sperimentazioni utilizzate come base di analisi per il presente scritto.



lata al livello di responsabilità: è necessario invece sostituire il professionista assegnato se questi non raggiungesse ripetutamente i risultati. Se la distinzione degli scopi tra i due istituti risulta logicamente chiara, la prassi mostra invece una costante tendenza a confonderne le finalità: si osservano aziende che valutano modesto il livello di responsabilità di alcune posizioni, in contrasto con la rilevanza reale, perché il titolare del posto raggiunge risultati modesti; oppure si sopravvaluta una posizione dai contenuti di responsabilità modesti per premiarne i risultati gestionali ottenuti. La sovrapposizione o l'incoerenza nell'uso degli strumenti rispetto agli scopi comporta, almeno in parte, il rischio di applicare i due istituti in maniera contraddittoria, confondendo la valutazione del livello dei risultati con la valutazione del livello di responsabilità e viceversa (G. Rebora, 1997).

Il premio per la qualità individuale invece dovrebbe essere focalizzato su singoli professionisti, per il loro particolare impegno o per loro specifici meriti. La valutazione, seppur imperniata su specifiche situazioni individuali, non potrà che essere un *mix* di analisi sul contenuto di responsabilità (rilevanza del ruolo, complessità delle funzioni, specializzazione della posizione) e sul livello ed il tipo di risultati. Questo dovrebbe costituire l'istituto più flessibile e, in parte, dinamico nel tempo, anche per poter rispondere a particolari situazioni da incentivare, che magari gli altri due strumenti non hanno saputo soddisfare, vuoi perché istituti troppo generali e ancora debitori a requisiti formali, vuoi perché comunque gestiti attraverso processi i cui gradi di libertà reali possono essere stati compressi nei singoli contesti aziendali.

Oggetto del presente scritto è, in particolare, l'istituto della graduazione delle posizioni dirigenziali, per la

cui applicazione presenteremo e analizzeremo due distinti modelli operativi, sviluppati e sperimentati dal CeRGAS-Bocconi. Infatti la graduazione degli incarichi dirigenziali rappresenta una significativa novità piena di criticità per le aziende sanitarie del SSN, che possiamo sintetizzare nelle seguenti riflessioni.

1) La logica di fondo della graduazione delle posizioni impone di differenziare la valutazione dei contenuti di responsabilità, laddove nelle aziende del SSN invece era consolidato il principio dell'equivalenza delle posizioni di pari grado formale (ad esempio la valutazione del livello di responsabilità e quindi retributiva di ogni «primariato» era identica a quella di tutti gli altri).

2) Il contratto distingue tra incarichi di struttura (il cui contenuto di responsabilità afferisce alla sfera della direzione di unità operative e/o al governo di fattori produttivi) e incarichi professionali (il cui contenuto di responsabilità risiede prevalentemente nella sfera clinica e tecnico-specialistica), introducendo la potenzialità della «separazione delle carriere» tra linea professionale e organizzativa. Storicamente invece le aziende sanitarie hanno concepito come unitarie e coincidenti abilità tecnico-specialistiche ed apicalità organizzative («il miglior chirurgo sul piano clinico diventava primario di chirurgia, il miglior igienista sul piano tecnico diventava caposervizio di igiene pubblica, assumendo quindi anche la responsabilità gestionale ed organizzativa»): in altri termini il massimo grado della carriera professionale coincideva con il vertice della carriera gestionale. Vi sono modelli organizzativi che invocano strutturalmente la coincidenza tra apicalità organizzativa e specialistica ed altri invece che sono più coerenti ad una «separazione delle carriere». Ad esempio il modello settoriale-funzio-

nale privilegia probabilmente la prima scelta (G. Rebora, 1983), mentre la concezione del dipartimento (o area ospedaliera) o del distretto come responsabilità dell'unitarietà dell'offerta e come ottimizzatore nell'uso dei fattori produttivi probabilmente privilegia la seconda.

3) Il contratto, in coerenza al processo di aziendalizzazione, prevede che la graduazione delle posizioni per i dirigenti di I livello sia proposta dai rispettivi dirigenti di II livello (incaricati della direzione di struttura), prefigurando quindi un progressivo trasferimento della leva della gestione del personale, in questo caso dirigenziale, ai dirigenti di II livello, invece che la tradizionale gestione centrale da parte del vertice aziendale. La responsabilizzare dei dirigenti di struttura sui risultati della propria unità organizzativa impone infatti di cedere loro le necessarie leve di *management*, tra cui sicuramente quella di gestione del personale. Questo processo costituisce un passaggio critico poiché, almeno inizialmente, deve essere sapientemente accompagnato dalla direzione generale, dovendo individuare il difficile punto di equilibrio tra gestione centrale dell'innovazione, che rischia di comprimere l'autonomia che invece si intende trasferire ai dirigenti di struttura, e processo di decentramento delle responsabilità.

I citati elementi di criticità rappresentano per molti versi sia delle minacce, sia delle opportunità per le aziende del SSN, in quanto da un lato propongono il progressivo superamento di alcune logiche e prassi consolidate (abbandono dell'equiparazione dei livelli di responsabilità alla luce dei soli inquadramenti formali, possibilità di delineare percorsi di carriere che valorizzino il versante tecnico-professionale, responsabilizzazione dei dirigenti nel governo del personale), mentre dall'altro l'introduzione di

queste significative novità impone una esplicita attivazione di un complesso e delicato processo di cambiamento.

In realtà l'utilizzo di metodi formalizzati per la graduazione delle posizioni non è una novità nella storia del *management* aziendale, soprattutto nel mondo della grandi imprese, ma le caratteristiche del contesto sanitario pubblico impongono alcune importanti contestualizzazioni per la progettazione degli strumenti operativi necessari alla concreta applicazione dell'istituto contrattuale. In particolare, occorre sottolineare i seguenti aspetti dello specifico contesto delle aziende del SSN.

A) L'elevata numerosità di personale a cui è stata attribuita la qualifica dirigenziale (di fatto tutti i professionisti dell'azienda: i medici, i veterinari, gli psicologi, i sociologi, i tecnici laureati, i responsabili amministrativi), corrispondenti ai precedenti inquadramenti ai livelli IX, X, XI. In altri termini praticamente tutti i laureati presenti nelle aziende sanitarie, con l'eccezione di un numero limitato laureati del ruolo amministrativo (VII e VIII livelli), hanno acquisito la qualifica dirigenziale.

B) Il ruolo dirigenziale attribuito sia per incarichi di struttura (di direzione organizzativa e gestionale) sia per incarichi non di struttura (professionali), il cui contenuto di responsabilità prevalente è quello legato all'autonomia professionale clinica. Il contratto prevede che tutti i dirigenti di II livello abbiano un incarico di struttura, mentre per i dirigenti di I livello è la relativa collocazione organizzativa a definirne la natura dell'incarico. La singola azienda decide pertanto la tipologia e la numerosità degli incarichi di struttura e degli incarichi professionali sul totale delle posizioni dirigenziali. Di norma i secondi avranno una netta prevalenza quantitativa sui primi, po-

tendo stimare una incidenza degli incarichi di struttura, osservando le prime sperimentazioni, tra il 5 e il 15% del totale delle posizioni dirigenziali. Nella generalità dei casi gli incarichi di struttura sono attribuiti alla direzione di unità organizzative o di centri di responsabilità gestionale. Al dirigente di II livello deve essere sempre garantito, per contratto, un incarico di struttura, mentre non vi sono limitazioni per i dirigenti di I livello che possono ottenere indifferentemente un incarico professionale o di struttura. Sarà naturale osservare che la maggior parte dei dirigenti di I livello che otterranno un incarico di struttura saranno dirigenti inquadrati precedentemente come aiuto o aiuto qualificati (ex X livello), anche se formalmente non vi sono ostacoli ad attribuire un incarico di struttura a chi era precedentemente inquadrato come assistente (ex IX livello).

C) I neoassunti laureati medici, veterinari, psicologi, biologi, farmacisti acquisiscono immediatamente la qualifica dirigenziale di I livello, iniziando quindi la carriera essendo inquadrati immediatamente nel ruolo dirigenziale, in ciò distinguendosi significativamente dal normale sviluppo professionale dei contesti di altri settori.

D) La cultura professionale dominante è abituata a classificare i profili professionali per materie e discipline mediche e sanitarie di afferenza (igienisti, cardiologici, ecc.). Esse si caratterizzano di norma per un approccio alla valutazione prevalentemente di tipo tecnico-professionale interno alla specialità. Introdurre logiche di valutazioni assunte dal punto di vista generale dell'aziendale in cui importa prevalentemente il perseguimento delle finalità dell'azienda stessa può comportare una significativa rottura culturale e di paradigma di analisi.

E) L'applicazione del contratto impone l'introduzione di un sistema di

valutazione e gradazione delle posizioni in aziende che non conoscono una cultura della valutazione e della differenziazione, così come scarseggiano strumenti gestionali a supporto dello scopo.

Gli strumenti attuativi per la graduazione delle posizioni devono pertanto risultare coerenti alle caratteristiche di questo scenario, costituendo però anche un progressivo strumento di cambiamento culturale ed operativo. Presenteremo pertanto alcune riflessioni teoriche sui possibili modelli di graduazione delle posizioni, per illustrare successivamente alcuni strumenti operativi, la cui analisi ed il cui confronto ci permetterà di discuterne le caratteristiche per poter trarre utili indicazioni sulle conseguenze attuative delle diverse soluzioni rispetto ai singoli contesti aziendali.

## 2. Progettazione organizzativa e graduazione delle posizioni

La graduazione degli incarichi dirigenziali deve seguire logicamente e cronologicamente la progettazione o la riprogettazione organizzativa e non viceversa. Infatti se la (ri)progettazione organizzativa consiste principalmente nell'individuazione delle articolazioni funzionali e nella definizione dei contenuti di responsabilità di ciascuna di essa, la graduazione delle posizioni deve cercare di valutare il livello di responsabilità contenuto in ogni singola posizione: la progettazione definisce il contenuto, la graduazione valuta il livello di responsabilità (R. Ruffini, 1996). Infatti, la finalità più profonda della graduazione delle posizioni dovrebbe essere la volontà della direzione generale di riconoscere la rilevanza e l'onere dell'assunzione di specifici contenuti di responsabilità rispetto alle finalità aziendali, potendo questo riconoscimento operare come significativo stimolo motivazio-

nale e importante meccanismo equitativo rispetto all'impegno richiesto nelle singole posizioni dirigenziali.

Purtroppo nelle prime esperienze applicative si assiste in alcune aziende all'inversione della consequenzialità logica, laddove non si arrivi addirittura a cercare di utilizzare la graduazione delle posizioni come strumento di fatto di riprogettazione organizzativa. In questi casi si assiste alla messa in gioco di tre diverse rappresentazioni dello scenario organizzativo:

— i contenuti di responsabilità codificati nei documenti ufficiali (organigramma ufficiale);

— i contenuti di responsabilità assunti realmente sul campo (organigramma reale o di fatto);

— la valutazione dei contenuti di responsabilità.

Il tentativo a cui di solito si assiste è quello di valutare i contenuti di responsabilità dell'organigramma di fatto, creando però una profonda frattura fra due ufficiali decisioni organizzative: l'organigramma ufficiale e la graduazione delle posizioni. Uno stesso dirigente si può quindi trovare assegnato da un lato in un ruolo di assoluto rilievo, che dall'altro viene pesato modestamente o viceversa. Lo scenario diventa ancora più confuso se si considera che la graduazione delle posizioni ha, per i primi anni di applicazione del contratto, prevalentemente un effetto simbolico, anche se molto profondo, senza incidere però significativamente sul piano retributivo: all'opposto, l'organigramma ufficiale, venendo smentito di fatto dalla graduazione degli incarichi, perderebbe la sua valenza simbolica, mantenendo però intatto, la propria sostanzialità retributiva. In altri termini il desiderio di valutare i contenuti di responsabilità reali e non quelli ufficiali è sicuramente positivo, ma questo deve avvenire modificando nei limiti del possibile l'organigramma ufficiale (cambian-

done l'architettura e/o spostando in esso qualche dirigente critico) e quindi registrando il tutto nella valutazione dei contenuti di responsabilità, senza scorciatoie che rischiano di squilibrare l'intera gestione della dirigenza e di inviare messaggi contraddittori.

Queste riflessioni in parte ci permettono già di intuire la necessità di sviluppare una coerenza tra architettura organizzativa e graduazione delle posizioni. Queste ultime infatti contengono la potenzialità di rafforzare e di «chiudere logicamente» la progettazione organizzativa, potendo esprimere oltre al contenuto di responsabilità, la valutazione e quindi la relativa importanza che la direzione generale vi attribuisce. Infatti la sola esplicitazione del contenuto di responsabilità non sempre riesce, in sanità, a inviare un messaggio organizzativo così chiaro ed esplicito, proprio perché si tratta di un contesto altamente specialistico e differenziato. A titolo esemplificativo proponiamo tre situazioni. Una direzione generale vuole rafforzare il messaggio che una carriera prevalentemente focalizzata su aspetti clinici debba essere incoraggiata, proprio per evitare di generare ulteriore tensione ad occupare posizioni di prevalente responsabilità organizzativa, che in passato hanno spesso portato le aziende a frazionare costantemente le unità organizzative istituendo ulteriori specialità o sotto-specialità. Se l'organigramma permette di attribuire specifici contenuti di responsabilità alla posizione occupata da un esperto clinico, l'applicazione del nuovo contratto rende possibile premiarla attribuendo una valutazione e quindi un peso retributivo significativamente elevato, magari maggiore degli incarichi di struttura più bassi. In un'altra situazione invece si desidera sottolineare il maggior contenuto di responsabilità di una direzione di distretto rispetto ad un dipartimento o servizio territoriale:

la valutazione delle posizioni attribuirà un valore maggiore al contenuto della direzione di distretto rispetto a quella di dipartimento territoriale, generando quindi una tensione simbolica ed economica a competere per la posizione con la graduazione più alta. Infine, sempre a titolo esemplificativo, le aziende devono decidere se e quali moduli o sezioni ospedaliere intendono rafforzare, lasciare inalterate o fare rientrare organicamente all'interno della divisione di appartenenza. La scelta se considerare la direzione di uno specifico modulo o sezione incarico di struttura o professionale rafforza con decisione il messaggio sul destino organizzativo dell'unità.

La graduazione delle posizioni chiude quindi logicamente il processo di riprogettazione organizzativa, assegnando ai contenuti di responsabilità quelle valorizzazioni che la direzione prefigura per ogni posizione, potendo così riuscire a inviare dei messaggi di convenienza organizzativa tali da generare tensione a favore di quei comportamenti organizzativi che l'azienda intende privilegiare.

### **3. I modelli teorici disponibili per la graduazione degli incarichi**

I passaggi logici che dovrebbero portare alla graduazione delle posizioni sono:

a) individuazione nell'organizzazione di specifiche funzioni direzionali a cui affidare specifiche responsabilità;

b) valutazione delle posizioni sotto il profilo della collocazione nella struttura;

c) individuazione del valore retributivo da correlare ad ogni singola posizione (Zangrandi, 1997);

d) individuazione dei dirigenti da collocare o da confermare nelle singole posizioni organizzative.



In realtà, il valore retributivo (fase c) attribuibile ad ogni posizione organizzativa è per i primi anni di applicazione dei nuovi contratti di importo modesto, venendo buona parte del fondo ad esso dedicato consumato per il pagamento delle indennità fisse, attribuite ai dirigenti assunti prima dell'entrata in vigore della riforma del SSN (D.L.vo 502/92), che sono la maggioranza. L'effetto per i primi anni di applicazione sarà quindi prevalentemente di tipo simbolico, esprimendo una valutazione differenziale del livello di responsabilità assegnato per punti o pesi di valutazione, anche se questi registrano solo un modesto «coefficiente di trasformazione» retributiva (1). L'impatto prevalentemente simbolico della graduazione delle posizioni per i primi anni, destinato a diventare progressivamente negli anni incisivo anche sul piano retributivo, può però anche essere considerato un punto di forza del contratto, alla luce delle seguenti considerazioni:

1) l'innovazione culturale contenuta nell'introduzione della differenziazione della valutazione dei livelli di responsabilità costituisce una novità così rilevante e delicata, che il solo impatto simbolico può già costituire nei primi esercizi un aspetto problematico da gestire: la sua progressiva accettazione può svilupparsi in parallelo alla crescita dei suoi effetti salariali;

2) le aziende sanitarie devono sviluppare nel tempo le necessarie metodologie e gli strumenti operativi per gestire la graduazione delle posizioni: l'assenza di una significativa rilevanza economica risulta probabilmente coerente con la fase di introduzione di questi strumenti.

Per la fase 2), cioè la valutazione delle posizioni, che costituisce il momento tecnicamente più complesso ed operativamente più oneroso, la lettera-

tura propone due possibili logiche di fondo:

1) il metodo della classificazione;

2) il metodo dei fattori.

Il metodo della classificazione, adotta una logica più sintetica e cerca di definire una griglia di posizione gerarchiche tra loro: successivamente attribuisce a ogni incarico una delle posizioni della griglia. Ad ogni posizione gerarchica viene attribuito *ex ante* un valore in termini di punteggio relativo (utile successivamente per definire la retribuzione monetaria).

Il metodo dei fattori, segue invece una logica più analitica, applicando ad ogni singola posizione una serie di fattori (variabili o parametri di giudizio), determinando così il valore organizzativo della posizione come sommatoria dei punteggi ottenuti applicando le variabili di giudizio (Valotti, 1996).

Le aziende sanitarie sono libere di scegliere il modello che preferiscono, ritenendolo più coerente col proprio stile di gestione, con gli strumenti disponibili, con la cultura presente in azienda. Delineando un possibile percorso attuativo esso può essere rappresentato nei seguenti passaggi logici:

a) valutazione delle caratteristiche dell'organizzazione;

b) coinvolgimento dei dirigenti;

c) individuazione del livello di differenziazione delle posizioni attuali e prospettico;

d) valutazione (analisi e graduazione) delle posizioni;

e) verifica dei risultati raggiunti (eventuale ridefinizione dei criteri di valutazione);

f) confronto con i dirigenti e definizione degli aggiustamenti organizzativi (Zangrandi, 1997).

Come si è potuto osservare, il lavoro per la graduazione degli incarichi deve cercare di contemperare istanze in parte anche in contrasto tra loro: analizzare l'assetto organizzativo e

magari ripensarlo; analizzare i differenziali di responsabilità percepiti dai dirigenti con quelli valutati da parte della direzione; definire delle graduazioni per poi magari rimetterle in discussione se il livello di dissenso in azienda è eccessivo. A supporto di questo occorre utilizzare precisi strumenti operativi che ora presenteremo e analizzeremo.

#### 4. La necessità di sviluppare dei modelli operativi per le aziende del SSN

Le aziende sanitarie necessitano di sviluppare degli strumenti concretamente operativi per applicare uno dei due metodi teorici disponibili, soprattutto alla luce dei seguenti aspetti critici:

a) la numerosità delle posizioni che occorre valutare (generalmente qualche centinaio, da 200 a 600, a secondo della dimensione dell'azienda) che rende il lavoro di valutazione oneroso e complesso;

b) la responsabilizzazione del dirigente di II livello nella valutazione dei dirigenti di I livello a lui sottoposti, che richiede la disponibilità di strumenti che accompagnino nel processo di analisi e di giudizio chi, come i medici-dirigenti del SSN, fino ad oggi non ha mai avuto questo onere, che tra l'altro si colloca al di fuori del loro bagaglio culturale tradizionale;

c) la necessità di strutturare il processo all'interno di un metodo codificato, affinché l'inevitabile utilizzo di elementi soggettivi nella valutazione sia contemperato dalla presenza di un percorso razionale, capace di generare un sufficiente livello di consenso all'interno di aziende non abituate a queste logiche valutative;

d) l'oggettivo limite di tempo e di risorse entro cui questo processo, completamente innovativo, deve esse-



re attuato per riuscire ad applicare il contratto.

Obiettivo del presente scritto è quello di presentare ora due possibili modelli operativi sviluppati e applicati dal CeRGAS dell'Università Bocconi in diversi contesti aziendali, all'interno di ricerche-intervento svolte a supporto del processo di graduazione delle posizioni. In particolare i due modelli che presentiamo si ispirano l'uno maggiormente al metodo per fattori, l'altro al metodo della classificazione.

Premettiamo che la validità di un modello non risiede solo nella sua concreta operatività, ma anche negli obiettivi organizzativi e gestionali rispetto a cui è maggiormente focalizzato. Al proposito elenchiamo un ventaglio di potenziali riflessi organizzativi dei due modelli operativi, rispetto ai quali verranno successivamente analizzati:

- 1) livello di responsabilizzazione indotta sui dirigenti di struttura rispetto alla graduazione dei dirigenti di I livello afferenti il proprio centro di responsabilità;
- 2) gradi di libertà che attribuisce al vertice aziendale (direttore generale o direzione strategica, a seconda dell'unità incarica del governo di questa leva aziendale);
- 3) flessibilità e dinamicità nel tempo del sistema;
- 4) meccanicità e rigidità *versus* discrezionalità del modello;
- 5) livello di differenziazione delle posizioni e quindi dei redditi;
- 6) onerosità operativa.

## 5. Il modello operativo basato sul metodo per fattori

Presentiamo il modello applicato ad un concreto caso aziendale, per mostrare anche l'operatività, in modo che il lettore possa disporre anche di una esemplificazione attuativa.

### 5.1. I passaggi logici

Il sistema si articola secondo i seguenti passaggi logici:

1) determinazione delle ipotesi alla base del sistema e dei parametri da utilizzare per la sua applicazione da parte della Direzione generale;

2) formale approvazione da parte del Comitato *budget* delle decisioni di cui al punto 1);

3) formazione dei dirigenti di II livello, incaricati della graduazione degli incarichi professionali dei dirigenti facenti parte il proprio centro di responsabilità (CdR);

4) assegnazione ai CdR di un «monte-punti» determinati in base ai criteri di cui al punto 1), da suddividere successivamente tra i diversi incarichi professionali del proprio CdR;

5) distribuzione dei punti sugli incarichi professionali da parte dei responsabili di CdR, con il supporto dello staff di gestione del personale della direzione generale;

6) verifica e convalida da parte del Comitato *budget* delle graduazioni di cui al punto 5);

7) assunzione della delibera ufficiale.

Dei passi logici sopra indicati, dal punto di vista strategico il punto 1) è il più complesso e rilevante. Nella prima fase occorre infatti decidere:

— il livello di autonomia e di discrezionalità da affidare ai responsabili di CdR;

— il peso relativo tra incarichi di struttura ed incarichi professionali, da cui discende la suddivisione tra le due tipologie di incarichi del monte punti iniziale;

— il grado di differenziazione tra le diverse posizioni, potendo collocarsi in qualche punto dell'asse che unisce una situazione con rilevanti differenze di valutazioni del livello di responsabilità con l'estremo opposto in cui si delinea una sostanziale omogeneità tra le diverse posizioni.

### 5.2. Il meccanismo di fondo per la graduazione delle posizioni

Il sistema si basa su un modello per punti. Il monte-punti viene inizialmente diviso tra incarichi di struttura ed incarichi professionali; successivamente essi vengono assegnati rispettivamente alla direzione generale e ai singoli responsabili di CdR, i primi per distribuirli tra i diversi incarichi di struttura, i secondi per essere assegnati, all'interno di ogni CdR, alle singole posizioni professionali.

La prima suddivisione dei punti (tra incarichi di struttura e professionali) viene effettuata proporzionalmente al numero di incarichi previsti per le due categorie, assegnando un peso maggiore agli incarichi di struttura potendo scegliere tra diverse ipotesi di «pesatura relativa».

La distribuzione dei due rispettivi monte-punti sugli incarichi di struttura e professionali avviene applicando criteri valutativi (in seguito specificati) a ogni singola posizione. A ogni criterio valutativo è collegato un «range» di punteggio entro cui il valutatore sceglie per ogni singola posizione. La sommatoria dei punteggi ottenuta da ogni singola posizione per ogni criterio valutativo ne costituisce il peso. L'applicazione di questi criteri deve esprimere una logica ed una cultura di tipo gestionale, attenta alle contestualizzazioni, alle valutazioni relative, agli impatti motivazionali, ricordando che lo scopo ultimo dell'istituto è quello di stimolare responsabilizzando la dirigenza e non di applicare rigidamente schemi razionali, in una sorta di «managerialismo burocratico».

L'attribuzione degli incarichi professionali comporta costantemente il rischio di confondere la valutazione del professionista con quella della posizione occupata, in quanto la situazione organizzativa interna alle unità

operative è generalmente molto fluida e poco codificata, al punto da non poter neppure sempre individuare con chiarezza le stesse posizioni organizzative. La valutazione degli incarichi di struttura invece è meno esposta al pericolo di scivolare in valutazioni del dirigente invece che della posizione, in quanto si valuta una definita posizione organizzativa: direzione di una unità operativa o di un CdR.

Un punto critico nel modello è la distribuzione del monte-punti riservato per gli incarichi professionali tra le diverse unità organizzative: infatti si deve provvedere ad assegnare un certo numero di punti al responsabile di CdR che provvederà a distribuirli sugli incarichi, a sua discrezione. È possibile assumere diversi criteri di distribuzione dei punti tra CdR, a secondo delle diverse sensibilità e contesti aziendali. Il calcolo dell'impatto retributivo avviene convertendo i punti assegnati in valore economico, in base al numero di punti totale ed al valore del fondo di posizione disponibile.

### 5.3. Calcolo dei fondi e della disponibilità media pro capite

Nel caso aziendale oggetto dell'esemplificazione il fondo per la retribuzione di posizione per i dirigenti medici e veterinari ammonta a L. 4.557.694.657.

Nelle tabelle 1 e 2 viene presentato l'ammontare dei fondi, la quota necessaria per garantire le quote fisse contrattuali e il calcolo della disponibilità media pro capite. Come discusso nei paragrafi precedenti, si osservi come l'importo medio ammonti a sole 1 milione di lire per dirigente, a indicare la valenza prevalentemente simbolica della graduazione degli incarichi per i primi anni di applicazione del contratto.

### 5.4. Suddivisione dei punti tra incarichi di struttura ed incarichi professionali

Un aspetto estremamente critico è la suddivisione del monte-punti complessivo (nel nostro caso definito pari a 10.000 punti) tra gli incarichi di struttura e quelli professionali. Evidentemente la suddivisione è correlata al numero dei dirigenti collocati nelle due diverse tipologia e alla differente valutazione relativa che si intende attribuire agli incarichi di struttura, i quali possono essere pesati n. volte di più degli incarichi professionali. Di seguito vengono presentate 3 ipotesi di suddivisione dei punti, con differenti valutazioni relative:

1) un incarico di struttura pesa il triplo di un incarico professionale;

2) un incarico di struttura pesa il doppio di un incarico professionale;

3) un incarico di struttura pesa 1,5 volte un incarico professionale.

La tabella 3 mostra l'esito delle differenti ipotesi nell'allocatione dei punti tra incarichi di struttura e quelli professionali.

Queste tre ipotesi verranno di seguito utilizzate per le successive simulazioni di suddivisione dei punti tra i diversi CdR per le rispettive graduazioni degli incarichi professionali.

### 5.5. Criteri per la graduazione degli incarichi di struttura

I criteri utilizzati per la graduazione delle posizioni con incarichi di struttura sono nella nostra esemplifi-

Tabella 1

Dirigenti medici	II livello	Ex aiuto qualificato	Ex aiuto	Ex ass.te > 5 anni	Ex assistente	Totali
Territorio .....	1	4	11	6	12	34
Presidio ospedaliero...	20	17	59	28	18	142
<b>Totale.....</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>70</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>176</b>

Tabella 2

Fondo netto medici.....	4.497.694.657
Fondo netto <i>pro capite</i> .....	25.555.083
Minimi garantiti in base alle qualifiche ed alla indennità di specificità medica...	4.310668.000
Fondo residuo.....	187.026.657
Fondo residuo <i>pro capite</i> .....	1.062.651

Tabella 3 - Distribuzione dei pesi tra incarichi di struttura ed incarichi professionali

Dirigenti medici e veterinari				
Punti totali .....	10.000			
	Pesi			
Incarichi di struttura .....	32	3	2	1,5
Incarichi professionali.....	148	1	1	1
Peso incarichi di struttura.....		96	64	48
Peso incarichi professionali.....		148	148	148
Peso totale .....		244	212	196
Punti per incarichi di struttura .....		3.934	3.019	2.449

cazione 6. Sono elencati nella tabella seguente, con a fianco il punteggio ad essi corrispondente. Il numero dei criteri così come i punteggi ad ognuno di essi assegnati sono una autonoma decisione aziendale. Si osservi come i criteri tendono a diminuire il loro livello di misurabilità, più o meno oggettiva, passando dal primo all'ultimo. Infatti se il primi «complessità organizzativa» e «dimensioni» sono in qualche modo misurabili, gli ultimi, «variabilità attività» e «strategicità del CdR» danno ampio spazio a elementi di soggettività e discrezionalità. Questo aspetto è voluto per lasciare dei gradi di libertà valutativi alla direzione generale, incaricata della graduazione degli incarichi di struttura. Inoltre i punteggi attribuibili in base ai singoli criteri non presentano *range* sempre uguali: il secondo e il quinto criterio variano rispettivamente da 1 a 15 e da 2 a 20 punti, mentre tutti gli altri criteri permettono di attribuire un punteggio tra 1 e 10. Questo sottolinea la diversa importanza attribuita a singoli criteri valutativi (schema 1).

Operativamente la presente scheda deve essere compilata dalla direzione generale per ogni incarico di struttura, per stabilirne la valutazione in termini di livello di responsabilità e quindi di peso relativo per la graduazione degli incarichi.

### 5.6. Ipotesi di graduazione degli incarichi di struttura

La compilazione della scheda di valutazione deve inserirsi in un ragionamento organizzativo e gestionale complessivo, cercando un ragionevole equilibrio tra coerenze con il modello organizzativo e relativi contenuti di responsabilità, applicazione attenta dei criteri di valutazione e rispetto di istanze e aggiustamenti gestionali. Nella tabella 4 è riportata

un'ipotesi di pesatura degli incarichi di struttura, con il numero di punti corrispondente per ognuna delle 3 ipotesi sopra riportate di riparto del monte punti iniziale tra incarichi di struttura e professionali. L'elaborazione di simulazione può costituire un utile passaggio metodologico ed operativo per cercare un assetto della graduazione delle posizioni il più coerente possibile con le diverse istanze analizzate al paragrafo 4, prima di definire, da parte della direzione generale, la scelta definitiva.

La prima colonna della tabella esprime il risultato ottenuto dalla posizione applicando i criteri valutativi appena esposti ed i relativi punteggi. Le successive colonne trasformano il punteggio ottenuto dalla singola posizione in punti relativi rispetto al totale del monte-punti disponibili, in ciascuna delle tre ipotesi di suddivisione dei punti tra incarichi di struttura e professionali.

### 5.7. Criteri per la graduazione degli incarichi professionali

I criteri da utilizzare per la graduazione delle posizioni con incarichi professionali sono diversi da quelli per gli incarichi di struttura, in quanto è dissimile la natura del contenuto di

responsabilità. Nella nostra esemplificazione ne sono stati individuati 5. Sono elencati nello schema 2, con a fianco il punteggio ad essi corrispondente e si nota un'altra volta la misurabilità decrescente dal primo all'ultimo criterio e la differenza del *range* di punteggi per ogni criterio.

### 5.8. Suddivisione dei punti per gli incarichi professionali

Ogni CdR avrà a disposizione dei punti da assegnare per graduare gli incarichi professionali al suo interno. Un aspetto critico è definire un criterio di suddivisione del monte-punti complessivo per la graduazione degli incarichi professionali tra le singole unità organizzative o CdR. Di seguito vengono illustrate diversi possibili criteri di suddivisione.

#### A) Suddivisione per teste, pesate in base alle qualifiche

I punti vengono suddivisi in base al numero di dirigenti che ricoprono gli incarichi professionali, pesati in base alle ex qualifiche. Un caso particolare rientrante in questa possibilità consiste nell'attribuire a tutte le qualifiche peso 1. Questo equivale a non consi-

**Schema 1**

Criterio	Punti
1) Complessità organizzativa: articolazione interna in diverse unità di offerta o più unità di offerta per area territoriale	da 1 a 10
2) Dimensione: consistenza delle risorse umane, finanziarie e strumentali ricomprese nel budget assegnato	da 1 a 15
3) Complessità di specializzazione: specificità tecnico-professionale e dinamicità scientifico-culturale della posizione e dei membri dell' <i>équipe</i> dell'unità organizzativa coordinata	da 1 a 10
4) Complessità di coordinamento: gestione di più servizi all'utenza/correlazione con altri CdR	da 1 a 10
5) Variabilità: imprevedibilità qualitativa e quantitativa e differenziazione dei servizi erogati dal CdR	da 2 a 20
6) Rilevanza strategica dell'unità organizzativa coordinata: rilevanza della posizione in relazione agli obiettivi aziendali	da 1 a 15



Tabella 4

	Peso totale	Punti		
		Totali: 3934	Totali: 3019	Totali: 2449
Medicina I.....	50	94	72	58
Medicina II.....	50	94	72	58
Neurologia.....	51	96	73	60
Pediatria.....	48	90	69	56
Unità operativa di psichiatria.....	56	105	81	65
UCC e cardiologia.....	57	107	82	67
Anestesia e rianimazione.....	60	113	86	70
Chirurgia I.....	46	86	66	54
Chirurgia II.....	46	86	66	54
Oculistica.....	49	92	71	57
ORL.....	45	84	65	53
Ortopedia.....	51	96	73	60
Ostetricia e ginecologia.....	50	94	72	58
Urologia.....	50	94	72	58
Anatomia patologica.....	53	99	76	62
Laboratorio analisi.....	60	113	86	70
Servizio trasfusionale.....	53	99	76	62
Medicina nucleare.....	41	77	59	48
Pronto soccorso.....	52	98	75	61
Radiologia.....	57	107	82	67
RRF.....	42	79	60	49
DSH.....	62	116	89	72
Direzione territoriale.....	62	116	89	72
Distretto n. 1, prov. Como.....	47	88	68	55
Distretto n. 2, prov. Milano.....	47	88	68	55
Distretto n. 3, Saronno.....	47	88	68	55
Distretto n. 4, prov. Varese.....	47	88	68	55
NOT.....	45	84	65	53
NPI.....	45	84	65	53
Igiene pubblica.....	48	90	69	56
TSSL.....	43	81	62	50
Servizio veterinario.....	45	84	65	53
Dipartimento #1.....	60	113	86	70
Dipartimento #2.....	60	113	86	70
Dipartimento #3.....	60	113	86	70
Dipartimento #4.....	60	113	86	70
Modulo #1.....	36	68	52	42
Modulo #2.....	36	68	52	42
Modulo #3.....	36	68	52	42
Modulo #4.....	36	68	52	42
Modulo #5.....	36	68	52	42
Modulo #6.....	36	68	52	42
Modulo #7.....	36	68	52	42

caricato di graduare i membri dell' *équipe* professionale del proprio CdR.

C) Suddivisione per teste, pesate in base ad obiettivi / politiche aziendali

Questo meccanismo prevede di assegnare ad ogni CdR un coefficiente moltiplicativo del numero di teste. Questo coefficiente può assumere valori oscillanti tra 1 e 2 ed essere determinato dalla Direzione generale in base a considerazioni di carattere strategico.

D) Suddivisione in base a qualifiche e politiche aziendali

Questo sistema prevede di pesare le teste in base alle ex qualifiche e di moltiplicare il valore ottenuto per il coefficiente di cui al punto precedente: in altre parole si correla il primo criterio con il terzo.

La scelta di uno di questi criteri deve avvenire in coerenza alle più generali politiche aziendali. Il primo criterio è più attento a rispettare alcuni dati storici di partenza; il secondo rafforza il peso attribuito alla valutazione dell'incarico di struttura e genera una sorta di effetto trascinarsi che può produrre una cultura di «squadra» all'interno delle *équipe*; il terzo criterio invece cerca di lasciare più margini di discrezionalità alla direzione generale: ogni criterio presenta dei punti di forza e di debolezza.

derare le ex qualifiche nell'assegnazione dei punti.

B) Suddivisione in base agli incarichi di struttura

I punti vengono suddivisi in base al numero di dirigenti che ricoprono incarichi professionali, pesati in base al punteggio dell'incarico di struttura assegnato al dirigente responsabile, in-

Schema 2

Criterio	Punti
Esperienza professionale necessaria nella posizione	da 1 a 10
Formazione necessaria nella posizione	da 1 a 10
Utilizzo di metodiche diagnostiche/terapeutiche o tecnologie/strumentazioni complesse	da 1 a 15
Variabilità e differenziazione delle patologie curate, delle tecniche utilizzate e delle attività svolte	da 1 a 15
Rilevanza strategica della posizione in relazione agli obiettivi del CdR	da 1 a 15



5.9. Il valore economico del punto

Una volta assegnati i punti, è necessario convertirli in una dimensione monetaria per ricavarne la retribuzione di posizione. Una possibilità è costituita dalla seguente tecnica:

1) si divide il fondo complessivo per i punti assegnati (nella nostra esemplificazione per la dirigenza medica e veterinaria questo comporta di-

vedere il fondo di L. 4.497.694.657 per il monte punti definito pari a 10.000 punti, che prefigura il valore del punto pari a L. 449.769;

2) la retribuzione delle posizioni è pari al valore del punto, moltiplicato per i punti assegnati ad ogni posizione.

A titolo di esempio vengono riportati i valori delle retribuzioni di posizione per gli incarichi di struttura, in

base alle ipotesi ed ai parametri illustrati in precedenza (tabella 5).

Però, come ricordato in precedenza, i minimi garantiti dal contratto assorbono gran parte del fondo di posizione. Per la dirigenza medica e veterinaria nel nostro esempio rimangono da distribuire, per il 1997, solo 187 milioni. È quindi opportuno ragionare sul fondo totale (per mostrare al singolo dirigente il delta, positivo o negativo,

Tabella 5

	Peso totale	Punti			Retribuzione di posizione nei tre casi		
		Totali: 3934	Totali: 3019	Totali: 2449	Valore del punto: 449.769		
Medicina I .....	50	94	72	58	42.193.247	32.374.693	26.263.144
Medicina II.....	50	94	72	58	42.193.247	32.374.693	26.263.144
Neurologia .....	51	96	73	60	43.037.112	33.022.187	26.788.406
Pediatria .....	48	90	69	56	40.505.517	31.079.705	25.212.618
Unità operativa di psichiatria .....	56	105	81	65	47.256.437	36.259.656	29.414.721
UCC e cardiologia.....	57	107	82	67	48.100.302	36.907.150	29.393.984
Anestesia e rianimazione.....	60	113	86	70	50.631.897	38.849.631	31.515.772
Chirurgia I.....	46	86	66	54	38.817.787	29.784.717	24.162.092
Chirurgia II.....	46	86	66	54	38.817.787	29.784.717	24.162.092
Oculistica.....	49	92	71	57	41.349.382	31.727.199	25.737.881
ORL.....	45	84	65	53	37.973.922	29.137.223	23.636.829
Ortopedia .....	51	96	73	60	43.037.112	33.022.187	26.788.406
Ostetricia e ginecologia.....	50	94	72	58	42.193.247	32.374.693	26.263.144
Urologia .....	50	94	72	58	42.193.247	32.374.693	26.263.144
Anatomia patologica .....	53	99	76	62	44.724.842	34.317.174	27.838.932
Laboratorio analisi .....	60	113	86	70	50.631.897	38.849.631	31.515.772
Servizio trasfusionale.....	53	99	76	62	44.724.842	34.317.174	27.838.932
Medicina nucleare.....	41	77	59	48	34.598.463	26.547.248	21.535.778
Pronto soccorso .....	52	98	75	61	43.880.977	33.669.680	27.313.669
Radiologia.....	57	107	82	67	48.100.302	36.907.150	29.393.984
RRF.....	42	79	60	49	35.442.328	27.194.742	22.061.041
DSH .....	62	116	89	72	52.319.626	40.144.619	32.566.298
Direzione territoriale.....	62	116	89	72	52.319.626	40.144.619	32.566.298
Distretto n. 1, prov. Como.....	47	88	68	55	39.661.652	30.432.211	24.687.355
Distretto n. 2, prov. Milano.....	47	88	68	55	39.661.652	30.432.211	24.687.355
Distretto n. 3, Saronno.....	47	88	68	55	39.661.652	30.432.211	24.687.355
Distretto n. 4, prov. Varese.....	47	88	68	55	39.661.652	30.432.211	24.687.355
NOT .....	45	84	65	53	37.973.922	29.137.223	23.636.829
NPI.....	45	84	65	53	37.973.922	29.137.223	23.636.829
Igiene pubblica.....	48	90	69	56	40.505.517	31.079.705	25.212.618
TSLL.....	43	81	62	50	36.286.193	27.842.236	22.586.303
Servizio veterinario.....	45	84	65	53	37.973.922	29.137.223	23.636.829
Dipartimento #1 .....	60	113	86	70	50.631.897	38.849.631	31.515.772
Dipartimento #2 .....	60	113	86	70	50.631.897	38.849.631	31.515.772
Dipartimento #3 .....	60	113	86	70	50.631.897	38.849.631	31.515.772
Dipartimento #4 .....	60	113	86	70	50.631.897	38.849.631	31.515.772
Modulo #1 .....	36	68	52	42	30.379.138	23.309.779	18.909.463
Modulo #2 .....	36	68	52	42	30.379.138	23.309.779	18.909.463
Modulo #3 .....	36	68	52	42	30.379.138	23.309.779	18.909.463
Modulo #4 .....	36	68	52	42	30.379.138	23.309.779	18.909.463
Modulo #5 .....	36	68	52	42	30.379.138	23.309.779	18.909.463
Modulo #6 .....	36	68	52	42	30.379.138	23.309.779	18.909.463
Modulo #7 .....	36	68	52	42	30.379.138	23.309.779	18.909.463

tra il valore della sua posizione graduata e quello garantito dal suo storico (pregresso): occorre infatti verificare caso per caso la congruenza tra la retribuzione risultante dal processo di graduazione ed i minimi contrattuali, dovendo integrare al minimo il dirigente collocato in una posizione il cui valore graduato sia inferiore allo storico. Questa tecnica permette, in altri termini, di mostrare ad ogni dirigente quanto sarebbe la valutazione della sua posizione da parte della direzione se non esistessero i minimi contrattuali, preparando il terreno culturale al momento in cui la quota variabile della retribuzione avrà uno spazio maggiore nella definizione delle retribuzioni reali.

## 6. Il modello operativo basato sul metodo della classificazione

Presentiamo il secondo modello applicativo, basato sul metodo della classificazione, attraverso un ulteriore concreto caso aziendale. Questo metodo prende avvio con l'identificazione delle «caselle» organizzative corrispondenti ai differenti livelli di responsabilità. Ogni «casella» viene identificata da un nome o da una lettera: posizione di tipo a, b, c, d, alfa, a', b', c', d' a cui deve corrispondere un preciso livello di responsabilità, ricostruibile attraverso la valutazione dei contenuti di responsabilità attribuito nell'organigramma aziendale alla posizione. Mostriamo ora un esempio di classificazione, a cui faremo seguire i correlati criteri di valutazione, per illustrare in fine i passaggi organizzativi necessari per la realizzazione del processo di valutazione. Ci limiteremo a mostrare una possibile classificazione per i medici ed i veterinari, ricordando che la logica proposta si ripete, seppur contestualizzata, per gli altri tipi di dirigenti sanitari e amministrativi (schema 3).

In questo caso gli incarichi di struttura sono stati suddivisi in 4 classi (a, b, c, d): nelle prime due si collocano responsabilità che assommano la direzione o il coordinamento di più unità operative, mentre le ultime due afferiscono a posizioni di direzione di singole unità operative (semplici o complesse). Come si vede nella scheda, le quattro classi sono state suddivise tra le due fasce contrattuali (A e B) rispetto alle quali cambiano i range retributivi aggiuntivi riconoscibili come indennità di posizione. I dirigenti che occupano una pluralità di posizioni funzionali (ad esempio direttore di dipartimento che ha mantenuto la direzione di una divisione) dovrebbero vedersi attribuito il punteggio della posizione superiore.

### 6.1. Classificazione degli incarichi professionali

Le posizioni comportanti incarichi professionali per i dirigenti di I livello non sono identificabili in maniera e in

numero omogeneo in ogni Centro di responsabilità, ma dipendono dalle dimensioni, dalla complessità e dall'organizzazione interna disposta dal Dirigente di II livello e dall'Alta direzione (schema 4).

In questo caso gli incarichi professionali sono stati suddivisi in 5 tipologie, di cui la prima è da ritenersi particolarmente significativa (dovrebbe essere una posizione molto rara nei CdR e valutata ad un livello vicino se non addirittura superiore al più basso degli incarichi di struttura). Questa posizione definita è da ritenersi esclusiva e non cumulabile con altri incarichi professionali aggiuntivi (W e Z) di seguito esplicitati. Essa dovrebbe rappresentare quindi il vertice della carriera professionale ed essere presente solo in alcune unità organizzative e difficilmente per più di una posizione per ogni CdR. Questa scelta cerca evidentemente di sottolineare l'opportunità di concorrere e di specializzarsi prevalentemente per una carriera professionale.

Schema 3 - Classificazione degli incarichi di struttura

Fascia contrattuale	Valori economici contrattuali min/max	Graduazione incarichi aziendali
A	Medici/veterinari 16 ml/70 ml san. non medici 16 ml/70 ml	a Direzione di struttura ad alta complessità ed integrazione b Direzione di struttura complessa
B	Medici/veterinari 15 ml/60ml san. non medici 13,5 ml/60 ml	c Direzione di articolazioni interne complesse d Direzione di articolazioni interne semplici

Schema 4

Fascia contrattuale	Valori economici contrattuali min/max	Graduazione incarichi aziendali
A	Medici/veterinari 11 ml/55 ml san. non medici 9,5 ml/55 ml	α Coordinamento professionale/operativo di articolazione interna a' Incarico professionale a rilevante e complessa specializzazione
B	Medici/veterinari 2,3 ml/35ml san. non medici 1,8 ml/35 ml	b' Incarico professionale di alta specializzazione c' Incarico professionale tecnico-specialistico d' Incarico professionale di base

I livelli da a' a d' possono invece essere «incrociati» in maniera differente con le seguenti responsabilità gestionali:

w: coordinamento di parte di un Centro di responsabilità o di gruppi di progetto/lavoro formalmente costituiti;

z: attribuzione di specifiche competenze gestionali (interne ai CdR).

In molte aziende, in realtà, la classificazione utilizzata per i medici ed i veterinari, viene riproposta identicamente anche per i dirigenti sanitari non medici (farmacisti, biologi, ecc.) per sottolinearne la vicinanza professionale e quindi la necessità di utilizzare classificazioni identiche. Ciò che cambia è soltanto il fondo retributivo di afferenza utilizzato per il calcolo del valore retributivo delle singole posizioni.

## 6.2. Criteri per la graduazione delle posizioni dirigenziali

Per collocare le singole posizioni dirigenziali nella classificazione sopra esposta occorre definire dei precisi criteri di analisi organizzativa definiti dalle politiche aziendali nella gestione dei dirigenti e mutuabili anche direttamente dai contratti per la dirigenza (art. 51 CCNL area medica). A titolo esemplificativo ne mostriamo quelli applicati nel nostro caso di sperimentazione, limitatamente all'area medica e veterinaria.

### 6.2.1. Incarichi di struttura

Complessità organizzativa:

a) articolazione interna in diverse unità di offerta o più unità di offerta per area territoriale;

b) ampiezza del bacino di utenza/complessità dell'area geografica di riferimento;

c) grado di autonomia in relazione anche ad eventuale struttura sovraordinata;

d) consistenza delle risorse umane, finanziarie e strumentali ricomprese nel *budget* assegnato;

e) complessità di specializzazione: specificità tecnico-professionale e dinamicità scientifico-culturale della posizione e dei membri dell'*équipe* dell'articolazione organizzativa coordinata;

f) complessità di coordinamento: gestione di più servizi all'utenza/correlazione con altri CdR;

g) variabilità qualitativa e quantitativa e differenziazione dei servizi erogati dal CdR;

h) rilevanza strategica della struttura coordinata/rilevanza della posizione in relazione agli obiettivi aziendali.

### 6.2.2. Incarichi professionali

a) Esperienza professionale necessaria nella posizione.

b) Formazione necessaria nella posizione.

c) Grado di autonomia negli interventi e nelle attività professionali.

d) Utilizzo di metodiche diagnostiche/terapeutiche o tecnologie/strumentazioni complesse.

e) Svolgimento di funzioni di coordinamento/indirizzo/consulenza/ricerca/ispezione/verifica.

f) Variabilità e differenziazione delle patologie curate, delle tecniche utilizzate e delle attività svolte.

g) Rilevanza strategica della posizione in relazione agli obiettivi aziendali.

## 6.3. Il processo di attribuzione degli incarichi

Gli incarichi di struttura sono assegnati direttamente dalla direzione generale. Essi coincidono di norma con

le direzioni di unità operative o di CdR, ma in alcune unità organizzativa possono esserci degli incarichi di struttura ulteriori interni ad un CdR (ad esempio un modulo all'interno di una divisione ospedaliera). Gli incarichi professionali interni ai CdR sono attribuiti su proposta sostanziale dei dirigenti con responsabilità di direzione di struttura.

Operativamente questo delicato processo che deve essere contemporaneamente analitico e complessivo, dovendo condurre un'analisi organizzativa capace di valutare e classificare in media per ogni azienda qualche centinaio di dirigenti, può essere articolato nelle seguenti fasi.

1) La direzione generale individua, attraverso una ricognizione degli organici e dei fabbisogni di professionisti, il numero degli incarichi di struttura e di posizioni professionali da attribuire ai singoli CdR, comprendendo quindi sia le posizioni già occupate, sia quelle potenzialmente attivabili (potendo superare al proposito le stesse indicazioni della pianta organica qualora questa non fosse attuale o veritiera). Per fare questo deve attivare un processo di analisi organizzativa capillare rispetto all'identificazione del numero di incarichi di struttura e dei livelli di responsabilità interni alle *équipe* professionali.

2) Occorre predisporre alcune simulazioni in cui si varino rispetto al totale delle posizioni diverse ipotesi di classificazioni (ad esempio piramide aziendale molto «schiacciata» con tutte le posizioni classificate «in basso», oppure molto «innalzata» con molte posizioni classificate «verso l'alto») correlandole con differenti ipotesi di punteggi attribuibili alle singole classificazioni (ad esempio logica meritocratica con una distanza significativa di punteggi tra le diverse posizioni, oppure logica solidaristica o media). Tra le simulazioni è necessario sceglierne



una che definisca da un lato il punteggio definitivo assegnato ad ogni singola classificazione, dall'altro le compatibilità generali rispetto alle classificazioni: il numero massimo di posizioni per ogni tipo di classificazioni che possono essere assegnate in azienda.

Le tabelle 6 e 7 mostrano una serie di simulazioni variando la distribuzione delle posizioni lungo le classi (3 ipotesi: «schiacciata», «media», «innalzata») e variando il valore attribuito ad ogni classificazione (3 ipotesi: «meritocratica», «media», «egualitaria»), arrivando a nove ipotesi possibili, tra le quali la direzione generale deve sceglierne una. Ogni ipotesi determina un valore del punto diverso, moltiplicando il quale per il numero dei punti attribuito ad ogni classe di posizione, si ottiene il suo valore retributivo.

3) L'alta direzione procede con un'analisi organizzativa che utilizzi i criteri di classificazione sopra esposti a definire il tipo e il numero di posizioni assegnate ai singoli CdR, in coerenza alle loro dotazioni organiche reali e potenziali. Questa assegnazione deve essere istruita in coerenza alle compatibilità generali definite al punto precedente. Il limite massimo di posizioni per ogni classificazioni serve proprio come argine alle inevitabili spinte provenienti da ogni singolo CdR ad

innalzare il livello delle posizioni assegnate. L'analisi organizzativa deve essere di tipo analitico, arrivando ad intervistare almeno tutti i responsabili di CdR, con i quali occorre applicare i criteri di valutazione per classificare le posizioni interna ai CdR.

La tabella 10 mostra una griglia sintetica con cui la direzione generale ed i suoi *staff* operativi possono analizzare le posizioni professionali di ogni singolo CdR per classificarne i ruoli.

4) Il Comitato *budget*, o un altro organo di governo d'azienda, in coerenza alla propria funzione di programmazione generale, dovrebbe esprimere dei pareri propositivi e dei suggerimenti all'alta direzione, soprattutto nella fase 2 (scelta delle compatibilità

generali e del punteggio di ogni classificazione) e nella fase 3 (indicazione ad ogni CdR del tipo e del numero di posizioni).

5) I responsabili di CdR devono individuare i professionisti a cui assegnare le singole classificazioni assegnate, cioè devono definire le collocazioni organizzative interne alla propria unità. Ogni CdR riceve quindi uno schema sintetico in cui è elencato l'elenco dei propri dirigenti ed il tipo e la numerosità delle classi di posizioni attribuite. Successivamente il dirigente di struttura deve solo incrociare le «caselle» assegnate con i nomi dei dirigenti che vi intende collocare. Le tabelle 8 e 9 mostrano un esempio di impostazione di un simile *report*.

**Tabella 6 - Totale punti attribuita alla singola posizione (punteggio assegnato alla posizione \* numero dirigenti nella posizione)**

	Differenzianti			Medio			Egualitario		
	schiacciata	media	innalzata	schiacciata	media	innalzata	schiacciata	media	innalzata
a	0	300	600	0	235	470	0	150	300
b	250	1.250	2.000	125	625	1.000	135	675	1.080
c	200	500	1.000	240	600	1.200	250	625	1.250
d	750	525	750	1.100	770	1.100	1.150	805	1.150
alfa	0	650	1.300	0	1.000	2.000	0	1.050	2.100
a'	390	3.250	3.965	570	4.750	5.795	600	5.000	6.100
b'	3.850	2.750	1.760	5.250	3.750	2.400	6.300	4.500	2.880
c'	2.700	1.350	1.800	3.300	1.650	2.200	5.100	2.550	3.400
d'	1.020	750	0	1.700	1.250	0	2.720	2.000	0
w/z	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale punti	9.160	11.325	13.175	12.285	14.630	16.165	16.255	17.355	18.260
Valore punto	30.273	24.486	21.048	22.575	18.954	17.154	17.059	15.978	15.186

**Tabella 7 - Valore posizione (valore punto \* numero punti attribuiti alla posizione)**

	Differenzianti			Medio			Egualitario		
	schiacciata	media	innalzata	schiacciata	media	innalzata	schiacciata	media	innalzata
a	L. 9.081.928	L. 7.345.736	L. 6.314.267	L. 5.304.506	L. 4.454.263	L. 4.031.294	L. 2.558.919	L. 2.396.729	L. 2.277.943
b	» 7.568.273	» 6.121.447	» 5.261.889	» 2.821.546	» 2.369.289	» 2.144.305	» 2.303.027	» 2.157.056	» 2.050.148
c	» 3.027.309	» 2.448.579	» 2.104.756	» 2.708.684	» 2.274.517	» 2.058.533	» 2.132.433	» 1.997.274	» 1.898.285
d	» 2.270.482	» 1.836.434	» 1.578.567	» 2.482.960	» 2.084.974	» 1.886.989	» 1.961.838	» 1.837.492	» 1.746.423
alfa	» 1.967.751	» 1.591.576	» 1.368.091	» 2.257.237	» 1.895.431	» 1.715.444	» 1.791.243	» 1.677.710	» 1.594.560
a'	» 1.967.751	» 1.591.576	» 1.368.091	» 2.144.375	» 1.800.659	» 1.629.672	» 1.705.946	» 1.597.819	» 1.518.628
b'	» 1.665.020	» 1.346.718	» 1.157.616	» 1.692.928	» 1.421.573	» 1.286.583	» 1.535.351	» 1.438.037	» 1.366.766
c'	» 1.362.289	» 1.101.860	» 947.140	» 1.241.480	» 1.042.487	» 943.494	» 1.450.054	» 1.358.146	» 1.290.834
d'	» 908.193	» 734.574	» 631.427	» 1.128.618	» 947.715	» 857.722	» 1.364.757	» 1.278.255	» 1.214.903
w	» 302.731	» 244.858	» 210.476	» 451.447	» 379.086	» 343.089	» 170.595	» 159.782	» 151.863
z	» 151.365	» 122.429	» 105.238	» 338.586	» 284.315	» 257.317	» 85.297	» 79.891	» 75.931



**Tabella 8**

Codice CdR: 1		Posizioni assegnate per medici-veterinari-sanitari non medici	
CdR:		Responsabile: dr. Rossi	
Posizioni assegnate	W	Z	Nomi dirigenti
α			
c'			
d'			
d'			

N. W assegnate = 1.  
N. Z assegnate = nessuna.

Le lettere W e Z corrispondono rispettivamente a:  
W: coordinamento di parte di CdR o di gruppi di progetto/lavoro formalmente costituiti;  
Z: attribuzione di specifiche competenze gestionali (interne ai CdR).

Tali punteggi aggiuntivi devono essere incrociati con le posizioni da a' a d' ma non possono essere assegnati congiuntamente allo stesso dirigente.

Nel caso in cui la posizione si riferisca a personale attualmente non in servizio, inserire la voce «vacante» nella relativa casella.

6) Come stabilito dal contratto, il Nucleo di valutazione dovrebbe verificare la validità e la correttezza dell'intero processo di attribuzione degli incarichi dirigenziali.

**7. Il confronto tra i due modelli operativi**

I due modelli operativi proposti sono profondamente diversi ed è pertanto importante confrontarli per declinare tutti gli elementi che possono portare a preferirne uno rispetto all'altro a secondo dei singoli contesti aziendali e delle politiche che in esso si intendono condurre. In realtà è possibile costruire delle varianti applicative dei due modelli, che anche le sperimentazione del CeRGAS hanno testato, che tendono a diminuire le differenze tra le due soluzioni, fino quasi farle «collassare» l'una sull'altra o perlomeno arrivando a concepire un ventaglio di soluzioni intermedie senza soluzione di continuità tra i due estremi. Infatti il modello basato sulla classificazione può essere arricchito

concedendo ad ogni responsabile di CdR oltre alle posizioni predefinite un monte-punti aggiuntivo che può essere distribuito con criteri *ad hoc* alle singole posizioni, oppure, come già descritto nel modello CeRGAS proposto, aumentando la rilevanza e la numerosità dei punteggi aggiuntivi (indicati nello schema con le lettere W, Z, H, Y).

D'altra parte il modello per fattori può essere corretto correlando «range» di punti a «caselle» organizzative

precodificate, ad esempio arrotondando per eccesso e per difetto i punteggi ottenuti dalla singola posizione (55 diventa 50, 56 diventa 60). In questo modo pur utilizzando il metodo dei fattori, essi operano di fatto come strumento di analisi organizzativa per supportare una classificazione.

Pur nella possibilità di definire varianti applicative dei modelli, risulta importante decifrarne le caratteristiche, che il decisore aziendale deve analizzare per definire la miglior scelta per il proprio specifico aziendale, in coerenza al complesso delle politiche gestionali. Confrontiamo pertanto i due modelli rispetto alle seguenti variabili di analisi:

- a) livello di responsabilizzazione indotta sui dirigenti di struttura;
- b) gradi di libertà che attribuisce al vertice aziendale;
- c) flessibilità e dinamicità nel tempo del sistema;
- d) meccanicità e rigidità *versus* discrezionalità del modello;
- e) livello di differenziazione delle posizioni e quindi dei redditi;
- f) onerosità operativa;
- g) rapporti con le organizzazioni sindacali.

a) Il modello che deriva dal metodo della classificazione presenta una logica operativa più direttiva di tipo «top down» in quanto il vertice aziendale decide la classificazione ed attri-

**Tabella 9 - Esempio di scheda per la graduazione delle posizioni**

CdR: 1	<b>Graduazione delle posizioni</b>
Responsabile: dr. Rossi	
ELENCO DIRIGENTI AFFERENTI AL CDR	
<i>Dirigenti medici, veterinari e sanitari non medici</i>	
(Vacante)	
Tizio	
Caio	
Sempronio	

Tabella 10

Codice CdR: 1		Graduazione delle posizioni per dirigenti medici-veterinari-sanitari non medici								
CdR:		Responsabile: dr. Rossi								
Pesatura dei parametri ai fini della graduazione delle posizioni dirigenziali										
Posizione	1	2	3	4	5	6	7	Peso totale	Fascia di valori min/max per posizione	
alfa = Coordinamento professionale/operativo di articolazione interna										61-70
a' = Incarico professionale a rilevante e complessa specializzazione										51-60
b' = Incarico professionale ad alta specializzazione										41-50
c' = Incarico professionale tecnico-specialistico										31-40
d' = Incarico professionale di base										0-30

Il responsabile del CdR deve attribuire un punteggio (min 0 max 10) che pesi l'incidenza del criterio considerato per ognuna delle posizioni, in funzione delle peculiarità caratterizzanti la struttura di appartenenza. La somma dei valori assegnati ai singoli criteri dovrà rientrare, per ogni posizione, nella rispettiva fascia di valori indicata. I criteri sono:

- 1) esperienza professionale necessaria nella posizione;
- 2) formazione necessaria nella posizione;
- 3) grado di autonomia negli interventi e nelle attività professionali;
- 4) utilizzo di metodiche diagnostiche/terapeutiche o tecnologie/strumentazioni complesse;
- 5) svolgimento di funzioni di coordinamento/indirizzo/ricerca/ispezione/verifica;
- 6) variabilità e differenziazione delle patologie curate, delle tecniche utilizzate e delle attività svolte;
- 7) rilevanza strategica della posizione in relazione agli obiettivi aziendali.

buisse ad ogni CdR numero e tipo di posizioni: al responsabile del CdR non resta che indicare il nome del dirigente collocato nelle caselle assegnate. Al contrario il modello basato sulla logica per fattori responsabilizza maggiormente i dirigenti di struttura in quanto questi si trovano a dover distribuire con una certa libertà un monte-punti tra i propri professionisti, in un processo decisionale quindi più di tipo *bottom-up*. La scelta tra i due modelli dovrebbe dipendere quindi dal livello di maturità del processo di aziendalizzazione e dalla possibilità/volontà di cedere la leva di gestione della dirigenza ai responsabili dei CdR. La responsabilizzazione dei CdR può esse-

re «forzata» accompagnando il processo di gradazione delle posizioni o con il supporto formativo ed operativo nella valutazione, oppure correggendo il modello con arrotondamenti per eccesso e difetto in modo che la variabilità delle posizioni e i gradi di libertà valutativi diminuiscano.

b) I gradi di libertà e discrezionalità che i due modelli operativi lasciano al vertice aziendale devono essere discussi separatamente rispetto alla graduazione degli incarichi di struttura e rispetto agli incarichi professionali. Per i primi il metodo della classificazione proposto impone alla direzione generale di esplicitare *ex ante* il tipo di classificazione per ufficializzare suc-

cessivamente la collocazione dei singoli dirigenti. Il livello di discrezionalità dipende in parte anche dall'abilità logica di definire le «caselle» organizzative, avendo ben in mente il loro utilizzo successivo. In questa partita invece il metodo per fattori garantisce maggiore discrezionalità, in quanto permette di palesare i risultati della valutazione alla fine dell'intero processo, potendo quindi ponderare con grande cura le analisi intermedie, che rimangono riservate fino alla conclusione del lavoro. Al contrario per gli incarichi professionali il metodo della classificazione permettere alla direzione di influenzare maggiormente l'esito del processo, il quale è signifi-

cattivamente gestito in una logica *top-down*, che nel momento dell'attribuzione delle posizioni ai singoli CdR, di fatto prefigura anche l'esito nominativo. In altre parole quando la direzione generale ha attribuito il tipo ed il numero di «caselle» per ogni CdR, in qualche modo ha prefigurato anche dei nominativi. Invece nel metodo per fattori la valutazione degli incarichi professionali rimane per la direzione generale una «scatola nera», completamente gestita dai dirigenti di II livello. La possibilità di influenzare direttamente i risultati da parte della direzione dipende quindi dal tipo di rapporti informali e dal clima organizzativo nei confronti dei responsabili di CdR.

c) Entrambi i meccanismi possono essere modificati nel tempo, in base alla dinamica organizzativa, anche se probabilmente può non risultare opportuno cambiare troppo rapidamente e frequentemente la graduazione delle posizioni, essendo queste una valutazione della struttura di responsabilità, alla quale dovrebbero essere garantita una certa stabilità nel tempo, per favorire, almeno in questa fase iniziale di aziendalizzazione, un effettivo radicamento del binomio autonomia-responsabilità. La potenziale dinamicità dei due sistemi è però maggiormente evidente nel metodo per fattori, il quale indicando solo dei criteri di allocazione di punti, non arriva a definire delle caselle rigide, come nel metodo della classificazione, le quali presentano una maggiore problematicità gestionale al cambiamento.

d) Entrambi i modelli presentati sono estremamente versatili e flessibili per costruire soluzioni *ad hoc*, coerenti col reale quadro organizzativo. Queste caratteristiche sono assai importanti per le aziende sanitarie pubbliche per evitare derive di tipo meccanicistico, già troppo frequenti nel recente passato burocratico dell'am-

ministrazione della dirigenza, le quali difficilmente riescono a valorizzare i reali livelli di responsabilizzazione ed imprenditorialità interna. La flessibilità del metodo della classificazione viene però consumata prevalentemente all'inizio del processo, quando si definiscono le «caselle organizzative»: successivamente il sistema avvia un processo logicamente abbastanza consequenziale, motivo per cui spesso nella pratica si tende prima a simulare l'esito del processo, prima di ufficializzare le classificazioni della partenza ufficiale. Al contrario il metodo per fattori tende a esprimere i propri margini di flessibilità verso la fine del processo valutativo, essendo all'inizio estremamente indefinito ed indeterminato.

e) Entrambi i sistemi permettono di costruire delle graduazioni estremamente differenziate o assolutamente solidaristiche, senza alcuna soluzione di continuità nel ventaglio dei possibili assetti intermedi. Il metodo della classificazione però crea dei gruppi omogenei per classi, mentre quello per fattori (soprattutto se non si approssimano i punteggi) apre all'infinito il ventaglio dei possibili livelli retributivi. Nell'esperienza concreta avviene però spesso un fatto paradossale: il modello operativo della classificazione predefinisce i differenziali valutativi tra le diverse caselle e quindi questi rimangono fissi, mentre utilizzando il metodo dei fattori si vorrebbe spesso costituire delle differenziazioni valutate molto analiticamente: al contrario invece nei fatti si finisce per premiare rispetto ad alcune variabili certe posizioni, rispetto alle rimanenti le altre, arrivando in ultima analisi ad una maggiore uniformità retributiva, nonostante durante il processo si siano espressi giudizi profondamente diversi sulle singole variabili.

f) L'onerosità operativa dei due modelli è qualitativamente diversa, anche

se probabilmente gli sforzi complessivi tendono ad uguagliarsi. Il metodo della classificazione richiede maggiori energie nel momento di progettazione e programmazione del sistema, oltre ad un meticoloso lavoro di analisi organizzativa condotta dagli staff aziendali per ogni CdR. Il metodo per fattori invece è più semplice nell'impostazione, ma richiede una attenta e voluminosa gestione del processo attuativo, in quanto i responsabili dei CdR devono essere accompagnati (formazione, supporto consulenziale interno) nel processo valutativo dei propri professionisti. In altri termini il primo metodo richiede maggiore tensione nella progettazione centrale, come è tipico dei sistemi *top-down*, il secondo maggiore attenzione nella gestione del processo capillare.

g) Nel rapporto con le organizzazioni sindacali la graduazione delle posizioni è prevalentemente oggetto di informativa e non di negoziazione. I sindacati tendono come ovvio a richiedere non la conoscenza del metodo e dei criteri scelti ma l'esito del processo prima di esprimere un proprio assenso. Da questo punto di vista il metodo della classificazione permette di dare maggiori indizi sull'esito finale nel momento di definizione e presentazione del metodo e dei criteri, mentre il metodo per fattori all'atto della progettazione lascia ancora estremamente indefinito l'esito finale. La chiarezza o l'indeterminatezza del risultato finale alla presentazione dei criteri può rappresentare un punto di forza o di debolezza a secondo del tipo di relazioni sindacali impostate dall'azienda.

## 8. Conclusioni

La graduazione delle posizioni costituisce un importante strumento di esplicitazione e rafforzamento dell'assetto organizzativo, oltre che di re-



sponsabilizzazione dei CdR rispetto alla gestione della leva del personale. Infatti molte aziende sono state costrette proprio dalla graduazione delle posizioni ad interrogarsi, ed eventualmente ridefinire, il proprio assetto organizzativo reale. La parte economica del contratto è impostata in modo tale che l'impatto retributivo sia estremamente modesto per i primi anni, aspetto che può essere visto come punto di forza se si considera l'oggettiva difficoltà attuativa delle aziende nonostante oggi l'esito della valutazione sia soltanto «simbolico». I primi anni di applicazione possono però rappresentare una importante palestra per familiarizzarsi con una logica valutativa precedentemente sconosciuta alle aziende sanitarie pubbliche, attrezzandosi nel medio periodo (3-5 anni), ora accelerato anche dall'obbligo alla pensione per gli oltre 65enni, in cui scatterà anche un significativo impatto retributivo della graduazione. In molte circostanze il percorso valutativo esplicita con grande chiarezza le situazioni organizzative più problematiche, dove uno o più professionisti non

risultano collocati di fatto nella posizione giusta (o perché hanno un contenuto di responsabilità troppo ampio oppure troppo modesto). La graduazione delle posizioni serve anche, se non soprattutto, per riflettere su queste situazioni, e non soltanto per distribuire delle retribuzioni aggiuntive rispetto allo *statu quo*, potendo oggi procedere a piccole o profonde ricollocazioni organizzative. Per fare ciò, come abbiamo visto, il ventaglio delle metodologie possibili è estremamente ampio: occorre scegliere con attenzione la tecnica più coerente al complesso delle proprie politiche di gestione. Inizialmente in alcuni casi potrà ancora essere necessario del coraggio valutativo e gestionale, ma nella fisiologia dell'aziendalizzazione questo non dovrebbe più rappresentare una leva di rottura culturale e decisionale, ma una normale metodologia codificata e strutturata di governo.

---

(1) La modestia dell'impatto retributivo fu decisa e approvata in sede di sottoscrizione del contratto: le nuove regole del gioco furono ne-

goziate in cambio di una loro sostanziale neutralità retributiva per la durata del contratto stesso, con l'impegno che il successivo contratto, avrebbe abbandonato questa neutralità, permettendo quindi a tutti gli istituti di incentivazione di palesare anche una significativa efficacia retributiva. Il presente contratto contiene però già alcuni meccanismi automatici di incremento dei fondi disponibili per gli istituti di incentivazione: infatti il *turn over* dei dirigenti ed il passaggio al contratto a tempo determinato dei dirigenti di II livello diminuisce le componenti fisse della retribuzione, incrementando le disponibilità dei fondi con cui si remunerano le quote variabili.

#### BIBLIOGRAFIA

- G. REBORA (1983), *Organizzazione e direzione dell'ente locale*, Giuffrè, Milano.
- G. REBORA (1997), *Il nuovo assetto della dirigenza pubblica nei contratti di lavoro*, Azienda Pubblica, n. 1/97: pagg. 39-56.
- R. RUFFINI (1996), *Logiche e progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie*, *Mecosan*, n. 18, (5): pagg. 44-56.
- R. RUFFINI (1997), *Evoluzione della pubblica amministrazione e sistemi retributivi*, F. Angeli, Milano.
- G. VALOTTI (1996), *La valutazione del personale negli enti locali: principi e metodologie*, F. Angeli, Milano.
- A. ZANGRANDI (1997), *La retribuzione di posizione*, Azienda Pubblica, n. 1/97: pagg. 57-82.

# MECOSAN

La rivista trimestrale

di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -  
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -  
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

- nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
- titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98  
E.mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>





# HEALTH VISION 2000: IL CAMBIAMENTO STRATEGICO NEL SISTEMA SANITARIO DI MALTA

di Gauden Galea<sup>1</sup>, Marco Meneguzzo<sup>2</sup>, Emanuele Vendramini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institute of Health Care - Università di Malta

<sup>2</sup> CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Qualche indicazione dalla esperienza da una isola molto vicina - 2. Il quadro di riferimento: popolazione e situazione sanitaria epidemiologica - 3. Assetto istituzionale, risorse umane e risorse finanziarie - 4. Il centro di governo complessivo: la Divisione sanità - 5. Il Dipartimento pianificazione e politiche sanitarie - 6. La centralità del territorio: il Dipartimento della medicina di primo livello (di base) - 7. I Dipartimenti sulle risorse e sugli assetti istituzionali - 8. I *targets* di Health Vision 2000.

## 1. Qualche indicazione dalla esperienza da una isola molto vicina

Nel 1994 il Dipartimento per le politiche e la pianificazione sanitaria del Ministero della sanità, anziani e affari sociali di Malta ha formulato il programma Health Vision 2000 che contiene le linee guida necessarie per governare lo sviluppo ed il cambiamento strategico ed organizzativo del sistema sanitario isolano per il periodo 1995-2000.

L'analisi della esperienza dell'isola dei Cavalieri è giustificata da diversi motivi; in primo luogo va ricordata la vicinanza geografica con il nostro Paese che sta ancora esercitando una forte influenza nel costume, nei *mass media* e nella stessa cultura dell'isola. I forti legami storici, culturali ed economici che ancora caratterizzano i due paesi determinano una elevata propensione all'avvicinamento e alla mutua conoscenza, pur all'interno del processo di globalizzazione in atto.

Malta assume poi un ruolo centrale nel Mediterraneo per il suo essere cerniera verso i paesi del Nordafrica e per gli stretti legami con i paesi europei e con il Commonwealth; questo ruolo è destinato a mantenersi nei prossimi

anni anche se, è opportuno ricordare, Malta non è tuttora inserita nella sfida dell'ampliamento dell'Unione Europea (Agenda 2000, 1997) che pur interessa, nel bacino mediterraneo, stati come Cipro e Turchia.

Del resto il ruolo di cerniera ha rilevanti implicazioni anche nella stessa offerta di servizi sanitari: Malta costituisce centro di attrazione di pazienti provenienti da Libia, Egitto e Tunisia ed alcuni gruppi sanitari privati sono interessati ad investire in nuove infrastrutture sanitarie per offrire servizi a pazienti provenienti dal Sud Italia.

Malta si pone in prima fila nel recepimento nelle proprie politiche sanitarie delle linee guida della Organizzazione mondiale della sanità - sezione europea. Health Vision 2000 presenta una elevata coerenza con le direttive

dell'O.M.S. europea che prevedono un approccio focalizzato nella formulazione delle politiche sanitarie (European health Policy conference, 1994).

Nel riquadro 1 si presentano gli elementi caratterizzanti di tale approccio che come vedremo successivamente, ha fortemente influenzato il documento di indirizzo di Malta nella parte relativa alla definizione delle aree chiave e dei *targets*.

In questa parte del documento si è quindi cercato di applicare i principi dell'approccio focalizzato, traducendo in obiettivi mirati le linee di indirizzo in campo sanitario del Governo maltese che possono essere così sintetizzate:

— assicurare una uniforme erogazione di prestazioni sanitarie adottando politiche che permettano un equo

### Riquadro 1

#### LE POLITICHE SANITARIE

- Definizione di obiettivi e strategie in termini di risultati
- Elaborazione di strategie e programmi che assicurano un uso efficiente ed efficace delle risorse
- Processo di formulazione di politiche e programmi in stretta collaborazione con partners ai diversi livelli
- Fattore critico di successo rappresentato dalla chiara esplicitazione di un numero limitato di priorità

accesso ai servizi sanitari ed il miglioramento dello stato di salute della popolazione, con particolare riferimento ai meno abbienti;

— aumentare la speranza media di vita della popolazione riducendo i fattori di rischio;

— sviluppare programmi che minimizzino le condizioni di potenziale morbilità, promuovendo stili di vita «più salubri» e migliorando la qualità della vita.

Recentemente sono stati avviati programmi di cooperazione tecnica e finanziaria tra il governo italiano ed il governo maltese in vari campi, programmi che rafforzano i legami esistenti. Tra i possibili ambiti di cooperazione è stato identificato lo sviluppo dei programmi di formazione manageriale per gli operatori del sistema sanitario maltese; è stato avviato a fine nel 1997 un progetto di cooperazione tra il CeRGAS e Divisione amministrazioni pubbliche della SDA dell'Università commerciale Luigi Bocconi come *partners* italiani con l'Institute of Health Care dell'Università di Malta.

Tale progetto con orizzonte temporale 1998-2000 (coincidente quindi con l'arco di tempo di Health Vision) si pone l'obiettivo di costruire, partendo dalla esperienza in atto a Malta del *master in Health Services Management*, un *master in Health Economics and Management* rivolto agli operatori del Servizio sanitario maltese ed in prospettiva all'intero bacino del Mediterraneo, collegandosi ai progetti di cooperazione dell'Unione Europea come il MEDA.

## 2. Il quadro di riferimento: popolazione e situazione sanitaria epidemiologica

L'arcipelago maltese presenta una popolazione di circa 372.000 abitanti (in costante crescita e con una stima di

411.000 abitanti entro il 2020) e con una densità abitativa pari a 1.178 abitanti per chilometro quadrato.

La speranza media di vita è 79,5 anni per le donne e 74,9 per gli uomini, con un tasso di mortalità infantile pari a 8,9 per 1.000 (Central Office of Statistics, 1994). La speranza media di vita non presenta inoltre sostanziali differenze tra i 15enni ed i 45enni ed è sostanzialmente omogenea a quella dei paesi europei.

Nella tabella 1 viene mostrato l'andamento della speranza media di vita che, dopo il rapido aumento sperimentato negli anni '80, si presenterà negli anni '90 gradualmente in linea con il trend dei Paesi dell'Europa Occidentale.

Nel 1995 la mortalità infantile è stata pari a 8,9 per 1.000 nati vivi.

I dati sulla mortalità evidenziano una significativa riduzione nel tasso standardizzato di mortalità dall'inizio degli anni '80 e nella riduzione delle morti premature (al di sotto dei 65 anni).

Le principali cause di mortalità sono costituite dalle malattie cardiovascolari (44% 1994) e dai tumori (26%); altre cause significative sono state malattie del sistema respiratorio e dell'apparato digerente.

Il quadro nosologico e di morbilità evidenzia tra le patologie traccianti di Malta il diabete per cui è stato predisposto uno specifico programma di intervento in Health Vision 2000; nel 1987 venne evidenziato che il 10% della popolazione adulta al di sopra dei 35 anni soffriva di diabete ed un ulteriore 13 % era sofferente di intolleranza al glucosio.

Mortalità e morbilità non costituiscono una peculiarità dell'arcipelago maltese in quanto i dati epidemiologici non si discostano in modo significativo da quelli rilevati presso altre popolazioni isolate del Mar Mediterraneo (Sicilia, Sardegna, Pantelleria, Cipro).

Le proiezioni sulla evoluzione del quadro sanitario fanno sì che lo scenario futuro della sanità maltese vedrà un aumento delle malattie infettive (recrudescenza di tubercolosi) e sarà soprattutto dominato dalle patologie croniche (malattie cardiocircolatorie e tumori).

In questa situazione saranno sempre più necessari il controllo dei fattori di rischio attraverso lo sviluppo di programmi di *screening* e di diagnosi e cura (nel caso ad esempio dell'arteriosclerosi).

Si ritiene inoltre che in un prossimo futuro acquisterà un peso sempre maggiore nella sanità maltese l'offerta di servizi di tutela della salute mentale in quanto già da ora si assiste ad un forte incremento dei disturbi «psicosociali» all'interno di tutte le fasce di età e l'aumento dei ricoveri ospedalieri per ansia, depressione, eccessivo consumo di sostanze psicotrope.

## 3. Assetto istituzionale, risorse umane e risorse finanziarie

Il sistema sanitario maltese presenta alcune similitudini con quello italiano, in entrambi i modelli infatti lo Stato provvede a garantire una copertura gratuita per tutti attraverso un meccanismo di finanziamento derivante dal prelievo fiscale.

Tabella 1 - La speranza di vita media

Classe di età	Malta	Europa
1970	71	72
1980	72	73
1990	74	74



Il modello esistente assicura ad ogni cittadino residente a Malta il diritto all'assistenza sanitaria senza forme di compartecipazione alla spesa (ad eccezione dei farmaci); per i redditi più bassi viene comunque garantita la gratuità dei medicinali.

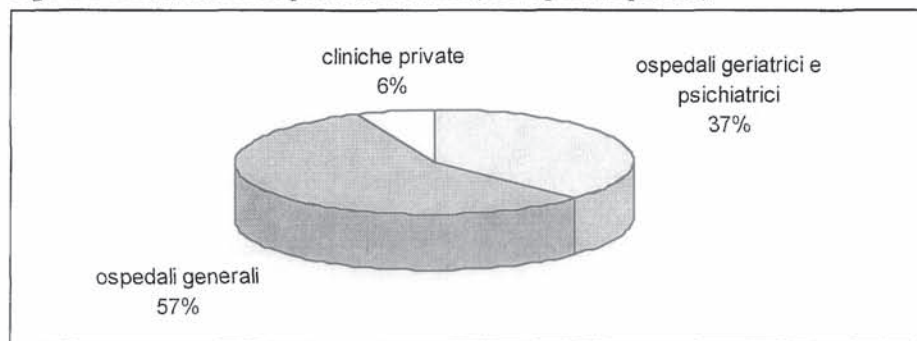
Le risorse finanziarie destinate all'erogazione di servizi sanitari ammontano, per il 1997, a 45 milioni di lire maltesi pari a circa 225 miliardi di lire che rapportate alla spesa complessiva del governo maltese rappresentano l'11.1%: la spesa sanitaria pubblica procapite è quindi pari a 604.000 lire.

A Malta si è rilevato negli ultimi anni l'incremento di un sistema assicurativo su base volontaria che offre pacchetti di prestazioni accessorie sia in regime di ricovero che ambulatoriale e che permette a molti cittadini di richiedere prestazioni al circuito privato-privato.

Passando ad esaminare il quadro delle risorse a disposizione del sistema sanitario maltese occorre innanzitutto partire dal settore ospedaliero (figura 1).

I posti letto pubblici a Malta sono complessivamente 2.000 ca. distribuiti su 4 ospedali, a cui vanno aggiunti altri 1.100 dedicati agli anziani con un indicatore (posti letto acuti) di 5,3 per 1.000 abitanti (figura 2).

Figura 1 - Distribuzione dei posti letto a Malta (SSN e privato-privato)



La rete ospedaliera maltese si caratterizza tra l'altro per una rilevante specializzazione dei presidi: solo il St Luke (polo universitario) e l'ospedale dell'isola di Gozo presentano tutte le divisioni mediche e chirurgiche: nella tabella 2 vengono descritte sinteticamente le aree di attività dei diversi ospedali.

Sono così presenti nella rete ospedaliera maltese tre poli di offerta ge-

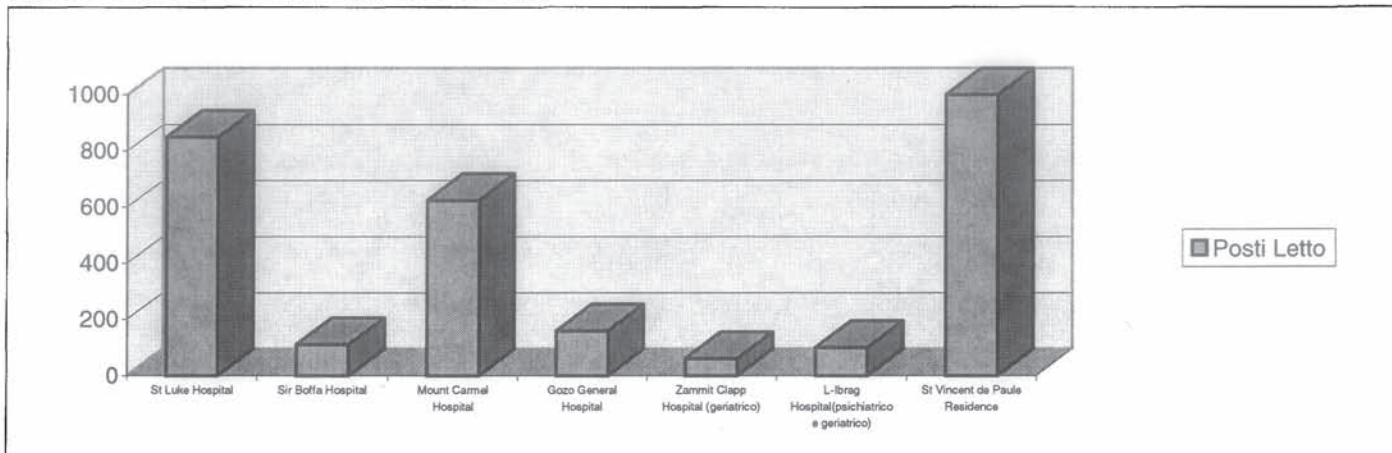
riatrice, uno esclusivo (Zammit Clap Hospital), un secondo rivolto anche alle malattie mentali (Ta L-Ibrag), ed un terzo caratterizzato dall'essere una residenza sanitaria lungodegenza di notevole complessità (oltre 1.100 posti letto).

La particolare attenzione rivolta all'assistenza geriatrica è dovuta alla creazione nel 1987 di un Dipartimento per le cure degli anziani avente come

Tabella 2 - Aree di attività dei diversi ospedali

Ospedale	Caratteristiche	Posti letto
St Luke	polo universitario	850
Sir Paul Boffa	oncologia, dermatologia, lungodegenza	110
Mount Carmel	ospedale psichiatrico	625
Zammit Clapp	geriatrico	60
Gozo General Hospital	tutte le specialità	159
Ta L-Ibrag	psichiatrico e geriatrico	100
St Vincent de Paule residence	residenza sanitaria per anziani	1.000

Figura 2 - Distribuzione dei posti letto nel SSN maltese



finalità la definizione di programmi di assistenza domiciliare sia in termini di prestazioni socio sanitarie che socio assistenziali (oltre all'assistenza geriatrica ospedaliera).

Alla luce di particolare attenzione alla geriatria, a partire dal 1998 le Nazioni Unite hanno individuato La Valletta come sede ufficiale dell'*International Institute on Aging*, ente con la finalità di promuovere ricerche a livello internazionale sui differenti modelli di assistenza geriatrica e gerontologica.

Nel settore della medicina di base e della medicina di comunità il sistema sanitario maltese dispone di 8 centri a livello distrettuale (Health Centres di Floriana, Gzira, Qormi, Paola, Cospicua, Mosta, Rabat, Gozo).

Insieme ai centri distrettuali è presente una fitta rete di dispensari governativi, in cui vi sono gli studi dei medici di base; i dispensari servono anche come «ufficio postale» per la prenotazione degli esami diagnostici e per la consegna dei referti.

Gli Health Centers hanno la funzione di offrire tutta la gamma di prestazioni afferenti al campo della prevenzione e alla riabilitazione; insieme ai servizi medici ed infermieristici di base sono offerti servizi quali immunizzazione, odontoiatria, terapia del linguaggio, diabetologia, pediatria, assistenza parto e postparto.

A Malta i medici di base operano in *équipe* ed esercitano a stretto contatto con gli specialisti territoriali, i servizi infermieristici e i vari centri specialistici (ipertensione, diabete, osteoporosi, emicrania).

Guardando alle risorse umane a disposizione della sanità si segnala che a Malta lavorano 899 (1) medici (603 all'interno del settore pubblico nei prima ricordati dispensari governativi e negli ospedali) e 110 dentisti (53 sempre all'interno del sistema sanitario pubblico).

Le infermiere professionali sono 764 mentre 70 sono le caposala; entrambe le figure professionali sono caratterizzate da modalità di impiego full time e da una propensione, a causa dei differenziali retributivi esistenti, ad occuparsi presso il settore privato, determinando così un crescente fabbisogno di professionalità all'interno del settore sanitario pubblico.

Una ultima importante considerazione va fatta sul rapporto pubblico-privato; da lungo tempo a Malta settore pubblico e quello privato collaborano tra di loro per fornire prestazioni sanitarie.

Questa collaborazione consente ad ognuno di questi organismi di essere considerato complementare all'altro. I medici generici privati operano principalmente in studi privati o ambulatori collocati presso i dispensari governativi che coprono in modo esteso tutto l'arcipelago. Questi servizi privati sono a pagamento, mentre tutti i servizi sanitari pubblici sono forniti gratuitamente dallo Stato.

Negli ultimi anni si è verificata una notevole espansione del mercato della medicina privata (sia quella tradizionale che quella alternativa) evidenziato soprattutto da un aumento del numero delle cliniche private (in campi quali ostetricia-ginecologia e *day surgery*) e dei piani assicurativi sanitari privati (sul modello della B.U.P.A. nel Regno Unito).

Possono però presentarsi potenziali conflitti dovuti al fatto che settore pubblico e quello privato spesso concorrono per le stesse risorse e vi sono tensioni competitive quanto alla possibilità di introdurre, come nel nostro paese, negli ospedali pubblici maltesi forme di libera professione intramoenia che si stanno avvertendo nel nostro Paese.

L'espansione in atto del settore privato ha fatto sì che a livello dei centri decisionali del sistema sia emersa la

preoccupazione di destinare maggiori risorse per controllare e monitorare l'offerta privata e per mantenere determinati *standard* qualitativi. A tal fine verrà istituito un meccanismo consultivo che coinvolgerà la Divisione sanità del ministero, i Dipartimenti della salute pubblica e quello degli assetti istituzionali, i centri di offerta privati di servizi sanitari; in questo organismo verranno discussi e decisi la regolamentazione dei livelli delle cure, nonché le modalità di assunzione di infermieri e di altri *staff* ausiliari formati all'interno del settore pubblico.

#### **4. Il centro di governo complessivo: la Divisione sanità**

Il modello organizzativo maltese identifica nella Divisione sanità (*Health Division*), inserita nel Ministero della sanità, famiglia e anziani, il centro di responsabilità sulla definizione degli assetti istituzionali e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La Divisione sanità è suddivisa in 8 dipartimenti (si veda il successivo organigramma): Politiche e pianificazione sanitaria, Promozione della salute, Medicina di base, Assetto istituzionale, Salute pubblica, Gestione del sistema informativo, Gestione risorse umane, Finanza e amministrazione.

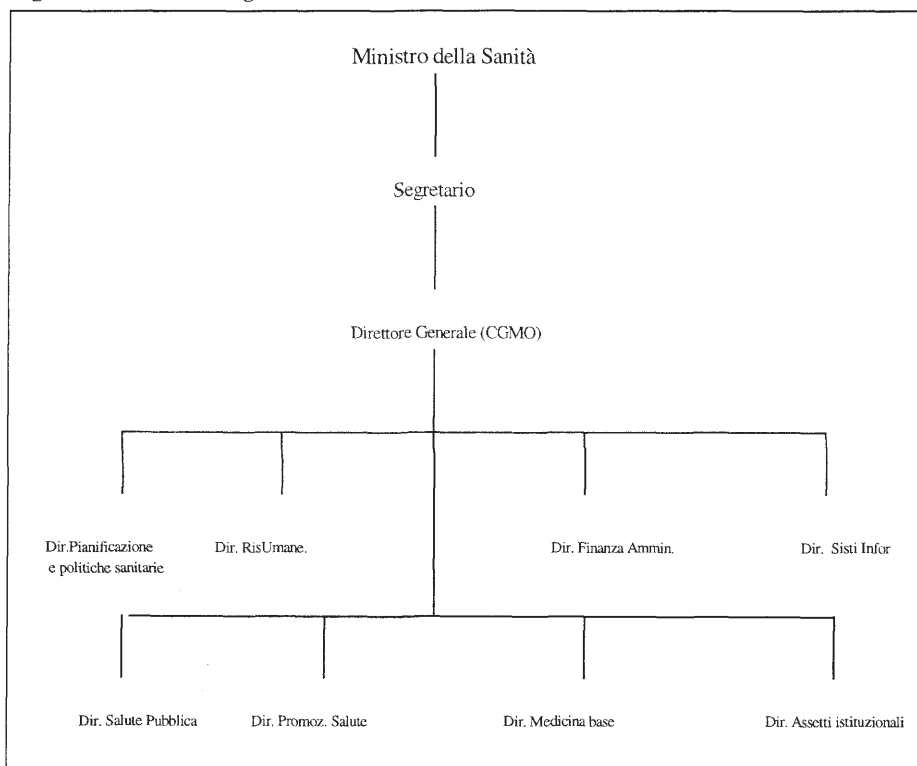
Il modello organizzativo della HD, è rappresentato dall'organigramma riportato nella figura 3.

Dal Direttore generale (*Chief Government Medical Officer*) dipendono alcune unità di *staff* con funzioni di controllo, legali, relazioni internazionali e pubbliche relazioni.

Alla Divisione compete, nell'ambito del Ministero e sotto la sovrintendenza politica del Segretario alla sanità, la funzione di responsabilità globale per la tutela della salute pubblica,



Figura 3 - Il modello organizzativo della HD



l'identificazione dei bisogni della comunità.

La Divisione costituisce così il centro nevralgico del sistema sanitario maltese in quanto ha il compito di formulare le politiche e i progetti legati alle seguenti aree di attività:

- allocazione delle risorse tra le diverse aree di attività;
- controllo e monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni;
- direzione dell'attività di sensibilizzazione e prevenzione;
- coordinamento delle funzioni di tutte le unità sanitarie.

In questa prospettiva le nuove funzioni della D.S. consistono nel verificare che tutte le operazioni sovvenzionate da fondi pubblici siano attente alle richieste dei clienti e ai principi dell'efficienza ed equità, cercando di assicurare il massimo risultato rispetto alle risorse impiegate; altra importante funzione è studiare e promuovere lo sviluppo di meccanismi di valutazione

interna, attraverso forme di *audit* medico-sanitario (con criteri omogenei) a tutti i livelli del servizio sanitario.

Nella Divisione è stata recentemente istituita una commissione per la gestione manageriale dei servizi sanitari avente come obiettivo la trasformazione delle attuali unità organizzative in vere e proprie unità manageriali autonome secondo i criteri di responsabilizzazione del personale. Compiti della Commissione sono garantire qualità e procedure adeguate di allocazione delle risorse. Ciò consentirà anche di accelerare l'integrazione tra il settore sanitario di base con quelli di secondo e terzo livello e in particolare di rafforzare il ruolo di guida della medicina di base nel sistema sanitario.

I principi ispiratori della ridefinizione strategica ed organizzativa, di cui è attualmente oggetto la Divisione sanità in relazione alla messa in atto di Health Vision 2000, sono rappresentate dall'impulso e promozione alle atti-

vità di formulazione delle politiche e di pianificazione, al decentramento ed al trasferimento di responsabilità ai livelli inferiori, al rafforzamento delle funzioni di monitoraggio, valutazione, al disegno ed alla messa in opera di un efficace ed efficiente sistema di offerta dei servizi orientato alla qualità e alla *customer satisfaction*.

## 5. Il Dipartimento pianificazione e politiche sanitarie

Il Dipartimento della politica sanitaria e della programmazione è responsabile della realizzazione di studi e ricerche operative, a supporto delle decisioni del Ministero e del Governo, finalizzate a migliorare l'efficienza e l'efficacia del settore sanitario.

Questo Dipartimento è anche responsabile dell'effettuazione di ricerche epidemiologiche *ad hoc*. In particolare gli obiettivi di attività ad esso assegnati negli ultimi anni sono:

- formulare e curare l'attuazione di una politica sulla Strategia sanitaria nazionale (Health Vision 2000);
- definire le linee guida per una politica nazionale sui servizi di igiene mentale;
- migliorare i programmi per assicurare la qualità nel settore sanitario;
- identificare nuove modalità di finanziamento del settore pubblico.

Particolare impegno verrà posto dal Dipartimento nell'avviare entro breve termine un programma di qualità totale. La strategia che si sta elaborando non si concentra unicamente sulla valutazione delle qualità delle cure mediche, ma anche sui programmi fondamentali per prevedere e valutare le modalità di svolgimento e i risultati dei servizi offerti ai clienti.

Un'ulteriore attività di questo Dipartimento che è in corso di esecuzione è la formulazione di proposte concrete volte a migliorare l'efficienza dei servizi ausiliari e di supporto; un



recente esempio sono le proposte sul servizio di lavanderia negli ospedali.

Nell'ultimo periodo si sono consolidati specifici orientamenti sulla missione del Dipartimento; tra questi vanno ricordati lo sviluppo di competenze e capacità di azione, diventando centro di riferimento per l'elaborazione di politiche e le strategie sanitarie, la ricerca di cooperazione e collaborazione con l'Università ed altre categorie professionali.

Inoltre il Dipartimento cerca di promuovere a livello internazionale Malta come centro specializzato nelle ricerche epidemiologiche e sta consolidando ed accumulando uno specifico *knowhow* nella gestione del servizio sanitario, la programmazione e la formulazione di politiche di *marketing* in modo tale da offrire consulenze tecniche all'estero, soprattutto nel Nord Africa e nell'Europa Centrale e Orientale.

Dal punto di vista operativo il Dipartimento (Xerry 1997) si sta concentrando sulla riforma del settore ospedaliero, individuando tre assi principali di intervento rappresentati dalle modalità di finanziamento, dalla attenzione alla performance, dalla centralità dei risultati.

Preoccupazione emergente è l'aprontamento di misure volte a fare fronte ai punti di debolezza del sistema maltese che sono stati individuati nelle carenze nel sistema informativo, nell'assenza di sistemi operativi e gestionali, nella debolezza dei ruoli direzionali, di vertice ed a livello intermedio, nella esistenza di sprechi di risorse (farmaci), nelle difficoltà finanziarie, nella inadeguatezza delle competenze specialistiche e nella difficoltà di formulare chiare e concrete strategie di azione.

Il Dipartimento ha quindi identificato nell'investimento in risorse umane la soluzione più adeguata per rispondere ai nodi critici del sistema sa-

nitario maltese; linee guida dei processi di formazione saranno lo sviluppo di capacità tecniche e manageriali e l'attenzione ad interventi di miglioramento del sistema informativo, attraverso anche una più adeguata gestione delle informazioni all'interno delle diverse strutture sanitarie.

Nella figura 4 si sintetizzano i diversi piani di intervento (Xerry 1997) su cui si sta attualmente muovendo il Dipartimento.

### 6. La centralità del territorio: il Dipartimento della medicina di primo livello (di base)

Si è ricordato in precedenza l'importanza del settore della medicina di primo livello, dei distretti e dei centri sanitari nel sistema di offerta di servizi maltese, sviluppatosi rapidamente a partire dal 1980, anno in cui fu istituito il primo centro sanitario governativo che offriva cure mediche gratuite a tutti.

Questo settore è governato dal Dipartimento medicina di base

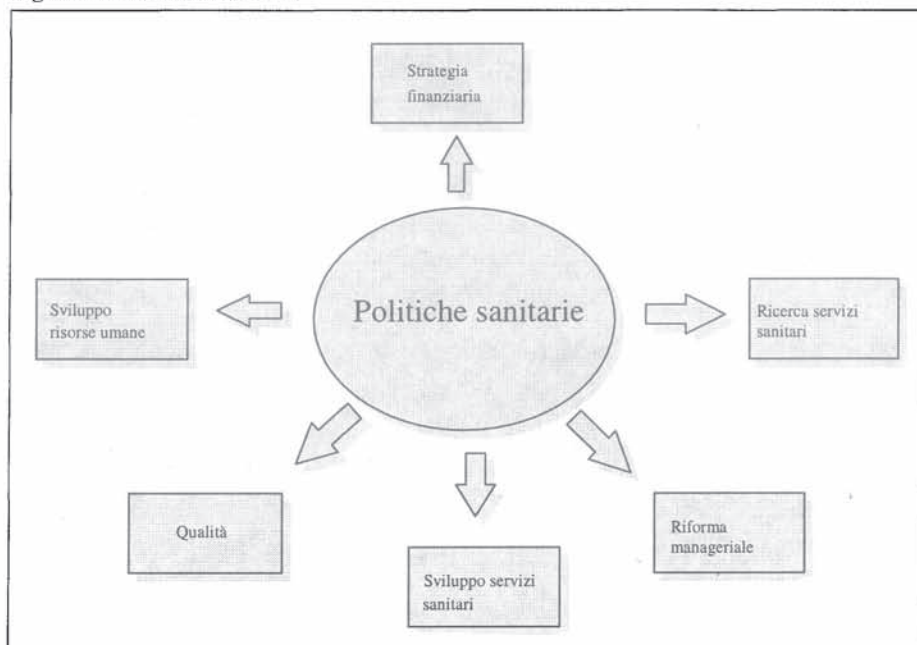
(*Department of Primary Health Care*), avente per obiettivo principale orientare i servizi di primo livello verso la promozione, la sensibilizzazione e la prevenzione delle malattie.

Il Dipartimento è quindi responsabile della gestione e dei servizi sussidiari offerti dai centri sanitari; altre funzioni sono l'avvio dei programmi di immunizzazione e il coordinamento dei servizi sanitari nelle scuole, con la prospettiva di integrare questi servizi nelle scuole primarie e secondarie, con quelli offerti dai centri sanitari.

Particolarmente intense sono le relazioni con altri Dipartimenti, organizzazioni governative e non, per assicurare l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari ad elevata qualità.

Il Dipartimento formula e sovrintende la messa in atto di programmi finalizzati al potenziamento delle infrastrutture di base, alla integrazione con i servizi socioassistenziali, al rafforzamento dei servizi di diagnostica strumentale, alla creazione e sviluppo di *équipes* che comprendono operatori con diverse professionalità e qualifi-

Figura 4 - Piani di intervento



che, alla informazione ed educazione sanitaria, al consolidamento del servizio del medico di famiglia ed, ultimo ma non meno importante, alla integrazione con le organizzazioni volontarie e *no profit*, che si stanno rapidamente diffondendo in Malta.

Infine al Dipartimento è stato assegnato il compito di monitorare e controllare lo stato di realizzazione degli obiettivi e dei targets di Health Vision 2000, in stretto collegamento con i sistemi informativi sullo stato di salute della popolazione.

## 7. I Dipartimenti sulle risorse e sugli assetti istituzionali

La presentazione dei diversi settori in cui si articola organizzativamente la Divisione della sanità si chiude con alcune considerazioni sui due Dipartimenti che si occupano della gestione delle risorse (risorse umane-amministrazione e finanza) e degli assetti istituzionali sanitari; con questa denominazione si intende la rete di offerta ospedaliera ed extraospedaliera di secondo e terzo livello.

Il Dipartimento sugli assetti istituzionali interviene in un ambito di particolare rilevanza; infatti il settore ospedaliero assorbe attualmente la maggior parte della spesa governativa destinata alla sanità ed è destinato ad assumere crescente importanza a fronte della evoluzione demografica che indurrà sicuramente un bilancio sanitario un incremento della domanda di servizi ospedalieri finalizzata al trattamento delle malattie degenerative e alla riabilitazione.

Altro fattore di crescita della spesa e di aumento della criticità è rappresentato dagli avanzamenti tecnologici nei campi della medicina e della chirurgia.

Con Health Vision 2000 ci si propone quindi di promuovere l'adozione e la diffusione, nei diversi livelli del si-

stema sanitario maltese, di tecniche di gestione e di un orientamento alla responsabilizzazione economica presso gli operatori sanitari.

Sempre più a questo Dipartimento competerà la funzione di coordinamento di un sistema integrato di ospedali a gestione diretta, avendo ben chiara la distinzione tra offerta di servizi ospedalieri e controllo sul rispetto di *standard* qualitativi.

Le politiche di interventi che questo Dipartimento sta adottando o prevede comunque di mettere in atto in futuro includono:

- la realizzazione di nuovi ospedali guida e l'elaborazione di un progetto estensivo di rinnovamento per i maggiori ospedali (è in fase di ultimazione a Malta il nuovo polo clinico universitario);

- la distribuzione delle funzioni diagnostiche-terapeutiche tra gli ospedali maltesi, evitando la duplicazione di attrezzature e delle unità specialistiche di offerta;

- lo sviluppo di un sempre più ampio decentramento a livello direzionale e tecnico amministrativo, finalizzato a garantire una sempre migliore qualità dei livelli operativi;

- l'introduzione di modalità di gestione flessibile delle diverse unità operative e un sistema di assicurazione e garanzia della qualità delle prestazioni sanitarie; in ogni ospedale verranno istituiti un comitato per la gestione ospedaliera e una unità di *staff* volta ad introdurre tecniche manageriali e sistemi operativi;

- la effettuazione di ricerche in campo clinico e manageriale, direttamente finalizzate al miglioramento della efficacia e della efficienza dei servizi;

- la ridefinizione dei ruoli direzionali e di vertice negli ospedali;

- la messa in atto di programmi di formazione dei quadri dirigenti (diret-

tori di cliniche, soprintendenti medici, infermieri-capo).

Al Dipartimento del personale è stata attribuita la amministrazione e la gestione del personale della Divisione sanità in stretta collaborazione con il Direttore generale e con il Dipartimento della gestione del personale pubblico (la «Funzione pubblica» maltese) alla diretta dipendenza del Primo Ministro. Questa struttura definisce di conseguenza mansioni e compiti, analizza i fabbisogni di sviluppo professionale e di formazione per le diverse tipologie di operatori (medici, paramedici, infermieri, quadri direttivi, tecnici), organizza la mobilità del personale e gestisce l'attribuzione alle diverse unità operative e si occupa delle relazioni e negoziazioni sindacali. Recentemente è stato costituito presso il Dipartimento un data base automatizzato sulle risorse umane a disposizione del settore sanitario pubblico maltese.

Il Dipartimento si suddivide in alcune unità operative (personale, disciplinare e statutaria) a cui è attribuita la programmazione strategica del personale, la gestione delle procedure di assunzione, trasferimento e promozione, la formazione professionale dei neoassunti, l'aggiornamento e la formazione personale, la designazione infine dei componenti del Consiglio medico, del Consiglio infermieristico e di ostetricia, del Consiglio farmaceutico e del Consiglio per le professioni ausiliarie alla medicina

Passando infine a considerare il Dipartimento finanza ed amministrazione occorre ricordare la sua recente creazione (1993) dovuta alla esigenza di attivare un sistema di controllo e reporting sulla gestione finanziaria, mettendo a disposizione dei vertici direzionali le necessarie informazioni.

Inoltre al Dipartimento sono state assegnate altre responsabilità operative, dal monitoraggio sull'attuazione



della politica finanziaria, allo sviluppo di un piano strategico d'attività (un vero e proprio *business plan*), al coordinamento tra piani strategici pluriennali e *budget* annuali dei più importanti.

Anche questo dipartimento, come i precedenti, si articola su più settori operativi costituiti da amministrazione, finanza, acquisti e piani di investimento e processi di reingenerizzazione. I principali risultati attesi a seguito del nuovo Dipartimento dovrebbero essere:

- miglioramento del rapporto fornitori (*staff* di supporto tecnico amministrativo) e clienti interni (le unità operative sanitarie) quanto alla offerta di servizi;

- miglioramento delle modalità legislative e dei sistemi informativi che dovrebbero rendere più semplici le mansioni e migliorare i risultati.

### 8. I *targets* di Health Vision 2000

Il documento Health Vision 2000 si articola su tre blocchi principali; la situazione sanitaria di Malta, prima ricordata parlando del quadro demografico, sanitario ed epidemiologico, gli interventi di riforma del settore sanitario che si suddividono tra azioni sulla Divisione sanità e sui singoli Dipartimenti centrali e sui differenti organismi e commissioni, che sono stati costituiti a supporto del livello centrale ed infine le aree chiave di intervento e i bersagli (*targets*) da conseguire nell'arco temporale di riferimento.

I *targets* sono distinti in patologie traccianti, fattori di rischio e servizi sanitari e di supporto; nella tabella 3 viene fornito un quadro completo dei diversi *targets*.

All'interno di queste tre categorie verranno analizzati sinteticamente il diabete tra le patologie chiave, l'ipertensione tra i fattori di rischio e la me-

dicina di base all'interno dei servizi sanitari e di supporto.

#### Il diabete

Obiettivo principale in tema di diabete è la riduzione della prevalenza della malattia e delle sue complicanze (il 10% della popolazione *over 35* è diabetica). Con gli interventi contenuti in Health Vision si dovrà diminuire la percentuale di diabetici non insulino-dipendenti *over 35* a meno del 7.5%; gli interventi prevedono un forte investimento nella prevenzione ed in azioni volte al miglioramento delle condizioni di vita.

Uno dei principali fattori di rischio del diabete è rappresentato dalle differenti tipologie di obesità (circa i 3/4 delle popolazione maltese è sovrappeso); un'azione chiave che si intende perseguire è la diminuzione della prevalenza di forme di obesità nella popolazione *over 25* e particolarmente nei soggetti con parenti già affetti da questa patologia.

Altre azioni sono:

- riduzione della prevalenza di tabagismo tra i diabetici;

- informazione sull'eziologia e sui rischi associati al diabete;

- *screening* delle donne in stato di gravidanza nell'ultimo trimestre di gestazione.

Il sistema sanitario maltese offre tutta una serie di prestazioni sanitarie

in favore dei propri pazienti diabetici; queste prestazioni vengono offerte a livello ospedaliero, all'interno dei Centri sanitari distrettuali che coordinano i programmi di assistenza infermieristica domiciliare.

Dal punto di vista delle strategie Malta si è caratterizzata come uno dei Paesi maggiormente attivi all'interno del programma DiabCare dell'Organizzazione mondiale della sanità.

#### Iperensione

Sulla base dei risultati derivanti dal progetto Monica, avviato dalla Divisione sanità emerge come il 25 % delle popolazione sia affetto da ipertensione arteriosa.

L'obiettivo clinico posto da Health Vision 2000 non è limitato solo alla diminuzione della prevalenza di questo fattore di rischio ma anche alla riduzione della mortalità derivante da infarto miocardico acuto; è stato dimostrato interventi volti a ridurre la pressione sanguigna della popolazione maltese di 10 mmHg porterebbero ad una riduzione del 30% della mortalità dovuta a disturbi cardiocircolatori (Health Vision 2000).

Il percorso operativo per raggiungere gli obiettivi contenuti in Health Vision prevede:

- definizione di campagne di sensibilizzazione ed educazione alimentare;

Tabella 3

Patologie traccianti	Fattori rischio	Servizi sanitari
Malattie apparato cardiocircolatorio e stroke	Fumo	Servizi sanitari primo livello
Cancro polmone	Obesità	Servizi sanitari scolastici
Cancro seno	Pressione arteriosa alta	Immunizzazione
Diabete	Inadeguata attività fisica	Comunicazione e divulgazione
Salute mentale		Ricerca
Incidenti stradali		Sviluppo risorse umane
		<i>Management</i>
		<i>Standards</i>



— campagne di promozione volte a favorire l'attività sportiva;  
 — lotta all'alcolismo;  
 — definizione di programmi di *screening*.

Nello studio dei problemi legati all'ipertensione si stanno valutando programmi volti anche a monitorare il livello di colesterolo.

I servizi e le prestazioni della Medicina comunitaria

Nella definizione delle politiche sanitarie dei prossimi tre anni il governo maltese ha individuato l'assistenza sanitaria di primo livello come leva di manovra centrale per favorire il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti (prevenzione, educazione sanitaria, servizi agli anziani, miglioramento della qualità dello stile di vita).

A tal fine la Divisione sanità ha individuato come strategica l'integrazione per percorsi di cura tra medici di base e specialisti territoriali, elaborare o ridefinire percorsi di accesso al sistema basati su logiche innovative

come «case management» e non solo *disease management* al fine di offrire una continuità assistenziale reale.

Come conseguenza si avrà un rafforzamento del ruolo degli Health Centres integrando obiettivi e sistemi di gestione con le strutture ospedaliere attraverso un meccanismo di formazione permanente sia manageriale che clinica alla luce dei modelli di integrazione ospedale-territorio che caratterizzano alcuni dei principali Paesi europei.

(1) Dati 1995. Fonte Health Vision 2000.

#### BIBLIOGRAFIA

- CENTRAL OFFICE OF STATISTICS (1994), *Demographic review of the Maltese Island*, Malta.
- DEPARTMENT OF HEALTH POLICY & PLANNING (1995), *Health Vision 2000. A National Health Policy Ministry for Social Development*, Malta.
- DEPARTMENT OF HEALTH INFORMATION (1995), *Mortality registry data*, Malta.
- DEPARTMENT OF HEALTH INFORMATION (1995), *Hospital activity analysis data*, Malta.

- DEPARTMENT OF HEALTH INFORMATION (1995), *Notifiable infectious diseases data*, Malta.
- GALEA G., BELLIZZI M., AGIUS MUSCAT H. (1993), *Food and health in Malta: a situation analysis and a proposal for action*, MAR, Malta.
- GALEA G. (1990), *AIDS policies in Malta*, in Wayling S. (1990).
- GALEA G. (1988), *Health Education in Malta*, in Wieberdink E. (1988).
- MINISTRY FOR HOME AFFAIRS AND SOCIAL DEVELOPMENT (1993), *Primary care survey 1992*, Malta.
- EUROPEAN HEALTH POLICY CONFERENCE (1994), *Opportunities for the future*, WHO Europe, Copenhagen.
- UNIONE EUROPEA (1997), *Agenda 2000. Per una Unione più forte e più ampia Commissione Europea*, 5/97.
- WAYLING S. (A CURA DI) (1990), *AIDS Policies in Europe*, WHO, Ginevra.
- WIEBERDINK E. (A CURA DI) (1988), *Health Education in Europe International Union for health education*.
- WORLD HEALTH ORGANISATION EURO (1994), *HFA/Pc Statistical indicator data base*, sito ufficiale del Ministero della sanità maltese.
- XERRY R. (1997), *Department of health Policy and planning: Mission and strategy*, Malta.
- OFFICIAL WEBSITE OF MALTESE GOVERNMENT:  
[www.magnet.mt/services/health](http://www.magnet.mt/services/health)



# HEALTHCARE CAMPAIGNS NELLE POLITICHE DI SVILUPPO DEGLI OSPEDALI NO PROFIT STATUNITENSIS: IL CHILDRENS HOSPITAL DI LOS ANGELES

di Valentina Mele

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Il sistema sanitario di Los Angeles - 2. Los Angeles Childrens Hospital - 3. Le campagne di comunicazione sanitaria - 4. L'esperienza della Surgery Center Campaign.

## 1. Il sistema sanitario di Los Angeles

Benché non sia possibile fornire in un articolo il quadro esaustivo della realtà sanitaria di Los Angeles, è tuttavia opportuno ricordare alcuni aspetti rilevanti che meglio consentono di comprendere le strategie del Los Angeles Children's Hospital (CHLA).

Los Angeles è composta almeno da due città in termini di servizi al cittadino, tra i quali naturalmente la sanità: da una parte la popolazione con un'alta copertura assicurativa ha a disposizione prestazioni terapeutiche specializzate e tecnologie all'avanguardia. Dall'altra la vasta percentuale di abitanti non assicurati e a basso reddito deve spesso subire limitazioni nell'accesso alle strutture ospedaliere.

Ci sono tre principali fattori che rendono problematica la situazione sanitaria nella città:

1) la diversificazione e il declino delle assicurazioni sulla salute;

2) l'incremento della spesa sanitaria per il settore pubblico, che si è fatto carico del «safety net», senza un adeguato sostegno politico ed economico;

3) la competizione spietata tra le compagnie assicurative, testimoniata da dichiarazioni come quella del *Chief*

*Executive Officer* dell'Ospedale di Los Angeles «Competizione è sopravvivenza», o quella del Presidente di *Uni-Health America* «Virtualmente tutti i possibili elementi di turbolenza di un sistema sanitario, sono presenti a Los Angeles».

Vi è poi da tenere in considerazione la realtà etnica della metropoli, con un forte incremento demografico e la crescita della percentuale di immigrati dal Messico e dal resto dell'America Latina, dall'Asia e dalle Isole del Pacifico, nonché dall'Europa. Un quarto di tutti i nati all'estero degli Stati Uniti vive in California, la metà dei quali vive poi a Los Angeles. La città è dominata *de facto* dalla segregazione residenziale: messicani, salvadoregni e guatemaltechi, coreani, giapponesi e cinesi vivono in comunità vaste, sia sotto l'aspetto numerico che di estensione territoriale. I nuovi immigrati dal Sud-Est Asiatico, dalle Isole del Pacifico e dall'Armenia si riuniscono in aree poco estese, gli Afro-Americani si concentrano nella parte centro-meridionale della città.

Per quanto riguarda gli indigenti e i semi-indigenti, non assicurati, si può realisticamente affermare che ricevono le cure che riescono a procurarsi, molto spesso dagli ospedali privati, o dalle quaranta cliniche autonome del-

l'area metropolitana. I servizi offerti da queste ultime sono d'importanza cruciale per migliaia di poveri, tuttavia sono limitati ai posti liberi e alle tipologie terapeutiche disponibili.

È comunque il *Los Angeles County Department of Health Services* che assicura la maggior parte delle cure necessarie agli indigenti e a una larga porzione di pazienti *Medi-cal*, da quando, nel 1878, costruì il primo ospedale. Oggi la contea amministra il secondo sistema sanitario locale del paese, con sei ospedali, più di 4.300 letti, quarantuno centri, e cinque comprensori sanitari. La spesa per mantenere una tale struttura è sempre più difficile da sostenere, soprattutto vista l'attuale minaccia di un drammatico ridimensionamento dei fondi a disposizione del *network* ospedaliero di Los Angeles, che scaturisce dal tentativo dell'attuale Amministrazione federale di raggiungere un *budget* federale in pareggio nell'arco di 5 anni. Per ottenere questo risultato sono previsti tagli in vari settori, e in particolare si è programmata una riduzione quinquennale dei fondi assicurativi sanitari pubblici (*Medicare*) che ammonta a 115 miliardi di dollari.

Per quanto riguarda la realtà di Los Angeles, tra le decisioni più controverse e di difficile attuazione si pone il



taglio annuo di 100 milioni di dollari dal *budget* riservato al sistema ospedaliero metropolitano. L'obiettivo rende necessari:

— cambiamenti nelle procedure di acquisto di forniture mediche e di laboratorio, combinati con l'utilizzo di competenze professionali di esperti contabili del settore privato, in grado di massimizzare gli introiti provenienti da fondi assicurativi privati e pubblici;

— l'introduzione di un nuovo regolamento del personale che eviti a medici ed infermiere ad elevata retribuzione, di svolgere compiti non collegati alla cura del paziente, che possono invece essere espletati dallo *staff* paramedico;

— la privatizzazione di due strutture ospedaliere, *Rancho Los Amigos Medical Center* a Downey e *High Desert Hospital* a Lancaster;

— la realtà di Los Angeles, infine, vede il 40% circa degli ospedali pubblici in forte disavanzo economico, e oltre un terzo della popolazione che non è coperto da assicurazione sanitaria. Per far fronte a questa situazione, il Dipartimento sanitario della California incanala fondi supplementari verso quegli ospedali che offrono a livello locale servizi diretti a pazienti indigenti e non assicurati: come prima conseguenza della riduzione della spesa federale, tali strutture dovranno limitare i servizi, oppure incrementare le aliquote dei contribuenti locali.

Tra le soluzioni di medio-lungo periodo certamente si può includere un intervento sulla formazione e, a questo proposito si è recentemente sviluppato un dibattito sull'opportunità di introdurre, nell'*iter* formativo del personale medico, competenze manageriali di tipo economico e gestionale. Una Commissione di esperti riunitasi a Los Angeles in giugno ha concluso che le università e le scuole mediche devono comunque confrontarsi

con temi quali la riduzione del numero di medici (in particolare specialisti), la necessità di sviluppare competenze economiche, manageriali e informatiche, la domanda crescente di cure alternative, di metodi di prevenzione e terapia focalizzati su aspetti spirituali, psicologici e nutrizionali. I medici si troveranno a dirigere una crescente varietà di risorse umane e finanziarie, operando in *team* con infermieri, praticanti, assistenti medici, osteopati, nutrizionisti, psicologi e operatori sociali, nella prospettiva di «case management» e «focused patient care».

Insieme ai medici, è indispensabile che le strutture sanitarie stesse ripensino le proprie mansioni tradizionali, in funzione di un ruolo che rispetti e mantenga le tradizionali competenze e prestazioni ospedaliere, integrandole con una serie di attività, rapporti istituzionali, impiego di risorse del terzo settore, costruzione della propria immagine e lancio di campagne ad alto impatto per il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, e che permettano il finanziamento alternativo di progetti e interventi.

Il *Childrens' Hospital* di Los Angeles — *CHLA* — si distingue da tempo per i risultati ottenuti in termini di qualità delle prestazioni erogate, di impatto territoriale e di ritorno finanziario delle campagne che ha attivato.

## 2. Los Angeles Childrens Hospital

Il *CHLA* nasce nel 1901, con quattro letti in una casa privata, e, da allora, si è sviluppato fino a diventare una struttura *leader* a livello mondiale per le cure pediatriche avanzate, la ricerca, e la formazione medica, con 29 specialità e 31 servizi.

I 318 posti-letto ospitano 200.000 persone all'anno tra pazienti da 0 a 18 anni e familiari, da tutti gli Stati Uniti e da altri paesi stranieri. Il livello di specializzazione, le terapie multidisciplinari in pediatria e in medicina per adolescenti, la costituzione di *team* con infermieri specializzati, terapisti, psicologi e nutrizionisti, l'attività di consulenza ai medici che operano sul territorio per i casi complessi, sono difficili da trovare in un ospedale pubblico (grafici 1 e 2).

Per meglio comprendere il modello istituzionale va descritto il ruolo della fondazione, degli associati e affiliati, dei volontari.

La fondazione è particolarmente attiva, catalizza l'attività di raccolta fondi, e si occupa principalmente di individuare e assicurare introiti costanti provenienti da donazioni individuali, da fondazioni e imprese, per accrescere il capitale, la ricerca, i programmi, l'educazione e la copertura di pazienti non assicurati.

La fondazione è, come l'ospedale, una organizzazione *no profit*, che ope-

Grafico 1 - Distribuzione dei pazienti del *CHLA* per età

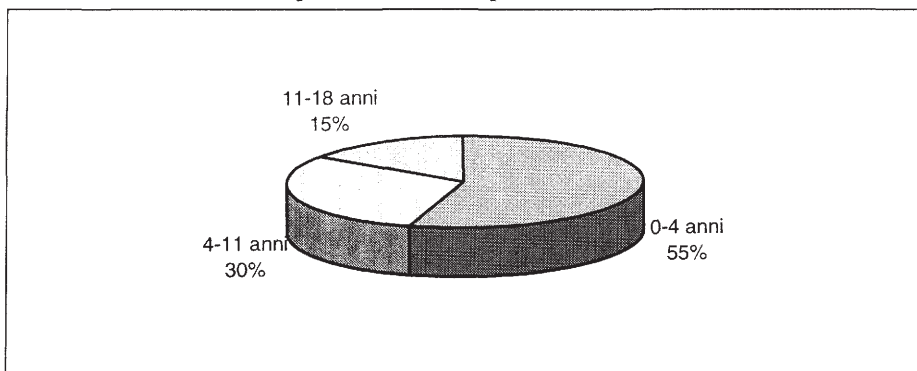
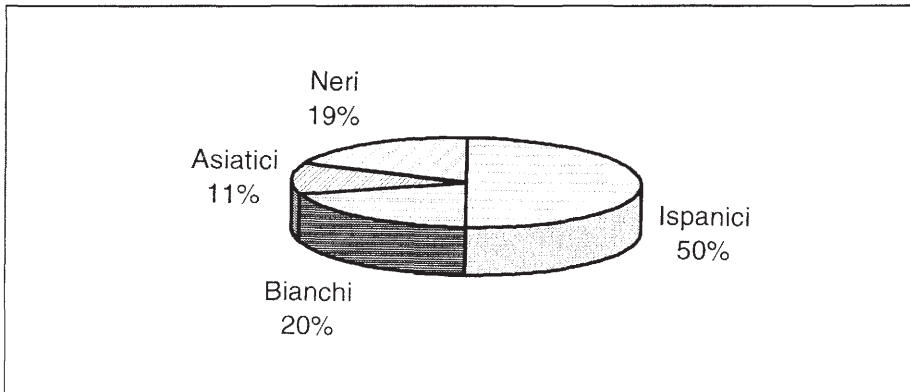


Grafico 2 - Distribuzione etnica dei pazienti del CHLA



ra sotto le direttive e il codice della *National Society of Fundraising Executives*, l'*Association for Healthcare Philanthropy* e il *National Council on Planned Giving*.

L'importanza e la consistenza del supporto privato al CHLA sono reificate nelle sue strutture e negli edifici, che portano il nome dei donatori. Non solo si tratta di divisioni e reparti, come il *Childrens AIDS Center*, o il *Digestive Disease Center*, ma anche di programmi, come il *John Connell Pediatric Gene Therapy Program*, o il *KidsCount & Life psychosocial programs* nella divisione di ematologia/oncologia pediatrica.

In più l'ospedale deve far fronte a una spesa annua di circa 3,5 milioni di dollari per attività terapeutiche non rimborsate, rivolte a pazienti non coperti da assicurazione: l'azione concertata di *United Way*, *Children's Miracle Network Campaign* e altre risorse mobilitate dalla fondazione procura introiti pari al 55% del totale delle entrate.

Degli associati e affiliati fanno parte 3.300 componenti, e da quando, nel 1914 si costituì il primo gruppo di ausiliari della *South Bay*, oggi si è passati a 28 gruppi dislocati geograficamente in tutta la California, che hanno contribuito alla costituzione o alla ristrutturazione di reparti come oftalmologia, chirurgia plastica e ricostrut-

tiva, riabilitazione e chirurgia pediatrica.

Il ruolo dei volontari al CHLA è davvero cruciale. Infatti essi operano in oltre 50 aree, e le attività che svolgono vanno dall'assistenza allo staff infermieristico alla conduzione di programmi per i pazienti e per i familiari, dalla raccolta e catalogazione di dati all'organizzazione di *tour* guidati dell'ospedale, dai turni nel negozio di oggetti-regalo, alla conduzione della biblioteca e della sala giochi per i pazienti. Ogni mese vengono messe a punto e assegnate ai numerosi volontari nuove aree d'intervento.

Per quanto riguarda il modello organizzativo del CHLA, esso è senza dubbio influenzato dalla stretta collaborazione avviata nel 1932 con la *University of Southern California School of Medicine*: degli oltre 500 medici con specializzazioni pediatriche, circa 175 occupano anche posizioni accademiche alla USC. Questo contatto permette al CHLA di avere accesso a, e di essere continuamente aggiornato, sulle ultime tecnologie, ricerche, terapie innovative e progressi farmacologici, tanto che la rivista *U.S. News & World Report* include ininterrottamente dal 1990 il CHLA tra le prime 5 strutture pediatriche della nazione, nonché il migliore della costa occidentale. Tali riconoscimenti ri-

chiamano da tutta la California, e da molte altre parti degli Stati Uniti e del mondo giovani pazienti, per diversi dei quali il CHLA rappresenta l'ultima «spiaggia» risorsa sanitaria possibile.

Inoltre l'ospedale ha la funzione di punto di riferimento per i centri pubblici di supporto, verso cui indirizza consulenze di esperti, infrastrutture ed eventuali risorse addizionali, e per le strutture in aree geografiche limitrofe che intendano colmare le proprie carenze nell'assistenza pediatrica (tra queste il *Daniel Freeman Memorial Health Center* ad Inglewood, l'*Huntington Memorial Medical Center* a Pasadena e il *Providence St. Joseph's Medical Center* in Burbank).

Tra i reparti terapeutici del CHLA maggiormente affermati, c'è quello per i tumori e le malattie del sangue, che ogni anno affronta 300-450 nuovi casi. Il centro è organizzato con un sistema multidisciplinare, con una vasta gamma di programmi per oncologia, ematologia, emofilia, malattie del sangue, trapianti di midollo osseo, con la partecipazione di *staff* medico e infermieristico specializzato, *staff* di supporto dedicato, e con l'offerta di servizi diagnostici e terapeutici per bambini e adolescenti. Ogni programma pone forte enfasi sul supporto fornito al paziente e ai familiari da operatori sociali, psicologi, animatori, nutrizionisti e responsabili infermieristici formati *ad hoc*.

Un altro importante centro è quello di cardiocirurgia pediatrica, il primo ad operare nella West Coast, fin dal 1939. L'*Hearth Institute* del CHLA offre diagnosi, trattamenti, e servizi di consulenza a cardiologi, pediatri, medici di famiglia.

Entrambi i reparti, come del resto tutte le divisioni dell'ospedale, devono il proprio aggiornamento e la possibilità di operare con tecniche all'avan-

guardia anche all'Istituto di ricerca, dove 90 ricercatori provenienti dalla USC conducono circa 160 progetti finanziati, tra cui AIDS e difese immunitarie, tumori, endocrinologia e metabolismo, terapia genetica, comunicazione sanitaria e campagne di prevenzione. La *mission* dell'Istituto di ricerca consiste nel creare un ambiente in cui lo studio e la sperimentazione biomedica portino a scoperte sullo sviluppo infantile clinico e molecolare; al costante miglioramento di procedure diagnostiche, terapeutiche e preventive delle malattie pediatriche; alla promozione, *latu sensu*, della salute infantile. Riguardo a quest'ultimo obiettivo, è partita la campagna «Healthy Children 2000», che funge da coordinamento e sostegno della miriade di iniziative che, a vario titolo, il CHLA ha avviato.

Durante l'anno fiscale 1995-1996, fondi esterni per la ricerca hanno raggiunto 20,9 milioni di dollari, di cui 14,4 dal *National Institute of Health*, 1,6 da imprese e 4,9 da varie associazioni.

Queste cifre e questi risultati danno un'idea del ruolo rivestito dalle campagne di comunicazione sanitaria, siano esse di prevenzione o di fundraising, in una struttura come il CHLA. Non si tratta, o almeno non solo, di favorevoli congiunture e fortunate coincidenze. Alla base del successo di tali campagne sta uno sforzo e un impegno nella progettazione, nell'avvio e nell'implementazione supportato da solide basi teoriche, da strumenti gestionali e da competenze professionali affinate nel corso degli anni e che hanno raggiunto un livello di concettualizzazione e applicazione assolutamente competitivo con il settore privato. Di seguito si presenta una panoramica degli apporti recenti e innovativi sull'argomento che costituiscono il quadro di riferimento dell'osservazione empirica delle attività del CHLA.

### 3. Le campagne di comunicazione sanitaria

Con questa locuzione si intende definire uno spettro di attività piuttosto ampio, che va dalla comunicazione istituzionale di ospedali e strutture sanitarie al *fundraising*, e dalle campagne di sensibilizzazione e prevenzione a quelle che vedono il diretto coinvolgimento delle comunità locali. La varietà degli obiettivi è omogeneizzata da alcuni tratti peculiari di questo tipo di campagna:

— la finalizzazione a risultati ed effetti definiti. Se le campagne che mirano a informare gli utenti si propongono di incrementare il livello individuale di conoscenza della tematica, di attenzione alle conseguenze, alle opzioni, o ai supporti disponibili, quelle di persuasione aggiungeranno a tali scopi la creazione di nuove convinzioni nei soggetti interessati. Le campagne di mobilitazione sono poi indirizzate a stimolare attività individuali o di gruppo, e ad avviare canali interpersonali di comunicazione;

— essere indirizzata ad un'*audience* vasta; nonostante la maggior parte delle strategie di comunicazione siano direttamente basate sulla persuasione individuale, è necessario che venga coinvolto e influenzato un numero di persone tale da giustificare l'ingente impiego di risorse;

— la precisa definizione di periodo temporale di riferimento, che vada dall'inizio degli interventi alla fase di valutazione d'impatto.

Elementi strategici da tenere presenti sono la preventiva definizione di obiettivi raggiungibili, la segmentazione dell'*audience* e il bilanciamento dei canali di comunicazione; infatti se il ricorso ai *mass media* consente di diffondere il messaggio tra una larga parte di opinione pubblica, d'altra parte l'attivazione di reti interpersonali di dialogo permette un più incisivo inter-

vento sulle convinzioni e sui comportamenti individuali.

A questo proposito è quindi auspicabile l'utilizzo di canali multipli di comunicazione che offrono l'opportunità di un'azione sinergica tra diversi livelli: individuale, interpersonale, di *network* sociale, istituzionale.

È inoltre di fondamentale rilevanza la fase di progettazione della campagna, durante la quale si mette a punto un modello comunicativo che non sia distante, psicologicamente e socialmente, dal *target* degli utenti; oltre che nella forma, anche i contenuti devono avvicinare l'obiettivo all'*audience*, enfatizzando i pericoli e gli svantaggi cui si va incontro innescando una sensibilizzazione al tema.

Uno dei fattori di successo di una campagna sanitaria, è proprio che il messaggio diffuso permetta un'associazione d'idee col proprio vissuto.

Un nuovo modello di che si sta imponendo all'attenzione degli operatori per i risultati ottenuti, seppure a fronte di un notevole impegno dei progettatori nella fase di design, è quello basato sul *Sense-Making Approach*, secondo cui l'informazione come costruzione deve sostituire l'informazione come descrizione. Infatti studi condotti a partire dal 1972 sugli effetti delle campagne di comunicazione sanitaria, hanno messo in rilievo l'efficacia del dialogo. Certo non si tratta di un concetto nuovo, ma bisogna a questo punto operare un distinguo tra il vero coinvolgimento degli utenti, e modalità di intervento basate solo nominalmente sul dialogo.

La concezione di comunicazione come dialogo richiede almeno che l'istituzione e l'*audience* siano pensate concettualmente *ex equo*, ove addirittura l'istituzione non sia intesa nella sua fondamentale accezione di struttura rispondente ai bisogni del pubblico, con la conseguente messa a punto di un sistema di mandato interagente:



*audience* allora sarà il cittadino, come l'istituzione.

Un altro aspetto interessante, è che nella fase di disegno, e in quella successiva di messa in opera di una campagna sanitaria efficace, si utilizzano strumenti concettuali e operativi che sono frutto di un processo sincretico tra il *marketing* e le scienze sociali. Per prima cosa va operata una distinzione tra questo «*marketing* sociale» e l'attività pubblicitaria che semplicemente utilizza i media per trasmettere un messaggio socialmente utile.

Quindi tutte le campagne sanitarie che appaiono come *spot* pubblicitari fanno parte della seconda categoria, poiché, delle quattro macro-variabili del *marketing*, utilizzano solo la promozione; la pubblicità sociale, o pubblicità progresso risulta funzionale nel fornire informazioni riguardanti un concetto o un messaggio semplice, e magari riesce anche ad incrementare la motivazione individuale, ma non è in grado di supportare concetti complessi, sfaccettati, o di indurre un cambiamento che preveda un preventivo sforzo cognitivo.

Il *marketing* sociale, invece, si compone delle cosiddette quattro P del *marketing*;

— prodotto, inteso come messaggio da veicolare;

— prezzo, in termini di investimenti necessari e risorse utilizzate;

— posizionamento, nell'accezione di canali informativi selezionati, e, infine;

— promozione.

Con queste variabili, proprio come nel settore privato, si mettono a punto il *marketing mix* più adatto allo scopo.

#### 4. L'esperienza della Surgery Center Campaign

Come sopra accennato, il CHLA cerca di gestire in modo ordinato e coordinato le iniziative che abbiano

come ultimo obiettivo il miglioramento delle condizioni della salute nell'infanzia. Particolare attenzione è riferita al coinvolgimento, oltre che degli operatori professionali, delle famiglie, delle scuole, dei centri di aggregazione giovanile, e di tutti i luoghi e le figure istituzionali che fanno da sfondo alla crescita del bambino e dell'adolescente. Così si attivano canali di comunicazione interpersonali, e, se gli stessi messaggi vengono poi veicolati dai mass media, si raggiunge un ottimo stadio di comunicazione multi-livello.

Si pone particolare attenzione alla prevenzione degli incidenti evitabili. Ad esempio sul totale dei ricoveri per incidenti, il 60% è dovuto ad incidenti stradali, seguiti in ordine di frequenza da quelli domestici e agli abusi. In questi casi il CHLA interviene con la prevenzione, anche perché, con i reparti che ospitano pazienti con malattie genetiche, tumori, AIDS, si ha un approccio particolarmente attivo nella prevenzione, ove possibile, degli incidenti evitabili. Per mettere a punto questa campagna, si sono formati *team* con infermieri, assistenti sociali, specialisti in psicologia infantile, interpreti (si pensi alla varietà etnica, quindi linguistica, di Los Angeles), nutrizionisti, medici, impiegati nel dipartimento di relazioni pubbliche ed esperti di *budget*. Con la stessa ratio è stato avviato il programma *Tabacco Free for Me*: la maggior parte dell'azione di prevenzione avviene nelle scuole, con il coinvolgimento nelle attività e negli orari didattici dello *staff* educativo del CHLA

Passando dalle campagne di prevenzione a quelle di *fundraising*, è assolutamente esemplare la *Surgery Center Campaign*, avviata con l'obiettivo di raccogliere 25 milioni di dollari per la costruzione di un nuovo centro chirurgico da 56 milioni di dollari. In questo modo si rinnoverà una strut-

tura ormai trentennale, e si fornirà l'ospedale di una nuova facciata, di una nuova entrata, di un piano (il secondo) con 14 sale operatorie attrezzate con strumenti tecnologici avanzati, e si anetterà anche un'area apposita per i donatori del sangue. Il *team* chirurgico di fama mondiale che opera al CHLA avrà a disposizione, nello stesso edificio, lo spazio e l'equipaggiamento necessari per affrontare qualsiasi tipo di operazione, da quelle di *routine* a quelle complesse, tenendo presente che il CHLA opera oltre il doppio dei casi chirurgici complessi di ogni altro ospedale della California meridionale, ed è l'unico dove gli anestesisti sono specializzati solo in anestesia infantile.

Al CHLA il volume dei casi chirurgici è in costante aumento, con un incremento medio annuo del 5%: da 8084 operazioni chirurgiche nel 1993, si è passati nel giugno di quest'anno a 9640, con un fabbisogno di 19000 ore per l'anno fiscale che ha avuto termine il 30 giugno. Infatti il CHLA ha in carico circa il 17% delle operazioni di chirurgia pediatrica a Los Angeles.

La prima fase della campagna comincia nell'aprile 1995 e finisce nel settembre 1996: si richiede ai membri interni e agli «amici» dell'ospedale di sostenere la campagna. Già nell'ottobre '96 si sono raccolti 21 dei 25 milioni di dollari che costituivano l'obiettivo. Tutto ciò avveniva prima ancora di avviare la fase pubblica della campagna, cominciata nell'ottobre 1996 e che sarebbe dovuta terminare nel gennaio 1998. In realtà a settembre, tre mesi prima della scadenza, si erano già raccolti oltre 26 milioni di dollari.

Il successo della *Surgery Center Campaign* risiede, in primo luogo, nell'accurata fase di *design* e progettazione, insomma un ottimo esempio di applicazione delle teorie sulle campagne di comunicazione sanitaria. La

fondazione doveva trovare i fondi necessari, e per raggiungere questo scopo si è data gli strumenti idonei per comunicare con i singoli cittadini, le società e le aziende del settore privato e le fondazioni private, definendo gli obiettivi, i destinatari e i veicolatori del messaggio, per ogni *step* del Piano di comunicazione.

I - Obiettivi del *marketing* e del *fundraising*:

— raccogliere 25 dei 50 milioni di dollari necessari a costruire il nuovo centro chirurgico;

— far sì che il CHLA sia percepito come una risorsa chiave della comunità, nonché la migliore struttura ospedaliera ad ovest del Mississippi;

— diffondere l'immagine e le attività di raccolta fondi del CHLA anche in zone precedentemente non considerate strategiche;

— individuare potenziali donatori in prospettiva delle future campagne di *fundraising*, come quella per il centennio;

— preoccuparsi dei presenti e passati donatori, aggiornandoli sui progressi, e verificando costantemente la loro soddisfazione;

— promuovere internamente l'importanza del *fundraising* presso lo *staff* dell'ospedale.

II - Messaggi da comunicare.

La comunicazione sulla *Surgery Center Campaign* è coordinata dallo *staff* della fondazione col fine di informare ed educare potenziali donatori circa il progetto e il CHLA, e ringraziare, dando loro riconoscimento, i donatori per l'investimento che hanno fatto nel progetto e nelle vite dei bambini.

Questa strategia di comunicazione vuole avere un impatto che vada oltre il *fundraising*; la campagna fornisce un'opportunità senza precedenti per generare conoscenza e attenzione da parte di molte comunità di tutta la Ca-

lifornia del Sud. Lo *staff* della fondazione lavora congiuntamente con il *Public Affairs Department* per massimizzare le sinergie, e veicolare in maniera più forte e consistente possibile, il messaggi sull'ospedale. Anche in questa fase nulla è lasciato al caso, e i contenuti da diffondere sono stati preventivamente e schematicamente predefiniti:

— CHLA, pioniere in pediatria fin dall'inizio secolo, è uno dei pochi centri al mondo a conciliare un centro medico pediatrico autonomo, con una struttura di ricerca progettata appositamente per far sì che le scoperte dei laboratori vengano applicate ai pazienti che soffrono di malattie croniche complesse;

— negli ultimi 6 anni, *U.S. News & World Report*, ha puntualmente ascritto il CHLA tra i primi cinque ospedali pediatrici del paese, e il migliore della costa occidentale;

— il CHLA lavora a stretto contatto con le famiglie dei bambini malati provenienti da tutte le parti della California, ed è un'impareggiabile risorsa del posto.

III - Segmentazione dell'*audience*.

Questo punto molto importante per la riuscita di una campagna, è stato sviluppato egregiamente dal CHLA, che ha diviso gli utenti della campagna in 5 gruppi:

1) volontari e rappresentanti della campagna (Comitato *Surgery Center Campaign*, Consiglio di amministrazione, Consiglio di direzione, medici selezionati);

2) membri della «CHLA Family» (Consiglio di direzione, Consiglio di amministrazione della campagna, associati e affiliati, rappresentanti dei medici, *manager* e amministratori *senior*, altri impiegati, volontari, la USC con le istituzioni affiliate, e i gruppi di ex studenti);

3) potenziali maggiori donatori (singoli cittadini, società e aziende, fondazioni private);

4) altri possibili donatori (famiglie riconoscenti, donatori *annual giving*, esponenti dell'amministrazione urbana);

5) altri possibili interessati al CHLA cui indirizzare semplicemente richieste di attenzione (*Healthcare Community* a livello nazionale, statale e locale; i rappresentanti ufficiali di tali istituzioni; i media regionali e nazionali).

IV - Materiale e attività della campagna di comunicazione.

Il materiale appositamente realizzato, così come le attività organizzate, è stato il mezzo della fondazione per comunicare efficacemente le aspirazioni e la necessità del *fundraising*, e per ringraziare e tenere aggiornati i donatori e quanti hanno partecipato a vario titolo.

È stata pubblicata una dichiarazione ufficiale per coprire le informazioni di base sulla campagna e sul CHLA. Inoltre si è realizzata nella prima fase dei lavori la *Surgery Center Project Brochure*, il principale strumento di *marketing*, che trasmette sinteticamente le informazioni sul progetto in una confezione colorata piene di disegni di bambini e ritratti fotografici dei pazienti. Tra gli inserti merita una nota particolare la presentazione della pianta del complesso ospedaliero attuale e la proiezione del *Campus* col nuovo *Surgery Center*.

Altri risultati di questo *marketing mix* sono dei video che mostrano il CHLA e il suo funzionamento; varie riviste e pubblicazioni dell'ospedale che contengono articoli e allegati sulla campagna, e l'attività di pubbliche relazioni. Per quanto riguarda le relazioni interne, si utilizza la rivista e un bollettino dedicato allo *staff*, insieme

all'*e-mail*. Si allestiscono inoltre *stands* che richiamino l'attenzione di pazienti, familiari e visitatori.

Le relazioni esterne e con i media prevedono l'annuncio iniziale dell'apertura della campagna, seguito da comunicati sulle donazioni più cospicue mediante articoli su giornali e riviste, notizie al telegiornale, interventi di rappresentanti, pazienti e donatori del CHLA in *talk show* e programmi-ve-rità.

Gli eventi speciali sono organizzati per diverse categorie di *audience*, e diverse finalità come richiamare attenzione, raccogliere fondi, ringraziare i donatori. Tra questi eventi la cerimonia di inizio e termine della campagna, l'inaugurazione del centro e la serata di gala.

Un aspetto di strategica rilevanza in ogni campagna di *fundraising* è l'individuazione dei donatori, e la *Surgery Center* rappresenta un'opportunità

ideale per valutare le politiche e gli strumenti di individuazione dei benefattori in atto, per chiarirne gli obiettivi, e per adattarne le teorie e le applicazioni *standard* ai bisogni specifici del CHLA. A questo proposito si è dimostrata utile la costituzione di un gruppo (formato da membri della fondazione, del *Public Affairs*, gli associati e affiliati, dei medici, dei volontari, degli impiegati) che affronti al meglio questo punto cruciale.





# IL SISTEMA SANITARIO IN UNGHERIA: ALCUNE PROBLEMATICHE IN CORSO DI RISOLUZIONE

di Emidia Vagnoni

Università di Bologna (sede di Forlì)

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. Il modello di riferimento - 2.1. Gli obiettivi - 3. Il rinnovamento del sistema di erogazione delle prestazioni - 3.1. La situazione attuale - 3.2. Principali direttive nella riforma organizzativa e strutturale del sistema sanitario - 3.3. I cambiamenti nei rapporti di proprietà - 3.4. Il rinnovo delle competenze - 3.5. La riforma economico-finanziaria della sanità - 4. Percorsi per la trasformazione.

## 1. Introduzione

L'Ungheria è un paese proveniente da un sistema economico-politico di tipo socialista (1), caratterizzato da un forte assistenzialismo che aveva consentito di garantire a ciascun cittadino l'erogazione dei servizi. Le riforme sulla gestione dei servizi sociali, di recente introduzione, hanno portato alla crisi del sistema economico del paese determinando fenomeni quali il ricorso al pensionamento anticipato; l'aumento della disoccupazione (attualmente si hanno quasi 600.000 disoccupati, in un Paese con una popolazione di circa 10.2 milioni di abitanti); l'aumento della contribuzione sociale (che grava sui lavoratori dipendenti in media per l'11.5% del salario lordo e sugli imprenditori per il 39.5%); l'espansione dell'«economia sommersa» (2), come conseguenza della crescente pressione tributaria.

Un tale stato di cose crea inevitabilmente dei riflessi sulle scelte di politica redistribuita del paese e quindi anche sul finanziamento del sistema sanitario. Il sistema sanitario ungherese non presenta sostanziali differenze, in termini di offerta, da quello della media dei paesi dell'Unione Europea (si

vedano i dati medi riportati nella tabella 1) e la spesa sanitaria (6.2% del PIL) non si discosta molto da altre realtà occidentali (6.9% del PIL in Svezia, 6.5% del PIL in Italia).

Nell'ambito di un generale progetto di rinnovamento del settore pubblico, il sistema sanitario ungherese sta realizzando un graduale processo di riforma che ha preso avvio nel 1990 ed è teso ad assicurare servizi sanitari che soddisfino un determinato livello qualitativo e a recuperare margini di efficienza, soprattutto in ragione della progressiva diminuzione che il PIL ha fatto registrare negli ultimi anni.

Come verrà evidenziato nel corso del lavoro, i principi guida del disegno di rinnovamento risiedono nel perseguimento dell'economicità nella gestione delle risorse destinate alla tutela della salute. Ciò porterà a un ripensamento dei processi di erogazione delle prestazioni, a mutamenti in termini organizzativi e a modifiche nei diversi aspetti caratteristici del personale oc-

cupato in sanità nel senso di conseguire una maggiore efficienza produttiva interna. Inoltre, è già iniziato il percorso introduttivo del nuovo sistema di finanziamento ed è in corso il processo di riforma del sistema contributivo. Nell'ambito di questo lavoro, quindi, partendo dalla descrizione della situazione presente in Ungheria si cercherà di analizzare gli aspetti di maggiore rilievo della riforma del sistema sanitario presentando, ove possibile, considerazioni di raffronto con le esperienze occidentali.

## 2. Il modello di riferimento

### 2.1. Gli obiettivi

L'attuale situazione sanitaria della popolazione ungherese rappresenta un ostacolo all'efficiente andamento della vita sociale ed economica del paese. Il basso livello della cultura sanitaria conferisce specifiche caratteristiche epidemiologiche (3) alla popolazione

Tabella 1

	Ungheria	Unione Europea
Posti letto per 10.000 abitanti .....	100	90
Numero di medici.....	30-33	25

e costituisce un limite alla crescita economica dell'Ungheria e al raggiungimento dell'obiettivo di integrazione europea.

Pertanto, occorre elaborare una politica sanitaria (4) e un sistema di erogazione delle prestazioni che tenendo in considerazione le possibilità economiche del paese:

— assicuri un miglioramento dei servizi sanitari in termini quantitativi, qualitativi e di composizione dell'offerta;

— garantisca l'efficienza interna del sistema; i professionisti nelle unità sanitarie devono operare con efficienza e lo schema di finanziamento delle strutture sanitarie deve rispettare i criteri di efficienza e di equità;

— riduca le ineguaglianze nelle possibilità di accesso ai servizi sanitari primari;

— realizzi un *mix* di servizi trasparente, controllabile nella composizione e nelle modalità di finanziamento.

La realizzazione degli obiettivi evidenziati non può prescindere dal raggiungimento di una certa stabilità economica che consenta di assicurare le risorse per il mantenimento e la successiva espansione del sistema sanitario; e di ottenere il supporto della collettività e degli attori del sistema nel realizzare i cambiamenti organizzativi.

Nel disegno di rinnovamento del sistema sanitario non è prevista la radicale revisione del pacchetto dei servizi primari programmati, ma alla luce di quanto detto finora, in cooperazione con le organizzazioni professionali, il catalogo dei servizi dovrà essere rivisto.

Inoltre, il raggiungimento dei citati obiettivi di politica sanitaria implica la creazione di un efficace sistema di rilevazione delle informazioni che consenta di monitorare l'evoluzione delle variabili chiave dell'efficienza economica. Attualmente, gli organi di pro-

grammazione economica non dispongono di informazioni:

- sull'efficienza del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- sulla qualità delle cure;
- sugli investimenti;
- sull'incidenza dell'inflazione;
- sulle risorse destinate alle attività di ricerca e sviluppo.

Occorre pertanto adeguare il sistema di *reporting* alle nuove esigenze informative e ai modelli di *reporting* internazionali (UE, OCSE, OMS) e realizzare il passaggio dalle informazioni sull'attività di gestione sanitaria (aggregazione di dati statistici e informazioni descrittive) alle informazioni rivolte al monitoraggio dell'efficienza e della qualità e all'analisi dei costi (5).

Date le attuali caratteristiche epidemiologiche della popolazione ungherese, il miglioramento dello stato di salute non può che passare attraverso un innalzamento del livello culturale e una maggiore attenzione, quindi, all'attività di prevenzione che costituisce, tra l'altro, un'ampia e coordinata attività sociale.

Occorre rinnovare il Programma nazionale di promozione della salute di modo tale che tenga conto anche delle esperienze internazionali di cooperazione intersettoriale e delle linee guida rilevanti dell'Unione Europea. Nell'ambito del programma di promozione della salute pubblica saranno organizzate specifiche attività aventi le seguenti priorità:

— educazione sanitaria e promozione della tutela della salute nelle scuole;

— programmi di controllo del fumo e dell'abuso di alcool e droghe, e altre forme di comportamenti che danneggiano la salute;

— azione per la tutela della salute ambientale.

Nel miglioramento dell'efficacia della prevenzione sanitaria, ampi po-

teri saranno affidati al Comitato nazionale per la sanità pubblica che costituisce il *forum* per un coordinamento intersettoriale nell'area delle attività di prevenzione.

Infine, va ricordato che la realizzazione di un'efficace processo di prevenzione sanitaria avrebbe diversi effetti sul settore pubblico, sia in termini di benefici che di modifica nella struttura dei costi per l'erogazione dei servizi (6) incidendo sugli elementi di seguito indicati.

Dal lato dei «costi» infatti, si avrebbero riflessi:

— sull'implementazione di un'adeguata politica fiscale e dei prezzi per supportare i programmi sanitari;

— sulla protezione ambientale e tutela della salute nei posti di lavoro (in termini di percorsi formativi di sensibilizzazione degli imprenditori e di coinvolgimento delle strutture sanitarie medesime);

— sulla formazione per la diffusione della cultura sanitaria (si tratta di avviare una campagna promozionale dell'obiettivo di prevenzione e quindi affrontare gli oneri che derivano dall'utilizzo dei media e di altri strumenti idonei);

— sulla consistenza delle spese per il personale e sulle linee di politica sociale per l'assicurazione delle condizioni minime di tutela assistenziale.

D'altro canto il processo di prevenzione sanitaria indurrebbe ai seguenti «benefici»:

— un miglioramento del livello sanitario della collettività con conseguente sviluppo di maggiore capacità lavorativa;

— un risparmio in termini di spese per l'erogazione delle cure;

— una diminuzione dei giorni di malattia da remunerare;

— una diminuzione della spesa per i farmaci.



### 3. Il rinnovamento del sistema di erogazione delle prestazioni

#### 3.1. La situazione attuale

La struttura del sistema di erogazione delle cure e l'utilizzazione delle sue potenzialità non corrisponde, attualmente, ai bisogni reali che scaturiscono dalla composizione per età della popolazione e dalle sue caratteristiche in termini epidemiologici. Dato l'attuale livello di conoscenze scientifiche, l'80-85% delle malattie potrebbe essere esaminato e trattato al domicilio o in strutture ambulatoriali. Malgrado ciò, i costi di ospedalizzazione sono tra i più elevati. Il paziente, sia per iniziativa propria che del medico di base, è trattato frequentemente ad un più alto e più costoso livello terapeutico. (Le principali caratteristiche del sistema di erogazione delle prestazioni sono riportate nella tabella 2).

I primi passi nella direzione di riorganizzare le strutture e i percorsi attraverso cui produrre ed erogare i servizi sanitari sono rappresentati dall'attuazione di una riforma organizzativa e strutturale, dalla modifica del sistema di finanziamento, dal rinnovamento del processo decisionale, di regolazione e controllo dello stesso.

Il Sistema sanitario ungherese appare caratterizzato da un sistema di assicurazione sanitaria indipendente, completamente obbligatorio (basato sull'assicurazione sociale). Il processo di finanziamento è ripartito tra gli operatori istituzionali, per quanto attiene gli investimenti, e il Fondo nazionale per l'assicurazione sanitaria per la parte riguardante le spese di gestione.

Le modalità di finanziamento (7) dei servizi sanitari stanno seguendo le linee di sviluppo percorse da molte altre realtà europee: il metodo capitarario resta lo strumento più funzionale per l'attribuzione delle risorse per l'erogazione dei servizi di medicina di

base, mentre i servizi specialistici esterni vengono remunerati attraverso un sistema a punti che permette di correlare le tariffe al costo del servizio. Le prestazioni ospedaliere vengono poi finanziate attraverso il ricorso al sistema di definizione dei DRGs, peraltro già in corso di sperimentazione da un decennio in alcuni ospedali di grandi dimensioni, e la vendita dei farmaci risulta essere sottoposta al sistema di sovvenzionamento dei prezzi al minuto.

Le contribuzioni provenienti dalle assicurazioni sanitarie obbligatorie costituiscono una delle principali forme di finanziamento del servizio sanitario nazionale — tale fonte è destinata per lo più alla copertura delle spese di gestione dei servizi di cura (ad es. riabilitazione) —, ad esse si affiancano poi le risorse assegnate dallo Stato per la gestione della sanità pubblica, per la realizzazione di investimenti ritenuti prioritari e per l'assicurazione dei servizi sanitari obbligatori. Infine, la collettività partecipa altresì alla spesa sanitaria per il tramite del co-pagamento di molti servizi offerti dalle assicurazioni sanitarie, ma soprattutto per via del pagamento in proprio (8) dei servizi che vanno oltre quelli ricompresi tra i benefici offerti dalle assicurazioni.

Per meglio definire il quadro sanitario ungherese diamo anche indicazione dei soggetti che operano per l'erogazione dei servizi sanitari; si tratta di:

- 1) istituzioni pubbliche locali
- 2) soggetti privati autonomi
- 3) strutture private per l'erogazione di prestazioni sanitarie (sono state introdotte da pochissimi anni).

#### 3.2. Principali direttive nella riforma organizzativa e strutturale del sistema sanitario

Il Sistema sanitario ungherese è stato a lungo organizzato e gestito in maniera accentrata dallo Stato. Attualmente, invece, il numero degli attori è aumentato e una delle questioni maggiormente rilevanti per l'avvio del nuovo modello sta nell'esplicitare gli obiettivi e le responsabilità dei diversi agenti.

Nella forma assistenziale la responsabilità e il ruolo dello Stato erano illimitati, e come risultato si è avuto l'erogazione di servizi a bassa efficienza. Nel predisporre l'attuale riforma (per quanto riguarda le diverse fasi dei lavori può essere utile consultare la tabella 3) è indispensabile operare una divisione dei ruoli e dei poteri ad essi connessi, pur nella consapevolezza che un agire nel senso di modificare il

Tabella 2

Elevata percentuale di cure somministrate in ospedale
Elevato numero di posti letto in ospedale per il trattamento dei pazienti acuti
Disfunzioni dovute al mutato <i>mix</i> delle patologie (ad esempio, ci sono pochi posti letto per il trattamento dei pazienti affetti da cancro e troppi posti letto, rapportati al numero dei bambini, nei reparti di pediatria ed ostetricia)
Insufficienza delle strutture per l'assistenza e la riabilitazione degli anziani e dei pazienti cronici
Somministrazione della maggior parte delle cure riabilitative internamente agli ospedali a causa dell'inadeguatezza delle strutture riabilitative esterne
Mancata considerazione, nell'attuale sistema di finanziamento, dell'incidenza dell'inflazione (i gestori delle risorse sanitarie non dispongono quindi dei fondi necessari per mantenere il livello delle prestazioni)
Elevati consumi di farmaci

**Tabella 3 - Riforma**

Lavori preparatori	Riforma del sistema istituzionale: il sistema dei comitati è sostituito dal principio delle responsabilità separate (Stato, Comuni, Contee ...)	1986-1990
Sistema di finanziamento	Per testa (con aggiustamenti) per i servizi sanitari di base	1992
	A punti per le cure specialistiche esterne (modello tedesco)	1993
	Adattamento dei DRGs per i trattamenti ospedalieri	1993
Riforma strutturale/organizzativa		Dal 1995
Riforma della contribuzione per l'assicurazione sociale	Introduzione della tassa per la sanità (principio dell'equità)	1996
	Ripensamento del pacchetto di offerta dei servizi di base	1996
Riforma nelle attività professionali	Regolazione dei requisiti minimi per erogare certe prestazioni	1996-1997
	Linee-guida per la somministrazione delle cure mediche	Dal 1996
	Introduzione delle valutazioni delle dotazioni tecnologiche	Dal 1997

ruolo dello Stato non vuole significare un ridimensionamento dello stesso:

— è vero che l'azione centrale nella gestione diretta e nel finanziamento si sta riducendo, ma continua ad essere garante del rispetto del dettato costituzionale per le attività poste in essere coerentemente con gli obiettivi di politica sanitaria;

— il suo potere legislativo e le attività di regolazione professionale, di controllo e di garanzia stanno aumentando;

— il ruolo nell'implementazione delle attività di prevenzione sta crescendo, soprattutto in ragione del fatto che ci si può attendere dei risultati solo in ragione di un approccio intersettoriale;

— il suo contributo al processo di pianificazione e sviluppo, inclusi gli investimenti impiegati, rimane immutato o aumenterà.

Inoltre sul fronte della domanda, la ricerca di servizi che eccede il paniere di offerta del Sistema sanitario nazio-

nale potrebbe essere soddisfatta con il ricorso a forme di volontariato e a sistemi supplementari di previdenza; si tratta di forme di autogestione assunte dalla comunità che potrebbero essere incoraggiate attraverso la concessione di sgravi fiscali o di altro supporto da parte delle autorità centrali (9).

Anche gli obiettivi e le competenze delle autonomie locali (regioni, contee e comuni), il loro ruolo di «proprietari» e quello che svolgono nel realizzare i piani di sviluppo dovranno essere rivisti. La ripartizione degli obiettivi tra i diversi livelli di governo deve assicurare il simultaneo rispetto dei principi di politica sanitaria e il soddisfacimento dei bisogni specifici espressi in funzione delle diverse situazioni locali.

### 3.3. I cambiamenti nei rapporti di proprietà

Attualmente la gestione dei servizi sanitari è prevalentemente in mano

allo Stato e alle amministrazioni locali, i quali non sono sufficientemente efficienti e non sono dotati di un adeguato sistema di incentivazione del personale.

Data la domanda di servizi e in considerazione del fatto che il *budget* dello Stato non ha previsto fonti che consentano nuovi stanziamenti di risorse e aumenti di efficienza, non esistono le condizioni per impedire la creazione di forme di proprietà mista e di privatizzazione. L'ipotesi di trasferire in seno ai privati una parte delle strutture sanitarie è stata ampiamente discussa poiché condurrebbe a miglioramenti di efficienza e di qualità, alla creazione di incentivi e renderebbe possibile l'impiego di capitali privati. A fronte di quanto detto uno studio svolto dal Ministero ungherese della sanità mostra che:

— l'erogazione di prestazioni mediche risulterebbe più efficiente, ma comporterebbe un maggiore dispendio di risorse;

— la crescita dei costi in sanità avrebbe i suoi riflessi anche nella sfera di gestione pubblica;

— nel processo di erogazione delle prestazioni sanitarie si passerebbe dall'obiettivo di soddisfazione dei bisogni a quello di soddisfare le richieste espresse, il che comporterebbe una crescita, anche nel settore sanitario pubblico, dei servizi a tariffa e della gamma dei servizi offerti.

Il mantenimento di un prevalente sistema pubblico di finanziamento potrebbe essere affiancato da una varietà di soluzioni (privatizzazione funzionale, privatizzazione parziale, potenziamento delle organizzazioni non profit) che consentirebbe di colmare la situazione di scarsa efficienza nella gestione delle strutture sanitarie pubbliche.

Le condizioni legislative devono garantire che nel caso di completa privatizzazione (10), il cambiamento del

soggetto che eroga le prestazioni non implica una perdita di proprietà da parte delle istituzioni locali e un'interruzione della continuità delle cure. Poiché la privatizzazione estensiva delle organizzazioni sanitarie implica una lunga preparazione e richiederebbe anche delle modifiche della legge sulle unità locali, l'obiettivo realistico per l'immediato futuro è una privatizzazione funzionale e la creazioni di forme associative di tipo non-profit che operino con la partecipazione delle unità locali.

Da parte degli erogatori, la privatizzazione funzionale renderebbe possibile, per i medici e gli impiegati nel settore, di svolgere le proprie attività in un contesto assimilabile a quello imprenditoriale, e pertanto con migliori incentivi. La medicina di base, l'assistenza dentistica e l'assistenza domiciliare stanno già operando in forma privatistica. È sentita l'esigenza di monitorare tali esperienze al fine di estenderle alla gestione dell'assistenza specialistica che vorrebbe anche la creazione di strutture aziendali di medie dimensioni a fronte delle piccole strutture sanitarie attualmente esistenti.

Inoltre, occorre agevolare il reperimento delle risorse da parte delle strutture di medie dimensioni tramite la previsione di condizioni finanziarie e legislative tali da assistere l'avvio dell'attività economica, ma senza che ciò costituisca un vincolo; nell'anno in corso esiste la possibilità di iniziare con l'attivazione di un numero limitato di modalità di finanziamento che potranno essere più ampiamente diffuse a partire dal 1998.

### 3.4. Il rinnovo delle competenze

In aggiunta alla gestione e ai rapporti di proprietà occorre agire sulla struttura professionale del personale che opera nel processo di erogazione

delle prestazioni, nonché sul suo sistema di relazioni interne. I più importanti principi della riforma strutturale, basilari per la pianificazione, sono i seguenti:

- trattamento dei pazienti al livello sanitario al quale questo può essere fatto più efficientemente;

- riduzione della percentuale di cure ospedaliere per acuti e aumento di quella per cure ambulatoriali;

- separazione istituzionale degli obiettivi sociali ed assistenziali;

- maggiore rispetto del principio dell'equità;

- migliore copertura della domanda di servizi sanitari riferita ai diversi gruppi di trattamenti e alle diverse fasce di età;

- eliminazione delle barriere di accesso determinate dal luogo di residenza o da differenze sociali.

Coerentemente con quanto detto finora le possibilità di consultazione e di diagnosi in centri specialistici ambulatoriali deve essere rafforzata, contemporaneamente con la graduale riduzione delle ineguaglianze nell'erogazione dei servizi.

La compressione della percentuale di attività per cure ospedaliere non è solo un problema di capacità (ovvero di posti letto), ma anche di cambiamenti coordinati nella struttura organizzativa, nel sistema di finanziamento e nel sistema delle competenze professionali che devono essere attuati per promuovere la sanità su base extra-ospedaliera. L'eliminazione delle capacità di ospedalizzazione poco utilizzate è stata ampiamente raggiunta nel 1995-1996.

Dal lato delle competenze professionali, la struttura e la sua articolazione dovrebbero meglio allinearsi ai reali bisogni emergenti dalle tipologie di patologie riscontrate nei pazienti. C'è bisogno, per esempio, di aumentare le capacità di trattamento del cancro e delle patologie cardiovascolari, men-

tre con la diminuzione del tasso di natalità il numero di posti-letto e di professionalità per ostetricia, pediatria ... può essere ridotto.

Inoltre, sempre da un punto di vista della struttura organizzativa, occorre supportare la trasformazione delle unità liberate nel corso della riorganizzazione della capienza di posti letto in unità di servizi sociali, in armonia con i principi stabiliti nel *Social Welfare Act*.

Infine, il potenziamento dell'assistenza domiciliare e del sistema istituzionale di assistenza specializzata, unitamente alla stabilizzazione delle loro condizioni di finanziamento, costituisce un altro obiettivo da conseguire nei prossimi anni.

### 3.5. La riforma economico-finanziaria della sanità

Data la scarsità delle risorse è ovvio sia per ragioni economiche che professionali:

- che le diseguaglianze nei livelli di servizio debbano essere ridotte;

- che il sistema contenga garanzie della qualità e dell'accessibilità, che i fornitori e gli utenti siano ampiamente tutelati, che i loro diritti e le loro responsabilità siano disciplinati;

- che il sistema debba essere trasparente per gli utenti così come per i fornitori e i finanziatori.

Il raggiungimento degli obiettivi sopra citati deve necessariamente passare attraverso le seguenti fasi:

- 1) aggiornamento delle norme sulle tecnologie medico-sanitarie;

- 2) autorizzazione, a partire dal 1996, delle istituzioni che soddisfano requisiti minimi per l'erogazione di trattamenti medici;

- 3) elaborazione del sistema di accreditamento per gli ospedali e altre istituzioni sanitarie, grazie al supporto di enti internazionali. Il processo di



accreditamento inizierà in maniera sistematica a partire dal 1998;

4) assicurazione della qualità delle strutture: è importante avere sistemi di assicurazione della qualità che siano in linea con gli obiettivi delle istituzioni, che non impongano dei vincoli troppo stretti ai professionisti e che possano essere finanziati. L'obiettivo dei programmi di *quality assurance* sta nel migliorare la qualità professionale delle cure e la soddisfazione dei pazienti, e allo stesso tempo raggiungere l'uso più efficiente delle risorse disponibili;

5) il monitoraggio della qualità delle cure dovrà avere i suoi effetti sia sul sistema di finanziamento che di controllo. Gradualmente si sta definendo il livello di qualità desiderata nel sistema sanitario pubblico di modo tale di dare corso alle possibilità di miglioramento della qualità. Il sistema sanitario dovrà assicurare che i servizi non in linea con i parametri qualitativi siano esclusi dal sistema di rimborso;

6) indicazione nei rendiconti contabili di tipo finanziario dell'ammortamento; si auspica di raggiungere tale obiettivo nel medio termine, considerando che nell'anno 1997 è allo studio la gamma delle possibili soluzioni;

7) armonizzazione dei principi economici di management con il sistema di finanziamento, tenendo conto della necessità di autonomia e, allo stesso tempo, delle esigenze di controllabilità del sistema;

8) costruzione di un valido sistema di *reporting*, in quanto base per un efficiente programma di *quality assurance* e di controllo.

Le problematiche riguardanti il finanziamento delle aziende sanitarie rappresentano un elemento centrale del processo di riforma, ma è pur vero che la determinazione delle condizioni marginali cade al di fuori degli obiettivi sanitari. Il sistema sanitario

può essere responsabilizzato sull'uso razionale delle risorse e sul miglioramento dell'efficienza, ma sono le stesse risorse disponibili che determinano, contemporaneamente, la possibilità di razionalizzazione.

Secondo l'esperienza dei paesi aderenti all'OCSE, misure macro-economiche troppo restrittive e l'aumento delle contribuzioni individuali portano ad una maggiore ineguaglianza nei servizi, ad un deterioramento dell'efficienza delle cure e all'uso irrazionale della spesa per la sanità. Per queste ragioni, è più razionale attendersi dei risultati soprattutto da un processo di regolamentazione del sistema dei servizi.

#### L'individuazione delle fonti di finanziamento

L'attuale sistema di reperimento fondi necessita di una completa revisione. Le fonti di finanziamento esistenti non sono sufficienti a mantenere il livello quali-quantitativo del servizio: occorre creare un reale sistema di finanziamento per la sanità che risulti controllabile, che sia basato sulla piena solidarietà sociale e su risorse realmente reperibili. I cambiamenti recentemente approntati, basati sull'introduzione di una contribuzione sanitaria da parte degli utenti, non possono essere considerati come una vera riforma poiché non risolvono le problematiche dal lato delle fonti. È fondamentale ridurre il tasso di contribuzione, attualmente troppo elevato, preservando il valore reale delle risorse.

Pertanto, il sistema sanitario ha un particolare interesse nel portare avanti la politica di Governo anti-evasione, dal momento che reali redditi implicano anche un aumento delle contribuzioni sociali.

Nel rinnovamento del sistema sanitario quindi si dovrà tenere presente i principi che sottostanno alla gestione

del sistema di finanziamento e, nel dare attuazione agli stessi, le problematiche che oggettivamente sopraggiungono nell'impiego delle risorse finanziarie. Tali elementi, basilari per armonizzare i diversi aspetti della riforma sanitaria, sono di seguito specificati.

#### Principi di base per il rinnovamento del sistema di finanziamento

Preservare il principio della solidarietà e di dominanza del finanziamento pubblico.

Assicurare strutture e risorse umane necessarie per l'erogazione dei servizi.

Programmare la graduale introduzione di un efficace sistema di incentivi.

Creare un nuovo sistema per il controllo del sistema di finanziamento che, sulla base dell'*information technology*, consenta di controllare l'attendibilità dei dati e la percentuale di fondi pubblici spesi nel sistema sanitario.

Revisione del sistema di finanziamento basato sui DRGs di modo tale da rendere disponibile un sistema basato su una nuova classificazione e incentrato sul calcolo dei costi.

Chiarire il ruolo e le responsabilità dei diversi attori nelle operazioni di finanziamento.

#### Problematiche sull'utilizzo delle risorse

Definizione del pacchetto di servizi, nel finanziamento del quale sia chiaro il ruolo del *budget* statale.

Mantenimento dei criteri di *performance* nell'erogazione delle prestazioni e necessità di individuare un sistema che limiti la crescita dei servizi.

Trasparenza nella gestione delle liste d'attesa, soprattutto nel caso di ser-

vizi particolarmente costosi, disponibili in quantità ridotta.

Armonizzazione delle regole di gestione istituzionale con il sistema di finanziamento, tenendo conto delle possibilità di controllo e del grado di autonomia delle singole organizzazioni sanitarie.

#### 4. Percorsi per la trasformazione

Il programma di trasformazione del sistema sanitario può essere realizzato con successo solo se:

— i principi e le direttive del programma di riforma sono universalmente accettati e resi inequivocabili;

— è assicurata la disponibilità dei beni strumentali e delle risorse umane richiesti per la trasformazione;

— l'insieme dei provvedimenti normativi per la riforma è tempestivamente approvato;

— ci sarà il supporto degli attori del sistema sanitario e quello generale del settore pubblico.

Date le problematiche e i principi premessi all'attuazione della riforma del sistema sanitario, il punto di avvio non può che essere rappresentato dall'analisi della situazione di partenza e quindi, come anticipato all'inizio di questo lavoro, dalla considerazione degli aspetti strutturali-organizzativi, finanziari, nonché degli aspetti volti a delineare le caratteristiche della domanda proveniente dalla popolazione ungherese.

Man mano che la riforma prende consistenza, è ovvio che le unità ospedaliere, le altre strutture sanitarie e il sistema economico devono essere informati sulle diverse fasi della riforma e sul loro impatto in termini di efficienza e di efficacia del sistema sanitario stesso; occorre quindi individuare un sistema informativo valido per tutto il settore. A tal fine deve essere disegnato un processo informativo nazionale; devono essere elaborate le condizioni per un

monitoraggio continuo; occorre creare un nuovo sistema di aggregazione dei dati e di accesso agli stessi, senza però incorrere in duplicazioni e sovrapposizioni; occorre incentivare la creazione di sistemi di controllo nelle istituzioni, dai quali ottenere informazioni attendibili, in grado di esprimere le dimensioni quantitative e qualitative del sistema; infine, deve essere stabilito un adeguato sistema di relazioni tra *management*, istituzioni sanitarie e informativa economico-finanziaria.

Pertanto, risulta evidente la necessità di emanare una legge, coerente con il nuovo concetto di politica sanitaria (la risoluzione del Governo n. 1093/1996 costituisce la base per preparare la legge), che consenta di rivedere a pieno il sistema assicurativo/previdenziale al fine di renderlo armonico con la riforma del sistema contributivo, di definire l'ambito dei servizi fruibili tramite il sistema di previdenza, di creare la possibilità per sviluppare forme di assicurazione volontaria e supplementare.

È già stato messo in evidenza che la ristrutturazione necessita di risorse strumentali ed umane aggiuntive: da un punto di vista finanziario le risorse del *budget* centrale, in parte, sono già state assicurate; i prestiti della Banca Mondiale dovranno essere utilizzati per raggiungere maggiore efficienza nell'impiego delle risorse e per realizzare la trasformazione strutturale.

Nel 1997 sono disponibili le risorse (esprese in miliardi di fiorini ungheresi), secondo le attribuzioni indicate al livello ministeriale, riportate nella tabella 4.

Inoltre va anche richiamata l'attenzione sulla necessità, nell'ambito del programma di ristrutturazione, di riqualificazione del personale sia in termini quantitativi che professionali. Occorre una graduale e radicale trasformazione, un cambiamento culturale che consenta al personale della sfera sanitaria di operare coerentemente con la realtà che sarà disegnata dal modello prescelto. L'evoluzione culturale delle risorse umane deve essere promosso anche con provvedimenti di natura finanziaria, principalmente attraverso la fornitura di mezzi professionali e incentivi materiali. In questo senso, un ruolo fondamentale è svolto dallo sviluppo delle attività formative, anche con sistema continuo, ma particolare enfasi deve essere data alla formazione dei *manager* sanitari per uniformarne l'orientamento culturale e le competenze professionali di base.

Con la modifica delle condizioni finanziarie e professionali si dovrebbe consentire ai medici privati di stipulare contratti con le istituzioni sanitarie per svolgere delle attività nell'ambito del processo di raggiungimento degli obiettivi dell'istituzione stessa (*self-employed doctors*).

Tabella 4 - Le risorse per la ristrutturazione

Promozione degli obiettivi sanitari.....	1.150
Creazione delle condizioni per l'assicurazione della qualità.....	100
Programma di sviluppo tecnologico.....	600
Programma di azione ambientale.....	100
Ristrutturazione del sistema istituzionale.....	2.980
Programma di assistenza.....	120
Elaborazione di un nuovo sistema organizzativo per la fornitura di sacche di sangue.....	60
<b>Totale.....</b>	<b>5.690</b>
Linea di credito della Banca Mondiale.....	3.000

Risulta evidente che l'elaborazione e la successiva realizzazione di programmi dettagliati di rinnovamento implica l'avvio di attività di tipo multidisciplinare, coordinate e supportate da esperti, nonché la realizzazione di una strategia di comunicazione in linea con il processo di riforma dell'intero settore pubblico. In un simile contesto, quindi, il supporto delle amministrazioni centrali in termini di coordinamento, di pianificazione e di razionalizzazione delle risorse potrebbe rivelarsi irrinunciabile.

(1) L'evoluzione del sistema economico e politico ungherese degli ultimi decenni può essere seguita attraverso le descrizioni e le considerazioni riportate da R. P. Beschel (1997); da B. Lomax (1997) e da C. Pelanda, M. Ruiz de (1990), pagg. 207-248.

(2) Secondo una stima del 1996 l'area della *black economy* dovrebbe corrispondere a circa il 30% del PIL e di certo esiste una percentuale di economia cosiddetta «grigia».

(3) Si vedano i dati contenuti nel *Ministry for Public Welfare* (1995). Le tendenze che influenzano la domanda di servizi sanitari sono riscontrabili: nell'invecchiamento della popolazione e nella diminuzione delle nascite; nella percentuale particolarmente alta di popolazione di età media affetta da patologie e nel decremento degli auto-sufficienti (si aggiunga che la speranza di vita sta diminuendo, negli uomini è al di sotto dei 65 anni); nella crescita di incidenza delle malattie croniche non curabili; nell'ampliarsi del *gap* sociale in termini di possibilità di accesso alla tutela sanitaria e di possibilità individuale di spesa per la salute; nella crescente proporzione di persone con uno stile di vita dannoso per la salute.

(4) Sull'elaborazione delle politiche sanitarie e le connessioni con l'impiego di risorse si veda E. Borgonovi, cit.

(5) Ai fini gestionali e decisionali, la rilevanza assunta dalle metodologie di misurazione e analisi dei costi in ambito pubblico, anche sanitario, è oggetto di diversi contributi contenuti in G. Farneti, R. Silvi (1997).

(6) «... appare evidente l'utilità di tecniche come l'analisi costi-benefici, atte, se correttamente utilizzate, ad aumentare il grado di razionalità economica delle decisioni prese nel campo dei servizi pubblici» (...) «l'analisi costi-benefici fornisce a chi deve compiere scelte un criterio decisionale aggiuntivo: quello della convenienza economica» in E. Borgonovi, R. Dellamano (1983), pagg. 19-20.

(7) Le principali caratteristiche del sistema sanitario ungherese vengono trattate con riferimento agli elementi fondamentali evidenziati da G. Kapócs, «Probable development trends in public health». Seminario tenuto a Budapest il 2 luglio 1997, nell'ambito dei corsi della International Summer University of Economics su Welfare political Economics and its success in Europe.

(8) Poiché gli stipendi del personale medico risultano essere scarsamente remunerativi, è ampiamente diffuso il fenomeno del pagamento dei medici da parte del paziente, con risorse proprie, malgrado si tratti di un comportamento non etico. È stato stimato infatti che le risorse destinate privatamente ai medici rappresentano il 10% di quanto assegnato ai servizi di terapia e cura.

(9) Il ruolo delle organizzazioni civili e del settore privato nel raggiungimento di obiettivi pubblici, così come nel processo decisionale, sta crescendo. La sfera *non profit* occupa 33.400 dipendenti a tempo pieno e 15.500 *part-time*; sono il 45% del totale le organizzazioni *non profit* coinvolte nei settori sanitario e dell'assistenza sociale. È in corso di approvazione una legge che disciplina il finanziamento delle aziende *non profit* e già dal 1996 i contribuenti ungheresi possono destinare l'1% delle proprie imposte a una specifica organizzazione *non profit* a loro scelta. Si veda in tal senso,

nell'ambito del progetto CIVICUS, gli Atti del convegno «About a civil State: feasible or not?» (1997). Inoltre, cfr. E. Kuti (1996).

(10) Cfr. N. Holcblat (1997).

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1997), *Atti del convegno «About a civil State: feasible or not?»*, Budapest 4 Luglio.
- BESCHEL ROBERT P. (1997), *Reinventing the politburo: central mechanisms for policy formulation and coordination in Russia and Hungary*, International Journal of Public Administration, n. 20 (3): pagg. 565-619.
- BORGONOV E. (A CURA DI) (1995), *Il controllo della spesa sanitaria*, EGEA, Milano.
- BORGONOV E., DELLAMANO R. (1983), *Uno strumento operativo per la decisione in sanità. L'analisi costi-benefici*, Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, Milano.
- FARNETI G., SILVI R. (1997), *L'analisi e la determinazione dei costi nell'economia delle aziende*, Giappichelli Editore, Torino.
- HOLCBLAT N. 8 (1997), *L'économie hongroise en 1996-1997: reprise et confiance après un net ralentissement*, Le courrier des pays de l'Est, n. 419: pagg. 29-35.
- KAPOCS G. (1997), *Probable development trends in public health*. Seminario tenuto a Budapest il 2 luglio 1997, nell'ambito dei corsi della International Summer University of Economics su Welfare political Economics and its success in Europe.
- KUTI E. (1996), *The non profit sector in Hungary*, Manchester University Press, Manchester, UK.
- LOMAX B. (1997), *The Strange Death of Civil Society in Post-Communist Hungary*, Journal of Communist Studies and Transition Politics, vol. 13, n. 1: pagg. 41-63.
- MINISTRY FOR PUBLIC WELFARE (1995), *1995 Yearbook*.
- PELANDA C., M. RUIZ DE ELVIRA (A CURA DI) (1990), *L'Europa si ritrova. La transizione dell'Est un anno dopo*, Il Mulino, Bologna.



# **Sanità e impresa**

Sezione 5<sup>a</sup>



# IL CONTRIBUTO DELLA RICERCA ALLA RIDUZIONE DI ONERI ECONOMICI PER IL SSN: L'ESEMPIO DEI MEZZI DI CONTRASTO IN RADIOLOGIA

di Massimo Barberio<sup>1</sup>, Valtero Canepa<sup>1</sup>, Michele Garlisi<sup>1</sup>, Giuseppe Palmieri<sup>1</sup>, Marco Leonardi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Diagnostica per Immagini Bracco S.p.A., Milano

<sup>2</sup> Servizio Neuroradiologia Ospedale Bellaria, Bologna

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. L'evoluzione scientifica del settore - 3. Situazione normativa attuale in Italia - 4. Analisi della pratica clinica attuale e verifica del razionale scientifico - 5. Analisi economica - 6. Conclusioni.

## 1. Premessa

La ricerca chimico-farmaceutica e gli orientamenti economici del Governo in tema di sanità pubblica hanno vissuto, nell'ultimo decennio in Italia, rapporti caratterizzati dalla inconsapevolezza della reciproca indispensabile collaborazione.

In un'ottica diversa la ricerca dell'industria farmaceutica nazionale ed in particolare quella dedicata alla scoperta di nuove molecole per la diagnostica radiologica, ha instaurato da tempo un tavolo di lavoro comune con gli specialisti medici di settore; l'intento condiviso era di individuare delle situazioni di utilizzo inefficace (perché scientificamente non più corretto) od anacronistico delle risorse della sanità pubblica. Razionalizzare ed utilizzare nel modo più ottimale possibile le risorse del comparto della salute, può permettere la focalizzazione di investimenti a tutela della sanità secondo logiche di necessità e di utilizzo prioritario.

L'esperienza documentata in questo articolo rappresenta pertanto il risultato dell'attività di un gruppo di lavoro che si è costituito in maniera autonoma sulla spinta della esigenza condivisa direttamente dai vertici delle sezioni di studio della S.I.R.M., Società ita-

liana di radiologia medica (radiologia forense, mezzi di contrasto e risonanza magnetica), della Associazione italiana di neuroradiologia e della Direzione marketing e vendite della Bracco S.p.A., per una chiarificazione della situazione normativa e regolatoria inerente alle controindicazioni e precauzioni precedenti e concomitanti l'utilizzo di mezzi di contrasto (MdC) organiodati e paramagnetici, istanza presente a diverso titolo anche tra diversi operatori del settore (Leonardi, 1995).

Un breve cenno sul ruolo e sul perché di una presenza diretta di un'azienda farmaceutica: al di là del diretto interesse legato alla commercializzazione dei prodotti coinvolti, è innegabile che l'industria farmaceutica in senso lato ha un problema di recupero d'immagine rispetto al corretto equilibrio tra impegno di ricerca, risultati innovativi che favoriscano la tutela della salute, e temporanee situazioni di monopolio. La ricerca farmaceutica deve essere potenziata ed incentivata attraverso idonee politiche pubbliche e deve pagare questo suo debito con la collettività attraverso un serio e corretto impegno collaborativo professionale volto al miglioramento della salute nel complesso sociale, renden-

dosi disponibile in tutte le situazioni in cui vi sia questo obiettivo.

*Mission* di questo gruppo di lavoro la convinzione che qualsiasi esigenza di contenimento della spesa sanitaria deve essere comunque validata da razionali clinici, ed a loro volta questi non devono essere fossilizzati ed inamovibili nel tempo ma devono seguire il progresso scientifico. Nello specifico, l'obiettivo è sicuramente raggiungibile attraverso l'eliminazione di procedure ed analisi chimiche accessorie all'esame radiologico che non avrebbero ragione di essere mantenuti, alla luce degli attuali orientamenti e sviluppi scientifici del settore dei mezzi di contrasto.

## 2. L'evoluzione scientifica del settore

Prima di procedere con l'analisi economica del caso trattato, per introdurre i necessari razionali scientifici, è necessario un brevissimo cenno di spiegazione del mondo e della terminologia della radiologia.

La radiologia è quella branca della medicina che, con varie tecniche, realizza immagini dell'organismo utili ai fini diagnostici, utilizzando anche radiazioni elettromagnetiche denominate raggi X. La contrastografia artificia-



le utilizza sostanze estranee, alcune di esse sono ad elevato numero atomico e, immesse nell'organismo, modificano l'assorbimento dei raggi X in organi e tessuti che sono simili per composizione chimica e/o spessore rispetto ad organi ed apparati circostanti, permettendone una visualizzazione migliore e la individuazione delle eventuali patologie presenti.

Diverso è il meccanismo d'azione del MdC in risonanza magnetica, dove vengono utilizzate le proprietà di induzione magnetica che alcune sostanze hanno rispetto all'ambiente circostante, diversificando la risposta all'applicazione di gradienti magnetici in differenti situazioni fisiologiche o patologiche.

Gli esami con raggi X che utilizzano sostanze artificiali radioopache immesse nell'organismo sono diversi: l'urografia (procedura diagnostica che permette la visualizzazione dell'apparato escretore, tramite l'iniezione del mezzo di contrasto in una vena periferica); l'angiografia (visualizzazione della struttura arteriosa di organi ed apparati con l'immissione del mezzo di contrasto direttamente nel circolo arterioso); la TC o tomografia computerizzata, ovvero un'indagine diagnostica legata all'utilizzo dell'elaboratore elettronico che permette una scansione multistrato della sezione corporea da analizzare: una vera e propria sezione corporea completa bidimensionale. Ultimamente le tecnologie «spirali» in TC permettono anche la ricostruzione tridimensionale volumetrica di sezioni del corpo. Le sostanze artificiali attualmente usate sono costituite dalla categoria dei Mezzi di contrasto organiodati, e più precisamente composti iodati non ionici a bassa osmolalità: composti che danno una elevata corrispondenza alle esigenze contrastografiche unita ad una ormai rodada conferma della loro tollerabilità (1).

### 3. Situazione normativa attuale in Italia

La progressiva affermazione nella pratica clinico-diagnostica dei mezzi di contrasto in radiologia è divenuta una importante realtà operativa nelle strutture sanitarie italiane, ed ha dato origine ad una regolamentazione normativa del loro utilizzo da parte del Ministero della sanità, assolutamente opportuna, dato che i mezzi di contrasto per radiologia sono a tutti gli effetti farmaci e come tali sottoposti a specifici vincoli registrativi e di controllo. In particolare il Ministero della sanità ha promulgato delle circolari sulla opportunità di verificare le condizioni patologiche della popolazione che deve sottoporsi ad esami radiologici in cui è previsto l'uso di queste sostanze, non completando però con le relative indicazioni procedurali le circolari emesse: ciò comporta tuttora pesanti oneri economici sul capitolo specifico di spesa per le strutture sanitarie italiane. Riportiamo, come esempio ideale di linee guida applicabili anche in questo settore, alcuni passi della risoluzione del consiglio CE del 23 aprile 1996 (96/C36/04), che riguarda l'azione nel settore farmaceutico dell'Unione europea: in particolare come stato membro l'Italia è tenuta ad «...accertarsi che venga creato un quadro normativo stabile e prevedibile atto a tutelare la salute dei pazienti garantendo la qualità, l'efficacia e la sicurezza dei medicinali messi a loro disposizione, e garantire un accesso rapido al mercato e ad incoraggiare l'innovazione terapeutica» (Silano, 1996), naturalmente in un quadro economico che elimini sprechi ed utilizzi irrazionali delle risorse economiche.

Attualmente i fondamenti normativi relativi alle procedure di accertamento e di anamnesi da effettuarsi prima di esami con MdC si ritrovano ancora nelle circolari n. 81 del 9 settembre 1975 e n. 64 del 28 settembre 1979

emanate dal Ministero della sanità - Direzione generale dei servizi farmaceutici. In queste circolari venivano affermate alcune disposizioni di carattere assolutamente specifico.

Le due circolari non rilevano controindicazioni assolute all'uso dei mezzi di contrasto organiodati e indicano che non è possibile prevedere tramite test preliminari la comparsa di eventuali reazioni avverse. Restava quindi da chiarire quali fossero le indagini cliniche necessarie a valutare l'idoneità del paziente a sottoporsi all'esame con MdC. Ulteriore considerazione: all'atto della formalizzazione delle due circolari ministeriali esistevano nella pratica clinica di settore i soli mezzi di contrasto ad alta osmolalità, categoria di composti con ancora qualche remora a livello di tollerabilità generale e specifica (anni '70). Oggi il panorama scientifico dei presidi farmaceutici utilizzati come sostanze di contrasto ad uso radiologico è completamente cambiato, infatti attualmente oltre il 96 % degli esami con contrasto viene effettuato con sostanze a bassa osmolalità, ed alcune aziende farmaceutiche hanno ritirato dal commercio i propri mezzi di contrasto ad alta osmolalità a causa della loro obsolescenza e del loro profilo di sicurezza inadeguato rispetto ai prodotti più innovativi.

Tutto questo insieme di concomitanze avrebbe dovuto comportare un corrispondente adeguamento normativo nelle norme preventive di utilizzo degli accertamenti preliminari all'uso del mezzo di contrasto. Al fine di indicare un ricorso razionale agli accertamenti preliminari nell'uso del MdC, e di quantificare le dimensioni del *budget* indiretto legato alle effettuatezioni di esami radiologici con mezzi di contrasto, il gruppo di studio ha effettuato una accurata analisi di questo problema:

— verificando la congruità della pratica clinica attuale con le esigenze cliniche di tutela del paziente, alla luce della evoluzione della disciplina e della ricerca scientifica di questo comparto e dei prodotti utilizzati conseguentemente al giorno d'oggi,

— analizzando pertanto i costi indiretti, presenti in questo settore del sistema sanitario italiano e che sono legati alla effettuazione di esami ematochimici, valutando la giustificazione scientifica di questi costi e la dimensione del possibile risparmio economico,

per arrivare conseguentemente alla indicazione di raccomandazioni operative che generino un circolo virtuoso che permetta un significativo contenimento della spesa specifica sostenuta dal cittadino e dal S.S.N.

Ulteriore risultato di questa metodica di lavoro, ugualmente prioritario, è stata la dimostrazione di come sia proficua una attività di franca e fattiva collaborazione senza preconcetti tra la classe medica e l'azienda farmaceutica, quando scopo comune è realizzare analisi farmacoeconomiche basate su fondamenti scientifici reali. Questo a fronte di esempi e situazioni analitiche ove il principio ispiratore è un integralismo strumentale piuttosto che la verifica scientifica e la considerazione del bene supremo della salute.

#### 4. Analisi della pratica clinica attuale e verifica del razionale scientifico

Come già sottolineato, e come vedremo in specifico dettaglio, la man-

canza di linee guida condivise e condivisibili sulle indagini analitiche preventive ha dato luogo ad interpretazioni che hanno moltiplicato il ricorso ad indagini di laboratorio e strumentali, sulla base di automatismi e formalismi burocratici non sottoposti alle opportune valutazioni soggettive specifiche per ogni esame e paziente, ad opera degli specialisti di radiologia.

La necessità di sviluppare un atteggiamento difensivistico connesso alle sempre maggiori pressioni derivanti da problematiche medico-legali ha fatto sì che i medici fossero costretti a spostare la loro attenzione da ciò che era realmente opportuno e necessario a ciò che poteva metterli al riparo da eventuali immotivati coinvolgimenti giudiziari. Si è stabilita una situazione di ricorso routinario e quasi forzato ad una pletera di accertamenti preliminari, non collegato, come prescrive la circolare, alla valutazione del singolo caso clinico.

Per verificare come questo atteggiamento si sia tradotto nel tempo nella realtà clinico-operativa attuale, è stato effettuato un censimento nei servizi di radiologia e neuroradiologia volto ad accertare quali fossero le direttive fornite da questi servizi al paziente o ai reparti inviati circa gli esami da effettuare prima della somministrazione di un mezzo di contrasto.

Sono stati raccolti presso un significativo campione dei servizi di radiologia e neuroradiologia degli ospedali e università italiane, e presso un certo numero di strutture o centri di diagnostica specialistica privata convenzionata (tabella 1), i protocolli degli esa-

mi ematochimici e delle prestazioni specialistiche a cui ogni paziente deve sottoporsi prima di essere sottoposto all'esame radiologico con mezzo di contrasto, indipendentemente dal tipo d'esame e dalla patologia portata o sospettata (tabella 1).

La tabella 2 riportata in forma grafica nelle figure 1, 2, 3 e 4 mostra i risultati in termini di percentuale di ricorso ai vari accertamenti preliminari: viene indicata cioè con quale frequenza ogni tipo di esame chimico ricorre nei vari protocolli di richiesta preventiva.

Come si può osservare esiste una ampia variabilità nelle richieste con l'utilizzo di indagini di laboratorio (VES, glicemia, colesterolemia, HDL tra gli altri), strumentali (ECG, rx torace) o cliniche (visita anestesiológica o cardiologica) la cui predittività appare quanto meno dubbia, come vedremo in seguito.

Sebbene la circolare 64 indichi nel medico curante la figura responsabile della conoscenza delle condizioni cliniche del paziente, solo il 33% dei centri ritiene utile una relazione dello stesso: cioè solo il 33% dei vari protocolli preliminari comprende l'inserimento di una relazione del medico curante. Se ne evince che il parere del medico curante non è tenuto nella opportuna e dovuta considerazione. Da notare che tale prestazione è a titolo gratuito per la collettività.

Ogni protocollo è risultato assolutamente indipendente sia dalla tipologia d'esame a cui deve essere sottoposto il paziente (TC, urografia o angiografia), sia dal tipo di paziente e dalle sue variabili demografiche (età, peso, etc.)

Tabella 1 - Esami e prestazioni specialistiche eseguite prima dell'esame radiologico con mezzi di contrasto

Servizi di radiologia strutture pubbliche		Servizi di radiologia strutture private		Totale	
Centri coinvolti nel censimento	Percentuale sul totale	Centri coinvolti nel censimento	Percentuale sul totale	Centri	Percentuale centri coinvolti nel censimento
460	40.1% circa	92	10% circa	2067	26.7%



**Tabella 2 - Frequenza tipi esami**

Tipo d'esame	Costo stimato analisi	Numero rilevazioni	Peso percentuale dell'esame (da moltiplicare per il dato corretto di esami anno: i. 250.000 x 0.65)	Contribuzione del singolo esame
Creatinina	4.500	522	94.5%	3.473.500.000
Azotemia	2.960	474	86%	2.069.000.000
Imm. elettroforesi ser.	28.090	426	77%	17.573.806.000
Glicemia	2.960	396	72%	1.732.185.000
Esame urine	1.980	372	67%	107.785.000
GPT	5.040	300	54%	2.211.300.000
GOT	5.040	300	54%	2.211.300.000
Bilirubina totale	2.960	288	52%	1.251.022.000
Emocromo	5.770	240	43%	2.015.541.000
Protidogramma	10.385	204	37%	3.122.291.000
Bilirubina frazionata	5.920	180	33%	1.587.536.000
VES	2.610	126	23%	487.745.000
Esame urine + Bence Jones (Elettr. pr. ur.)	14.490	114	21%	2.473.431.000
TT4	26.000	60	11%	2.323.750.000
Altri	1.850-34.000	54-6	perc. < 9%	5.777.000.000 circa
E.C.G.	41.000	330	60%	20.050.875.000
Relazione medico curante		180	33%	
Rx torace	19.980	90	16%	2.337.660.000
Visita anestesiologicala	23.760	48	9%	1.737.450.000
Visita cardiologica	23.760	36	7%	1.351.350.000

Per definire in modo preciso le dimensioni di questo eventuale rischio esame occorre quindi partire da una anamnesi approfondita per ogni paziente, conoscere cioè in modo dettagliato la storia clinica di ogni persona che deve essere sottoposta ad esame con mezzo di contrasto. Questa procedura, se correttamente applicata, fa giustizia ed elimina la necessità di accertamenti ematochimici generici di base ingiustificatamente applicati; solo con una selezione preliminare di pazienti con patologia eventualmente correlata con un maggiore rischio per l'esame contrastografico, e se è mantenuta l'indicazione alla effettuazione dell'esame con MdC, è giustificabile ed opportuno approfondire con esami analitici mirati la reale condizione fisiopatologica. Va da sé che questa selezione riguarderebbe una parte ridotta del novero di pazienti che si affacciano alle sale radiologiche, visto l'estrema infrequenza di tali patologie correlabili.

Qualora la richiesta di esame radiologico con mezzo di contrasto venga effettuata per un controllo diagnostico su pazienti asintomatici, può essere importante conoscere preliminarmente

o cliniche (patologia, terapia in atto, etc.)

Per avere una conferma su valore predittivo dei test diagnostici indicati nel sondaggio in caso di reazioni avverse con uso dei MdC, si è proceduto a verificare il puro razionale fisiopatologico legato all'utilizzo dei test diagnostici *in vitro*, tramite il supporto di specialisti medici altamente qualificati (Ottomano, 1997).

Innanzitutto la popolazione che si sottopone ad esami con mezzo di contrasto è una popolazione che in qualche misura è o portatrice di una qualsiasi patologia o è sotto trattamento terapeutico o comunque in condizioni fisiopatologiche che richiedono un accertamento diagnostico di carattere invasivo. Pertanto da parte del medico curante, come per lo specialista radiologo, prioritaria è un'analisi rischio

beneficio per il quesito diagnostico da esaudire su ogni paziente.

**Figura 1 - Incidenza percentuale accertamenti diagnostici più diffusi**

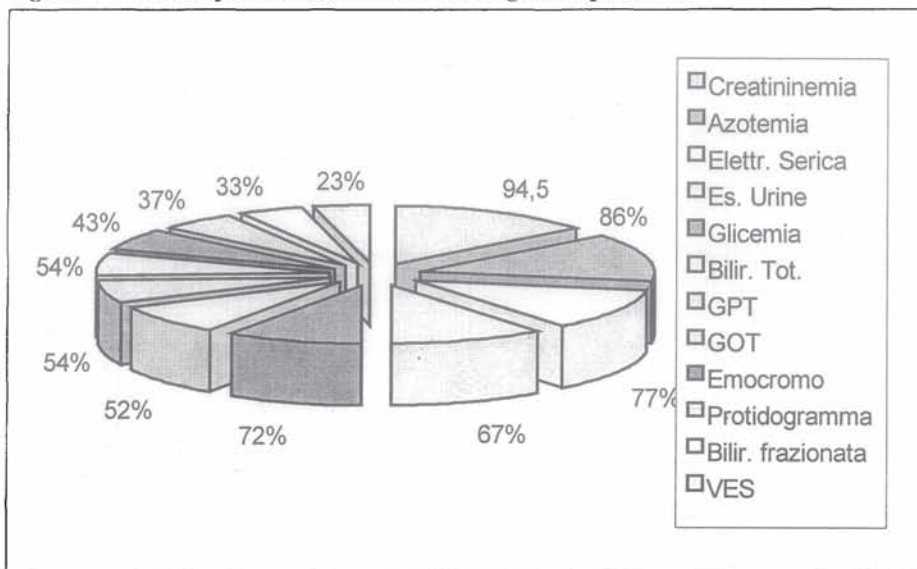




Figura 2 - Incidenza percentuale (segue)

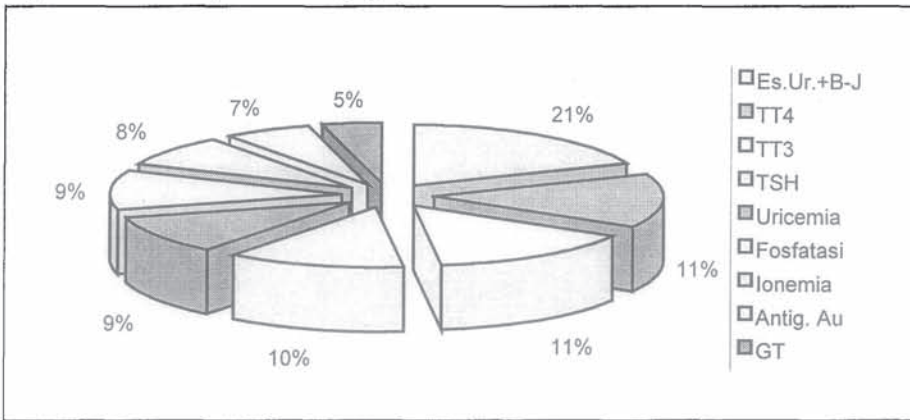
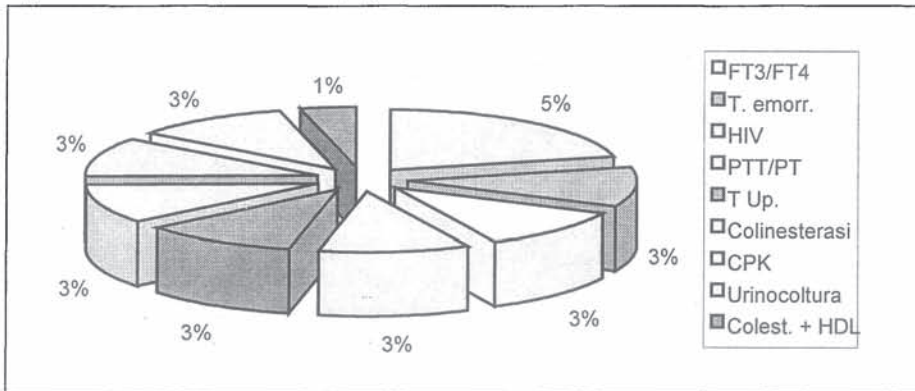


Figura 3 - Incidenza percentuale (segue)



te la funzionalità renale attraverso l'impiego della sola creatininemia, il cui dato analitico deve essere interpretato attentamente, alla luce della immane anamnesi individuale congiunta del medico di base e del radiologo.

L'analisi effettuata ha in definitiva validato un solo esame ematochimico di *screening* sulla popolazione sottoposta ad esame radiologico, e la necessità di eventuali approfondimenti analitici ma su porzioni estremamente limitate della medesima popolazione, e ha definitivamente confortato il gruppo di studio sulla validità dell'impegno intrapreso oltre che dal punto di vista clinico anche sotto un profilo squisitamente etico.

Per quantificare in modo più preciso il rischio rappresentabile dall'uti-

lizzo di questa categoria di composti ne è stato verificato anche il profilo farmacoepidemiologico, attraverso i monitoraggi compiuti dal Ministero della sanità e dai dipartimenti di farmacovigilanza delle varie aziende farmaceutiche (Minsan, 1995). Con questi dati, specialmente se comparati con

quelli di altri farmaci che vengono somministrati a popolazioni di pazienti con patologie e in condizioni meno problematiche, è stata realizzata una casistica di confronto molto interessante ed indicativa per la tollerabilità generica di questi farmaci.

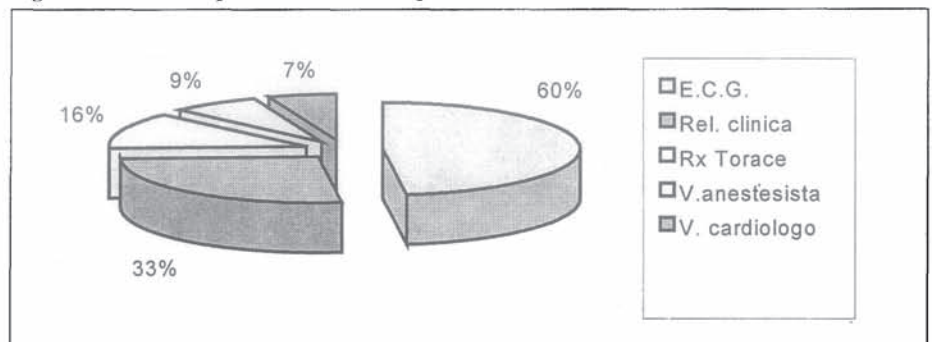
Secondo il rapporto ufficiale del Ministero della sanità per l'anno 1994 vi sono state 105 segnalazioni di effetti collaterali di vario tipo (dalla nausea al coma), per i MdC a bassa osmolalità, contro ad es. i 113 per l'acido salicilico e derivati, gli 80 dei derivati dell'acido acetico e acetamide ed i 152 delle penicilline ad ampio spettro.

Rapportando correttamente le cifre assolute con le confezioni di farmaci vendute nello stesso anno, è possibile ottenere le percentuali relative come indicato nella tabella 3.

Non è da sottovalutare il fattore moltiplicativo per la comparsa di eventi avversi subito dai MdC a bassa osmolalità generato dalla somministrazione in ambiente ospedaliero e quindi con una componente intrinsecamente ansiogena, che senz'altro contribuisce fortemente ad innalzarne la comparsa.

Analizzando i dati in letteratura per la sola mortalità (Lechat, 1986; Katayama, 1990; Wolf, 1989; Palmer, 1988), e con la massima cautela dovuta ad ogni trattazione statistica, è possibile riportare su base comparativa dei dati estremamente interessanti: dalle varie ricerche e riferimenti bi-

Figura 4 - Incidenza percentuale esame specialistici





**Tabella 3**

Categoria di farmaci	Effetti collaterali registrati nell'uso	Effetti collaterali (percentuale sull'uso dei prodotti)	Mortalità nell'utilizzo
Mezzi di contrasto radiologici a bassa osmolalità.....	1 su 25.000	0.0046 %	1 su 600.000
Acido salicilico e derivati (aspirina c).....	1 su 380.000	0.00025%	1 su 900.000
Acido acetico e acetamide (Voltaren).....	1 su 260.000	0.00035%	N. R.
Penicilline ad ampio spettro.....	1 su 140.000	0.00073%	N. R.

bliografici troviamo per i MdC a bassa osmolalità 1 decesso ogni 600.000 esami, e per l'acido acetilsalicilico, ovvero l'aspirina c, un dato davvero molto vicino: pari ad 1 decesso ogni 900.000 pazienti trattati.

Ulteriormente differente ed ancor più tranquillizzante il panorama legato ai MdC paramagnetici usati in risonanza magnetica. Le percentuali di effetti collaterali sono ancora più basse sia per la natura delle molecole utilizzate che per i dosaggi iniettati.

**5. Analisi economica**

Si è provveduto quindi a realizzare una stima economica dell'impatto di questo fenomeno, in modo da rafforzare con argomenti di carattere farmacoeconomico il lavoro di analisi clinica effettuato dal gruppo di lavoro, e portare più forti motivazioni alle istanze di aggiornamento normativo presentate dalle Associazioni professionali dei radiologi agli enti governativi.

Conseguenza diretta di un ricorso così massiccio ad accertamenti diagnostici, preliminari alla somministrazione del MdC, è una sommatoria di vari costi. La stima di tali costi deriva anche da una serie di assunzioni fatte dagli autori, data la difficoltà di realizzare il modello previsionale.

I costi per il S.S.N. sono di vario tipo: oltre ai costi diretti di materiale, il costo diretto totale degli esami preliminari nel caso di pazienti ricoverati o ambulatoriali ma esenti da *ticket*, costi diretti parzialmente recuperati

attraverso il pagamento del *ticket* per la popolazione soggetta, costi indiretti legati al prolungamento delle degenze, costi aggiuntivi legati all'impegno del personale sanitario e amministrativo per l'esecuzione di tali accertamenti.

Il costo per il cittadino comprende sia i costi diretti di partecipazione alla spesa, sia i costi indiretti dovuti al tempo necessario per la prenotazione ed esecuzione con conseguente perdita in termini di produttività.

È stato tentato il calcolo del costo medio dell'insieme degli esami preliminari, usando come base stimabile una percentuale pari al 90% del tariffario in uso, parametrandolo sull'incidenza statistica dei singoli esami e moltiplicandolo per il numero di procedure effettuate per anno. L'utilizzo della somma intera per il tariffario comportava per il gruppo di lavoro un'incidenza probabilmente sovrastimata dei costi effettivi.

Nella realizzazione del calcolo sono stati inclusi come fattori di valutazione e correttivi:

— la percentuale di esami relativa ad accertamenti diagnostici su pazienti ospedalizzati in cui l'*iter* analitico è comunque dovuto al di là della necessità per l'esame radiologico in sé, in questo caso la percentuale degli esami su pazienti ospedalizzati è stata scorporata (stima del gruppo di lavoro),

— gli esami in urgenza, dove necessariamente gli esami chimici non sono effettuati, ed anche questa quota di esami è stata scorporata (stima del gruppo di lavoro).

Il totale di questi fattori correttivi è risultato essere pari al 35% degli esami totali.

Il totale delle procedure radiologiche con contrasto susseguenti alla effettuazione delle analisi di laboratorio/visite è in Italia di circa 1.250.000/anno (dato ricavato dalle stime di mercato operate da società specializzate quali AMR ed altre). Lo sviluppo completo di questo modello indica un costo medio ricostruito per analisi chimiche di routine per esami con contrasto di L. 38.700 circa, cui vanno aggiunti L. 20.500 circa per le visite specialistiche collegate. Il tutto porta ad un onere diretto per la collettività che supera i 75 miliardi all'anno e che comprende anche la quantificazione legata al costo sopportato dalla fascia di popolazione che rappresenta l'utenza privata (tabella 2).

Finora sono stati solo stime di soli costi diretti, ma vi sono altri costi di tipo «sommerso» che esercitano un peso reale ed importante sulla collettività: sono i costi legati alla realizzazione degli adempimenti amministrativi/formali necessari alla prenotazione ed autorizzazione per le analisi di laboratorio. Tentare una quantificazione di un costo medio in termini di tempo = costo lavoro perso per il processo prenotazione esame radiologico/indicazione analisi da effettuare/prelievo ed esecuzione dell'esame ematochimico/esito, è estremamente aleatorio. Il processo di stima è stato comunque realizzato ed il punto di partenza del calcolo di questi costi è stato posizionato sulla cifra delle procedure radiologiche con contrasto annuali rilevate dalle analisi di mercato (1.250.000), a cui sono state applicate delle opportune valutazioni legate sia alle percentuali di utilizzo di strutture private convenzionate, che le necessità logistiche e temporali nel processo sopradescritto di prenotazione-effettuazione-refertazione per le varie

analisi e visite, che la diffusione attuale delle procedure di velocizzazione di questo processo legate ai Centri unici di prenotazione prestazioni (CUP).

A questo punto si è utilizzato un costo medio sociale stimato di L. 40.000, ricavato da indicazioni di costi orari aziendali medi; la cifra che si ottiene in termini di tempo medio impegnato è di un ordine di grandezza di circa 113 miliardi derivanti dalla perdita di 2.800.000 ore lavorative (vedi tabella 4).

Estrapolare dalle analisi effettuate finora una sorta di quantificazione di un possibile risparmio realizzabile tramite un preciso e *standard cut off* di analisi, è un azzardo troppo arbitrario, preferiamo pertanto sottolineare la presenza di alcuni capitoli di spesa non accettabili su valutazione scientifica e farmacoeconomica, indicando delle percentuali di possibile risparmio ottenibili solo sulla base di variabili epidemiologiche percentuali. Se ammettessimo l'opportunità di fare uno *screening* analitico di base alla popolazione non a rischio che deve sottoporsi ad esame con mezzo di contrasto, e mantenessimo l'applicazione di un più vasto *panel* di esami per pazienti con situazioni patologiche meritevoli di indagini più approfondite, probabilmente ridurremmo l'impatto dei costi sovradescritti di un 65-70% a livello dei costi diretti (risparmiando circa 55 miliardi), e di un buon 85-95% i costi indiretti legati al tempo lavoro perso [una quantificazione in quest'ambito ha più valore indicativo che possibilità di espressione economica precisa, se non vengono utilizzati reperi più precisi dei costi sociali di

quanto sia il costo orario medio aziendale, (Tarricone, 1997)]. Visto le dimensioni complessive del settore mezzi di contrasto radiologici, il risparmio ipotizzabile rappresenta un elemento di grande significatività che dovrebbe essere preso seriamente in considerazione a livello di apparato statale, come riportato nel documento finale realizzato ad opera del gruppo di lavoro.

## 6. Conclusioni

Nell'articolo viene presentato come da una situazione di relativa vacanza normativa e di mancata considerazione dell'avanzamento scientifico riscontrato nella effettuazione degli esami radiologici con mezzo di contrasto, derivi un significativo onere economico per il sistema sanitario nazionale e per i cittadini che devono sottoporsi a questo tipo di indagini, questo fenomeno è stato causato in maniera marcata anche dal forzato atteggiamento difensivistico imposto al radiologo per scongiurare ingiustificati ipotesi di procedimenti processuali in caso di reazioni avverse verificate in corso di somministrazione di MdC. Attraverso un'analisi storico-evolutiva, un razionale scientifico già condiviso dagli specialisti del settore ed una stima dei costi, il gruppo di lavoro relativo ha realizzato un *dossier* completo su quest'importante procedura metodologica correlata agli esami di radiologia. L'analisi economica supporta un'attenta e profonda sistematizzazione clinico patologica ed indica una notevole area di possibile risparmio, accessibile qualora l'intera normativa venga ria-

nalizzata alla luce degli avanzamenti scientifici resi possibili dagli innovativi composti farmaceutici usati al giorno d'oggi. Da sottolineare come nota conclusiva che, con un spirito di costruttiva volontà operativa e attraverso il desiderio di una fattiva collaborazione con gli organismi governativi della sanità italiana, la componente medico/specialistica di questo gruppo di lavoro, sulla base della ricerca effettuata, ha presentato una proposta di linee guida specifiche da sottoporre al Ministero della sanità per ottenere la formalizzazione di una circolare esplicativa specifica in radiologia, adeguata alla realtà scientifica ed alle necessità di razionalizzazione dei costi nella sanità pubblica (2).

(1) Dati sperimentali e pratica clinica in bibliografia (Katayama, 1990; Wolf 1989; Palmer 1988) hanno validato universalmente una superiore tollerabilità per i composti a bassa osmolalità non ionici rispetto ai vecchi MdC iodati ionici ad alta osmolalità.

(2) Veniamo informati, all'atto della stesura definitiva dell'articolo, della emanazione da parte del Ministero della sanità, Dipartimento delle professioni sanitarie, della emanazione di una circolare (n. 900 del 17 settembre 1997) che recepisce la quasi totalità delle istanze presentate dal gruppo di lavoro, sistematizzando parte delle problematiche sollevate con quest'articolo sotto prospettive più in linea con gli sviluppi scientifici di questa parte del mondo farmaceutico. Vista la tempistica legata alla finalizzazione dell'opera del gruppo di lavoro, la sua presentazione al Ministero della sanità ed il recepimento di queste istanze tramite la circolare testé emessa, la testimonianza di quest'articolo si deve concludere registrando il completo successo ed il raggiungimento di tutti gli obiettivi prefissati dai consigli direttivi delle associazioni professionali dei radiologi e dei componenti tutti del gruppo di lavoro.

## BIBLIOGRAFIA

KATAYAMA ET AL. (1990), *Survey of safety of clinical contrast media*, Invest Radiol, 25 s7-s10.

Tabella 4

Esami totali	Percentuale di esami ambulatoriali	Ore lavorative impiegate prima dell'effettuazione dell'esame	Costo medio orario industria
1.250.000	0.65	3.5	L. 40.000

- LECHAT P. (1986), *Farmacologia medica*, Masson, Milano.
- LEONARDI M. ET AL. (1995), *Sono utili gli esami ematochimici prima dell'uso dei MdC in radiologia*, Radiol. Medica; 89: 397-401.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO, DIREZIONE GENERALE. SERV. FARM. FARMACOVIGILANZA (1995), *Rappor-*
- to delle segnalazioni di effetti collaterali da farmaci.*
- OTTOMANO (1997), *Gli esami di laboratorio propedeutici all'uso di mezzi di contrasto: la babele non è giustificata*, in corso di stampa.
- PALMER (1988), *The RACR survey of intravenous contrast media reactions final report*, Australas Radiol, 32: 426-428.
- SILANO V. (1996), *Immissione in commercio dei medicinali in Italia e nell'unione europea*, Di Renzo, Roma.
- TARRICONE R. (1997), *Metodologia d'indagine e primi risultati sul costo sociale della depressione maggiore in Italia*, **Mecosan**, 22: 57-68.
- WOLF ET AL. (1989), *A prospective trial of Ionic vs Nonionic contrast agents in routine clinical practice*, AJR, 152: 939-944.



**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>



## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

GIANFRANCO BARAGHINI  
MAURIZIO CAPELLI

**Il sistema qualità ISO 9000  
in sanità**

Franco Angeli  
Milano, 1997  
pagg. 265  
L. 48.000

*L'implementazione di strumenti internazionalmente riconosciuti, in grado di garantire la qualità delle prestazioni erogate, in una struttura sanitaria può rappresentare un interessante approccio per permettere alla direzione aziendale di dotarsi di un sistema reattivo, dinamico e difendibile di gestione dei rischi, in grado di individuarli, valutarli ed eliminarli. Il manuale offre un quadro esauriente delle applicazioni delle normative ISO 9000 previste in ambito sanitario.*

INDICE: NON VIENE RIPORTATO PERCHÉ IL TESTO SI ARTICOLA IN 55 CAPITOLI-PARAGRAFO CON DELLE SINTESI APPLICATIVE IN ALLEGATO.

*Obiettivo del testo è quello di fornire agli operatori di ogni livello delle aziende sanitarie, a funzionari regionali del settore e a revisori dei conti, le basi concettuali per leggere e capire le voci di un bilancio di esercizio di tipo economico-patrimoniale, e acquisire la conoscenza dei principi e delle metodologie contabili da seguire, in una visione generale riferita al «controllo di gestione» previsto dalla legislazione (D.L. vi 502/92 e 517/93), evidenziando le differenze e le eventuali uguaglianze dei principi esistenti alla base di contabilità finanziaria e contabilità analitica.*

INDICE: INTRODUZIONE - PARTE PRIMA. IL QUADRO GENERALE - CAPITOLO PRIMO. IL SISTEMA CONTABILE E LE SUE COMPONENTI - CAPITOLO SECONDO. IL BILANCIO DI ESERCIZIO: OBIETTIVI, PRINCIPI, STRUTTURA - CAPITOLO TERZO. LA COMPETENZA ECONOMICA DEI COSTI E DEI RICAVI - PARTE SECONDA. LA CONTABILITÀ GENERALE NELLE AZIENDE SANITARIE USSL E NELLE AZIENDE OSPEDALIERE - CAPITOLO QUARTO. CRITERI DI CLASSIFICAZIONE E DI VALUTAZIONE DELLE POSTE DI BILANCIO - CAPITOLO QUINTO. LE RELAZIONI A CORREDO DEL BILANCIO - CAPITOLO SESTO. GLI ADEMPIMENTI CONTABILI - CAPITOLO SETTIMO. LO SCHEMA ELABORATO DAI MINISTERI DELLA SANITÀ E DEL TESORO PER LE AZIENDE SANITARIE - CAPITOLO OTTAVO. LE NORME REGIONALI PER L'ATTUAZIONE - CAPITOLO NONO. IL NUOVO RUOLO DEI REVISORI DEI CONTI - PARTE TERZA. LE PROBLEMATICHE FISCALI ED I RIFLESSI CONTABILI - CAPITOLO DECIMO. LA NORMATIVA IVA - CAPITOLO UNDICESIMO. L'IMPOSIZIONE DIRETTA - APPENDICE NORMATIVA.

ROBERTO CASELLI

**Il nuovo bilancio  
delle Aziende sanitarie  
ed ospedaliere**

ASI Edizioni  
Viterbo, 1997  
pagg. 334  
L. 75.000



CENSIS  
**Consumi e spesa farmaceutica**  
  
Franco Angeli  
Milano, 1997  
pagg. 111  
L. 25.000

*La ricerca, realizzata dal Censis per incarico di Farindustria, si svolge su due binari: ricercando i motivi che originano la domanda di prodotti e servizi sanitari e farmaceutici e la matrice socioculturale dei comportamenti di consumo ed esaminandone il costo, valutando l'adeguatezza funzionale e l'economicità delle modalità di governo del sistema farmaceutico. Emerge ancora come fondamentale la figura del prescrittore, quale determinante tramite tra farmaco e consumatore. Tale evidenza ha caratterizzato l'inchiesta, svolta mediante un sondaggio a cui è stato sottoposto un campione di medici di medicina generale, da cui essi risultano essere molto più attenti di un tempo alle conseguenze economiche delle loro prescrizioni, assegnando al farmaco una funzione imprescindibile dall'esercizio del loro ruolo professionale.*

INDICE: PARTE PRIMA. CONSIDERAZIONI DI SINTESI - 1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO E LA STRUTTURA DELLA RICERCA - 2. I RISULTATI DELLA RICERCA - PARTE SECONDA. GLI AMBITI DI RICERCA - 1. L'ANALISI DELLA SPESA FARMACEUTICA - 2. IL SONDAGGIO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE.

*Il volume intende essere un'agile guida per il cittadino che voglia rivolgersi ad una compagnia assicuratrice e sottoscrivere una polizza sanitaria. Si esaminano tutti i tipi di polizze private disponibili in Italia: dalle polizze malattia ai fondi sanitari (con convenzioni assicurative e a gestione diretta e mutue dei cittadini); si enumerano condizioni e tariffe praticate dalle compagnie più note; vengono spiegate clausole e stratagemmi dai quali stare in guardia prima di firmare il contratto. Si segnala la possibilità di iscrizione alle mutue regionali dei cittadini «Insieme salute» di recente costituzione (aderiscono sinora 8 mutue sanitarie regionali), a condizioni di particolare interesse, quali una copertura sanitaria completa per tutta la durata della vita senza alcuna facoltà di recesso, ad un costo assai contenuto indipendente dall'età dell'assicurato.*

INDICE: INTRODUZIONE - 1. LE POLIZZE MALATTIA - 2. LE POLIZZE DEL FUTURO A VITA INTERA - 3. I FONDI SANITARI DI CATEGORIA - 4. LE MUTUE DEI CITTADINI - 5. IL TRATTAMENTO FISCALE.

ANTONELLA DI RENZO  
**La sanità integrativa.  
Dalle polizze private  
alle mutue dei cittadini**  
  
Ediesse  
Roma, 1996  
pagg. 88  
L. 10.000

FRANCESCO LORENZINI  
VINCENZO LORENZINI  
**I sistemi premianti  
nei servizi sanitari  
pubblici**  
  
EdiSES, Napoli 1997  
pagg. 187  
s. p.

*L'approccio metodologico che viene presentato nel testo si caratterizza per essere molto attento alla «applicabilità concreta degli accordi aziendali»: obiettivi strategici enunciati per tempo dalla direzione, abbinati all'impegno dei dirigenti a rendere conto delle risorse di budget che sono affidate alle loro unità operative. Compartecipazioni, incentivazioni, retribuzione di risultato non sono più legate all'effettuazione di un super lavoro (alla produttività aggiuntiva), ma neppure allo svolgimento di progetti finalizzati, posti magari al di fuori dei compiti ordinari dell'unità operativa, con il rischio di trascurare alcuni aspetti dell'efficacia e della qualità. Valutazioni non possono però essere effettuate senza tener conto del consenso di fondo delle specifiche professionalità e soprattutto dei livelli di autonomia che queste possiedono. I concetti di efficienza e di economicità dovranno legarsi correttamente ai corrispettivi elementi di adeguatezza clinica, qualità e efficacia ed essere valutati da nuclei necessariamente competenti e a composizione interdisciplinare.*

INDICE: INTRODUZIONE - SEZIONE I. LE AZIENDE SANITARIE E LE INCENTIVAZIONI - CAPITOLO 1. L'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DEL 1990 - CAPITOLO 2. L'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DAL 1997 - CAPITOLO 3. UN METODO PER L'ATTRIBUZIONE DELLE SOMME INCENTIVANTI - CAPITOLO 4. CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEI BUDGET PREMIANTI - CAPITOLO 5. ALLEGATO TECNICO 1: SCHEDE PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PROGETTI INCENTIVANTI - CAPITOLO 6. ALLEGATO TECNICO 2: SCHEDE PER LA DEFINIZIONE DEI PERCORSI VALUTATIVI - SEZIONE II. IL CONTROLLO DI GESTIONE E IL BUDGET OPERATIVO DI REPARTO - CAPITOLO 7. GLI STRUMENTI DEL BUDGET - CAPITOLO 8. LE MODALITÀ DI RILEVAZIONE DEI COSTI - CAPITOLO 9. IL CONTO ECONOMICO DI REPARTO - CAPITOLO 10. L'ANALISI DEI CARICHI FUNZIONALI DI LAVORO.

ALBERTO ONETTI

**Il processo di riforma  
della sanità in Svezia  
competizione,  
decentramento  
e privatizzazione**

*Il sistema sanitario svedese fino ad oggi ha rappresentato quello che può essere definito un tipico esempio di modello universalistico, in cui si assicurano ampie prestazioni di servizi sanitari ed elevati livelli di salute all'intera popolazione. Nonostante tali pregi, si assiste alla comparsa di segnali di crisi, accresciuti dalla perdita di legittimazione sociale: l'insoddisfazione nei confronti del sistema si accompagna a mutati scenari in campo economico, sociale e demografico. La strada delle riforme intrapresa è quella della privatizzazione, nel senso di una ridefinizione dei criteri dell'intervento pubblico. Il testo si propone uno studio di tale processo partendo dall'analisi della struttura attuale, con riferimenti al contesto europeo, per giungere all'esame delle possibili riforme del sistema, di sperimentazioni condotte a livello locale dai consigli di contea, concludendo con una valutazione di prospettive ed orientamenti.*

Tipografia PI-ME EDITRICE  
Pavia, 1997  
pagg. 215  
L. 40.000

INDICE: INTRODUZIONE. IL PROCESSO DI PRIVATIZZAZIONE IN SANITÀ - PARTE PRIMA. LA STRUTTURA DEL SISTEMA SANITARIO SVEDESE - CAPITOLO 1. SISTEMI SANITARI A CONFRONTO - CAPITOLO 2. EVOLUZIONE STORICA - CAPITOLO 3. CARATTERISTICHE DEL MODELLO ISTITUZIONALE - CAPITOLO 4. FINANZIAMENTO ED EROGAZIONE SANITARIA - PARTE SECONDA. LA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO SVEDESE - CAPITOLO 5. IL PERCHÉ DI UNA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO SVEDESE - CAPITOLO 6. IL PROGETTO DI RIFORMA - CAPITOLO 7. LA RIORGANIZZAZIONE DEL MODELLO DEI CONSIGLI DI CONTEA - CAPITOLO 8. IL MODELLO DEI MEDICI DI FAMIGLIA - CAPITOLO 9. IL MODELLO DI ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA - CAPITOLO 10. LE ESPERIENZE DI RIFORMA IN ATTO A LIVELLO LOCALE - CAPITOLO 11. PROSPETTIVE DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA - PARTE TERZA. APPENDICE NORMATIVA.

*Il Servizio sanitario nazionale sta attraversando la fase di passaggio dal «modello amministrativo» al «modello aziendale». Uno degli aspetti in cui tali modelli si differenziano, oltre a modalità di gestione e responsabilizzazione sui risultati, è quello concernente il «controllo». Scopo dell'opera è analizzare le possibilità di utilizzo di uno strumento di gestione, la contabilità dei costi, nell'ambito delle organizzazioni ospedaliere, collocando il tema in quello più generale della programmazione e del controllo della gestione. Nel testo si delineano le caratteristiche strutturali e gestionali inserendole nel quadro normativo attuale e, infine, si affrontano in modo specifico la contabilità per centri di costo e la contabilità per attività.*

INDICE: INTRODUZIONE - CAPITOLO PRIMO. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E IL NUOVO ASSETTO - CAPITOLO SECONDO. IL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE E CONTROLLO E LA CONTABILITÀ DEI COSTI - CAPITOLO TERZO. LA CONTABILITÀ PER CENTRI DI COSTO - APPENDICE N. 1. LA DETERMINAZIONE DEI COSTI. UN CASO CONCRETO - APPENDICE N. 2. L'ANALISI DEI COSTI. UN CASO CONCRETO - CAPITOLO QUARTO. LA CONTABILITÀ PER ATTIVITÀ.

ANDREA TUROLLA

**La determinazione  
e il controllo dei costi  
nelle organizzazioni  
ospedaliere**

Giuffrè Editore  
Milano, 1997  
pagg. 121  
L. 18.000

GIAN PAOLO ZANETTA  
CRISTIANA CASALEGNO

**Le leggi della nuova sanità.  
La riforma e i contratti  
del personale sanitario.  
Leggi e giurisprudenza  
commentate**

*Nel volume si risponde, mediante sintetici richiami a leggi e sentenze, a quesiti circa i nuovi compiti dei direttori generali e dei medici dirigenti, le nuove regole imposte al personale sanitario per esercitare la libera professione e molti altri interrogativi generati dalle molteplici riforme che hanno profondamente modificato la sanità in Italia, dalla legge 833/1978 ai D.L. vi 502/1992 e 517/1993, trasformando le vecchie Usl in Asl, vere e proprie aziende con personalità e autonomia proprie, gestite da manager con nuovi poteri e responsabilità.*

INDICE: PREFAZIONE. IL PROCESSO DI PRIVATIZZAZIONE IN SANITÀ - CAPITOLO 1. LE DISPOSIZIONI NORMATIVE PRECEDENTI ALLA LEGGE DI RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - CAPITOLO 2. LA LEGGE DI RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833) - CAPITOLO 3. LA NUOVA SANITÀ (ART. 1, LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 421) - CAPITOLO 4. IL PERSONALE SANITARIO - CAPITOLO 5. WELFARE STATE E NUOVE PROSPETTIVE DELLA SANITÀ ITALIANA - CAPITOLO 6. CASISTICA GIURISPRUDENZIALE E NORMATIVA - CAPITOLO 7. L'ATTUAZIONE DEI CONTENUTI DEI D.L. VI 502/1992 E 517/1993 NELLE LEGGI REGIONALI - INDICE DELLE NORME - INDICE DELLE LEGGI REGIONALI - INDICE DELLE SENTENZE.

Il Sole 24 ORE  
Milano, 1997  
pagg. 225  
L. 40.000



## SPOGLIO RIVISTE

### Bisogno e domanda di servizi sanitari

MADDER H.

*Existential autonomy: why patients should make their own choices*  
Journal of Medical Ethics, 23 (4), 221-226, 1997

WILSON SILVER M. H.

*Patients' rights in England and the United States of America: the patient's charter and the New Jersey patient bill of rights: a comparison*  
Journal of Medical Ethics, 23 (4), 213-221, 1997

### Meccanismi di mercato

FRANCE G.

*Cross-border flow of Italian patients within the European Union: an international trade approach*  
European Journal of Public Health, 7 (3), 1997, supplement

HERMESSE J., LEWALLE H., PALM W.

*Patient mobility within the European Union*  
European Journal of Public Health, 7 (3), 1997, supplement

JOSEPHSON G. W.

*Private hospital care for profit: a reappraisal*  
Health Care Management Review, 22 (3), 64-82, 1997

GIUSTI D., CRIEL B., DE BETHUNE X.

*Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond the slogans*  
Health Policy and Planning, 193-199, 1997

### Sistemi di finanziamento

LONGO F., DONZELLI A.

*Un sistema che «paga la salute» per le aziende ospedaliere scorporate dalle USL*  
Prospettive Sociali e Sanitarie, 11, 13-17, 1997

JONES K. C.

*Consumer satisfaction: a key to financial success in the managed care environment*  
JHCF, 23:4, 21-33, summer 1997

### Valutazione economica delle attività sanitarie

DORTE GYRD-HANSEN

*A second opinion: cost-utility analysis and varying preferences for health*  
Health Policy, 41 (3), 201-207, 1997

EVANS C.

*The use of consensus method and expert panels in pharmaeconomics studies: practical applications and methodological shortcomings*  
Pharmaeconomics, 12 (2), 121-129, 1997

JANESELLI F.

*Carico di lavoro e case mix*  
L'ospedale, 4, 19-23, 1997

RHODES G., WILEY M., THOMAS R., CASAS M., LEIDL R.

*Comparing EU hospital efficiency using diagnosis-related groups*  
European Journal of Public Health, 7 (3), 1997, supplement

SHI L.

*Analysing hospital market share along product lines*  
Health Services Management Research, 10 (3), 137-146, 1997

### Analisi dei sistemi sanitari

QUAYE R. K.

*Struggle for control: general practitioners in the Swedish health care system*  
European Journal of Public Health, 7 (3), 248-254, 1997

BROWN M. C., CRAMPTON P.

*New Zealand policy strategies concerning the funding of general practitioner care*  
Health Policy, 41 (2), 87-105, 1997

McKEE M., BRITTON A.

*Conducting a literature review on the effectiveness of health care interventions*

Health Policy and Planning, 262-268, 1997

LARIZGOITIA I., STARFIELD B.

*Reform of primary health care: the case of Spain*

Health Policy, 41 (2), 121-139, 1997

LIGHT D. W.

*From managed competition to managed cooperation: theory and lessons from the British experience*

The Milbank Quarterly, 75 (3), 1997

BOJAN F., McKEE M.

*The challenges to public health in Hungary in the twenty-first century*

European Journal of Public Health, 7 (3), 238-243, 1997

### Programmazione ed organizzazione del lavoro

DAVID MECHANIC

*Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing*

Health Affairs, 16 (5), 83-93, 1997

REUBEN R. MCDANIEL

*Strategic leadership: a view from quantum and chaos theories*

Health Care Management Review, 22 (1), 21-38, 1997

LIETKA J., WHIYYEN E. L.

*Building better patient care services*

Health Care Management Review, 22 (3), 16-25, 1997

GILLIES R., SHORTELL S. M., YOUNG G. J.

*Best practices in managing organized delivery systems*

Hospital and Health Services Administration, 42 (3), 299-323, 1997

VERGNENÈGRE A., SÉNÉ E., BONNAUD F.

*Economic scale and length of stay: two different characteristics of hospital stays*

Journal d'Economie Medicale, 15 (3-4), 183-195, 1997

FERLIE E.

*Large-scale organizational and managerial change in health care: a review of the literature*

Journal of Health Services Research & Policy, 2 (3), 180-190, 1997

CHARNS P. M.

*Organization design of integrated delivery systems*

Hospital and Health Services Administration, 42 (3), 411, 1997

NAGAIKE K.

*Understanding and managing change in health organizations*

NAQ, 21 (2), 65-74, 1997

MILLER R. H., LUFT H.

*Does managed care lead to better or worse quality of care*

Health Affairs, 16 (5), 7-26, 1997

### Controllo di gestione e sistemi informativi

EUGENE S. SCHNELLER

*Accountability for health care*

Health Care Management Review, 22 (1), 21-38, 1997

MAHIEU G., DELABY L., BERGERIE P.

*Les budgets de services de soins médicaux*

Journal d'Economie Medicale, 15 (3-4), 221-225, 1997

PALTIEL A. D., NEWMANN P. J.

*Why training is the key to successful guidelines implementation*

Pharmacoconomics, 12 (3), 297-302, 1997

AA.VV.

*Un intervento di verifica e revisione di qualità*

L'ospedale, 4, 5-14, 1997

### Altro

HUNT R. E., NEWMAN R. G.

*Medical knowledge overload: a disturbing trend for physicians*

Health Care Management Review, 22 (1), 70-76, 1997

GRIFFITH J. R.

*The strategic agenda for community health care organizations*

Health Care Management Review, 22 (3), 82-92, 1997

FINESCHI V., TURILLAZZI E., CATENI C.

*The new Italian code of medical ethics*

Journal of Medical Ethics, 23 (4), 239-245, 1997

HIBBARD J. H., SLOVIC P.

*Informing Consumer Decisions in Health care: implication from decision-making research*

The Milbank Quarterly, 75 (3), 1997

AMBROSET S.

*La qualità percepita in assistenza domiciliare*

Prospettive sociali e sanitarie, anno XXVII, n. 14, 15 luglio 1997



## IL SITO NHS

di Marco Parenti

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

Il presente scritto vuol dare una visione d'insieme della presenza del NHS in Internet. Si è pensato di descrivere proprio questo sito perché è un ottimo esempio di come un Servizio sanitario nazionale può organizzare la propria presenza in Internet. Infatti, con le numerosissime pagine presenti, sia il *Department of Health* inglese sia il *NHS Executive* dello stesso NHS hanno cercato di offrire una serie di informazioni istituzionali, utili ai cittadini e agli esperti, focalizzando l'attenzione sulla qualità dei contenuti e sull'aggiornamento dei medesimi.

Alla fine c'è un elenco di siti rilevanti per il NHS, aggiornato a novembre 1997, scelti non tanto per fornire un mero indice alfabetico di indirizzi Internet, ma con l'intento di offrire un utile strumento per tutti quelli che voglio approfondire l'analisi del NHS utilizzando Internet come fonte informativa. I siti scelti ovviamente non sono tutti quelli presenti in Internet collegati al NHS, ma sono stati scelti tenendo presenti determinati criteri: qualità e anche quantità delle informazioni, importanza, anche attraverso la presenza sui diversi motori di ricerca, grado di approfondimento delle notizie, presenza di collegamenti verso i diversi aspetti del NHS e aggiornamento delle notizie.

Dal 1994 il sito CCTA - GIS (acronimo di *Central Computer and Telecommunications Agency - Government Information Service*), presente all'indirizzo, è il punto di raccolta e di riferimento per tutti i servizi informativi del Governo della Gran Bretagna. Questo sito è curato dall'Agenzia centrale per l'informatica e le telecomunicazioni che opera da più di 25 anni. Il CCTA - GIS è uno degli spazi della rete più frequentati e visitati e ha ricevuto numerosi riconoscimenti internazionali per la qualità e la quantità delle informazioni e per i servizi offerti. Il sito è dotato di un indice per funzioni e uno per entità organizzative, di un motore di ricerca, molto evoluto al suo interno, e di un ottimo servizio sulle novità del GIS.

Nel servizio informativo del governo britannico si possono trovare dati, indicazioni, relazioni e documenti che vanno dagli atti del Parlamento, ai cambi della Banca d'Inghilterra, alle attività svolte dai vari Ministri del Governo Blair, agli organigrammi e alle linee guida dei vari enti pubblici fino ad arrivare ai numeri telefonici della Polizia metropolitana di Londra.

Il sito ufficiale del *Department of Health*, raggiungibile al seguente URL (*Uniform Resource Location*), ha l'impostazione chiara e precisa che contraddistingue tutto il GIS. Nella *home page* del Ministero si trovano le seguenti notizie:

---

Sostituiamo la consueta Bibliografia monotematica della sezione Biblioteca con la descrizione di un sito Internet. Le novità informative e informatiche conseguenti alla diffusione di Internet in ambito sanitario possono trovare uno spazio in questa sezione di Mecosan.

- novità;
- informazioni su ...;
- Ministero della sanità;
- agenzie stampa;
- pubblicazioni e eventi;
- informazioni via telefono;
- ricerca;
- commenti.

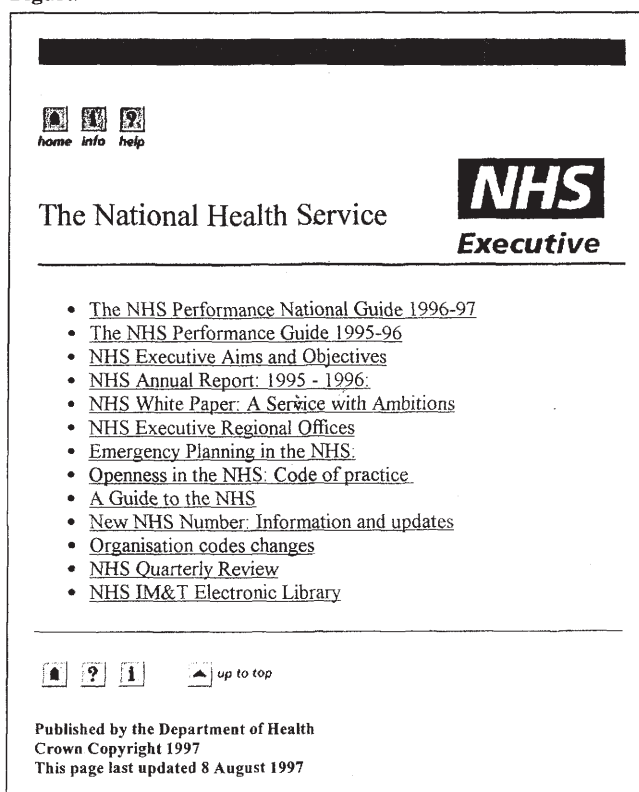
È possibile attraverso la pagina principale del Ministero quella «Ministero della sanità» trovare indicazioni e dati sul Ministro e i sottosegretari, sui compiti e gli obiettivi del Ministero, sulle diverse Agenzie per la sanità, sul settore sanitario della Gran Bretagna e sul NHS.

La figura 1 illustra la *home page* «The National Health Service» (NHS) raggiungibile all'indirizzo Internet.

Il sito è sviluppato dal Ministero della sanità sotto la supervisione e responsabilità del *NHS Executive* (1). Nel sito del Servizio sanitario della Gran Bretagna troviamo strumenti particolareggiati e approfonditi quali dati, codici e relazioni utili agli specialisti del settore (medici e studiosi). Ci sono anche informazioni di base sul funzionamento, carte dei servizi e numeri telefonici necessari per i cittadini britannici per essere e diventare dei buoni utenti del NHS.

I primi due servizi informativi riguardano le guide delle «performance» del NHS a livello nazionale per il 1996-1997 e per il 1995-1996. Gli indicatori di «performance», che possiamo vedere e scaricare in queste pagine, raccolgono tutti i risultati dell'attività sanitaria svolta in Inghilterra e costituiscono un aspetto molto rilevante del sistema informativo del NHS. I risultati dell'attività svolta si possono visualizzare scegliendo tra i *NHS Trust* le *Health Authorities* e i *Ambulance Services*. I numerosi indicatori di «performance» mi-

Figura 1



(1) Ruolo del *NHS Executive*: «The NHS Executive is an integral part of the Department of Health, with staff in Leeds, London and eight regional centres. It provides leadership and a range of central management functions to the NHS. It supports Ministers in developing policy on health and health services and is responsible for the effective management of the National Health Service and the stewardship of NHS resources. In doing so it both meets the requirements of public and parliamentary accountability, and supports the NHS in improving the health of the population and delivering efficient and effective health care to patients».

surano la qualità, i fattori produttivi e i volumi di attività prodotti dalle varie realtà che fanno riferimento al NHS.

Gli *Aims and Objectives* del NHS spiegano la funzione del *NHS Executive* e il suo piano strategico. Si possono trovare riferimenti al contesto sociale e agli obiettivi che guidano i progetti del NHS in corso di realizzazione.

L'*NHS Annual Report*, del quale è possibile scaricare il testo completo in diversi formati (pdf, doc e txt), rappresenta una parte del piano biennale di pianificazione strategica del NHS.

Il *White Paper* del Servizio sanitario nazionale è la spiegazione dei principi base e degli intenti del NHS: universalità, alta qualità, accessibilità in base al bisogno e sicurezza.

Una sezione del sito riguarda i *Regional Offices* del *NHS Executive*, dove si trovano notizie del *Project Connect* realizzato dall'ufficio del *North Thames* e un'analisi dettagliata dell'ufficio regionale del *Trent*.

Il *Emergency Planning* raccoglie indirizzi, direttive, principi per affrontare i casi di incidenti gravi per la salute della nazione.

Nel *Code of Practice* sono evidenziati diversi codici di comportamento per accedere a tutti i servizi del NHS. Le numerose pagine che troviamo allegate a questa sezione illustrano le informazioni che i diversi settori del NHS sono obbligati a pubblicare e a rendere disponibili. Troviamo quindi un chiaro resoconto della comunicazione istituzionale con i cittadini da parte dei *Trust*, delle *Health Authorities*, dei *Medical Practitioner*, ecc.

È possibile scaricare e visualizzare la *Guide to the NHS*.

Nella pagina il *New NHS Number* ci sono le indicazioni e gli ultimi aggiornamenti sui codici identificativi degli utenti del NHS. Utile strumento sia per i cittadini sia per i medici di base della Gran Bretagna.

Gli *Organisation codes changes* sono i nuovi codici organizzativi, entrati in vigore dopo la riforma del 1996, per l'identificazione degli enti coinvolti nella cura della salute come gli acquirenti e gli erogatori dei servizi del NHS.

La *NHS Quarterly Review* è la rivista ufficiale del *NHS Executive* che pubblica ogni tre mesi informazioni aggiuntive utili sia agli esperti sia agli utenti del NHS. Su questa pagina troviamo brevi aggiornamenti sulle «performance» del NHS, sulla carta dei pazienti, ecc.

La *Electronic Library NHS IM&T* è il punto di partenza per le applicazioni informatiche e informative correlate con il NHS. La biblioteca contiene un'ampia gamma di risorse per l'uso da parte dei professionisti del *Information Management and Technology* applicato al NHS. È possibile accedere gratuitamente alla biblioteca elettronica che utilizza un sofisticato sistema di indicizzazione di catalogazione delle proprie risorse.

## INDICE ALFABETICO DEI PRINCIPALI SITI COLLEGATI AL NHS

### Nome sito

Breast Test Wales - NHS Breast Screening Programme  
Brighton Health Care NHS Trust  
Bronglais Hospital  
Cardiff Community Healthcare NHS Trust  
Centre for Evidence-Based Medicine  
Chester & Ellesmere Port Community Health Council  
Chester & Halton Community NHS Trust

### URL

<http://www.cardiff.ac.uk/ccin/main/health/btw/nhsbsp.html>  
<http://www.rsch.org.uk/rsch/>  
<http://www.ihl.aber.ac.uk/bch/trustjj.htm>  
<http://www.nahat.net/cardiffnhstrust/index.htm>  
<http://cebm.jr2.ox.ac.uk/>  
[http://ourworld.compuserve.com/homepages/chester\\_chc/](http://ourworld.compuserve.com/homepages/chester_chc/)  
<http://www.ccfh.demon.co.uk/>



## Nome sito

## URL

Christie Hospital NHS Trust	<a href="http://christie.man.ac.uk/">http://christie.man.ac.uk/</a>
Code of Practice on Openness in the NHS	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/codemain.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/codemain.htm</a>
Department of Health	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/dhhome.htm">http://www.open.gov.uk/doh/dhhome.htm</a>
Department of Health: England: R&D in the DH and NHS	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/rdd1.htm">http://www.open.gov.uk/doh/rdd1.htm</a>
Department of Health: New NHS Number	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/newnhsno.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/newnhsno.htm</a>
Dewsbury Health Care	<a href="http://dSPACE.dial.pipex.com/town/plaza/ff62/">http://dSPACE.dial.pipex.com/town/plaza/ff62/</a>
DH: England: Department of Health booklets and leaflets	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/busguide/nhsupply.htm">http://www.open.gov.uk/doh/busguide/nhsupply.htm</a>
DH: England: Implementing the Culyer report	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/culyer1.htm">http://www.open.gov.uk/doh/culyer1.htm</a>
DH: England: Publications and Events	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/coinh.htm">http://www.open.gov.uk/doh/coinh.htm</a>
Dudley Health Authority	<a href="http://www.dudleyha.demon.co.uk/">http://www.dudleyha.demon.co.uk/</a>
Emergency Planning in the NHS	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/epcu/epcu/index.htm">http://www.open.gov.uk/doh/epcu/epcu/index.htm</a>
Glan Hafren NHS Trust	<a href="http://www.gwent.nhs.gov.uk/glan-hafren/welcome.html">http://www.gwent.nhs.gov.uk/glan-hafren/welcome.html</a>
Guide to the NHS	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/nhsguide.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/nhsguide.htm</a>
Hampshire Ambulance Service NHS Trust	<a href="http://www.nahat.net/hampshireambulance/index.htm">http://www.nahat.net/hampshireambulance/index.htm</a>
Harefield Hospital	<a href="http://www.harefield.nthames.nhs.uk/">http://www.harefield.nthames.nhs.uk/</a>
Hastings and Rother Community Health Council	<a href="http://www.nahat.net/hastingsandrothchc/index.htm">http://www.nahat.net/hastingsandrothchc/index.htm</a>
Health and Personal Social Services	<a href="http://www.n-i.nhs.uk/">http://www.n-i.nhs.uk/</a>
Health Service Guidelines	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/guidance.htm">http://www.open.gov.uk/doh/guidance.htm</a>
Information on developments in IM&T for the NHS	<a href="http://194.152.66.139/">http://194.152.66.139/</a>
Institute of Child Health/Great Ormond Street Hospital	<a href="http://www.ich.ucl.ac.uk/">http://www.ich.ucl.ac.uk/</a>
Isle of Wight Health Authority	<a href="http://www.iwha.swest.nhs.uk/">http://www.iwha.swest.nhs.uk/</a>
Kent & Canterbury Hospitals NHS Trust	<a href="http://www.kch-tr.demon.co.uk/">http://www.kch-tr.demon.co.uk/</a>
Kirkcaldy Acute Hospitals NHS Trust	<a href="http://ourworld.compuserve.com/homepages/IT_KAHNT/">http://ourworld.compuserve.com/homepages/IT_KAHNT/</a>
Lambeth Southwark and Lewisham Health Authority	<a href="http://www.lewisham.gov.uk/lslha/lslintro.html">http://www.lewisham.gov.uk/lslha/lslintro.html</a>
London Amulance	<a href="http://www.lond-amb.sthames.nhs.uk/">http://www.lond-amb.sthames.nhs.uk/</a>
Nahat.net - Nahat Gateway to the Internet	<a href="http://www.nahat.net/gateway.htm">http://www.nahat.net/gateway.htm</a>
National Health Service Trusts	<a href="http://www.zebra.co.uk/neon/n-of-e/health/trustind.htm">http://www.zebra.co.uk/neon/n-of-e/health/trustind.htm</a>
NHS Aims and Objectives	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/nhsaims.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/nhsaims.htm</a>
NHS Annual Report	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhs95_96/index.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhs95_96/index.htm</a>
NHS Annual Report - 1995/96	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/nhs95_96.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/nhs95_96.htm</a>
NHS by Olive	<a href="http://www.oliveweb.clara.net/nhshome.htm">http://www.oliveweb.clara.net/nhshome.htm</a>
NHS Centre for Reviews and Dissemination	<a href="http://www.york.ac.uk/inst/crd/welcome.htm">http://www.york.ac.uk/inst/crd/welcome.htm</a>
NHS Confederation	<a href="http://www.nahat.net/">http://www.nahat.net/</a>
NHS Estates - The Agency	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhsest/nhsest1.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhsest/nhsest1.htm</a>
NHS Executive	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhs.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhs.htm</a>
NHS Executive Aims	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/nhs.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/nhs.htm</a>
NHS Executive Regional Offices	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/nhseros.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/nhseros.htm</a>
NHS Executive Trent - Sheffield	<a href="http://www.netlink.co.uk/users/nhstrent/index.html">http://www.netlink.co.uk/users/nhstrent/index.html</a>
NHS Executive West Midlands	<a href="http://www.csv.warwick.ac.uk/NHSEXECwmro/">http://www.csv.warwick.ac.uk/NHSEXECwmro/</a>
NHS Health Authorities	<a href="http://www.oliveweb.clara.net/n2ha.htm">http://www.oliveweb.clara.net/n2ha.htm</a>
NHS Health Care and IT Services in Wales	<a href="http://www.gwent.nhs.gov.uk/textwelcome.html">http://www.gwent.nhs.gov.uk/textwelcome.html</a>
NHS Health Care in Surrey	<a href="http://www.surreyweb.org.uk/nhs/">http://www.surreyweb.org.uk/nhs/</a>
NHS Hospital and Community Trusts	<a href="http://www.oliveweb.clara.net/n3trust.htm">http://www.oliveweb.clara.net/n3trust.htm</a>
NHS IM&T "Enabling People"	<a href="http://www.ihcd.org.uk/imt/imtmain.htm">http://www.ihcd.org.uk/imt/imtmain.htm</a>
NHS IM&T Electronic Library	<a href="http://www.ctf.imc.exec.nhs.uk/ctf.htm">http://www.ctf.imc.exec.nhs.uk/ctf.htm</a>
NHS Information Management Centre	<a href="http://www.imc.exec.nhs.uk/">http://www.imc.exec.nhs.uk/</a>
NHS Magazine Events Diary	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/events.htm">http://www.open.gov.uk/doh/events.htm</a>
NHS Management Training Scheme - MESOL Programme	<a href="http://www.nhs-mtsandmesol.demon.co.uk/">http://www.nhs-mtsandmesol.demon.co.uk/</a>
NHS Organisation Codes Development Programme	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/org_code.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/org_code.htm</a>
NHS Performance Guide 1995-96	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/tables96.htm">http://www.open.gov.uk/doh/tables96.htm</a>
NHS Performance National Guide 1996-97	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/tables97/index.htm">http://www.open.gov.uk/doh/tables97/index.htm</a>
NHS Project Connect	<a href="http://www.nthames-health.tpmde.ac.uk/ntrl/">http://www.nthames-health.tpmde.ac.uk/ntrl/</a>
NHS Quarterly Review	<a href="http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/review.htm">http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/review.htm</a>

**Nome sito**

NHS Service with Ambitions  
NHS Telecommunications Branch - South and West  
NHS Telecommunications Branches  
NHS Trust Addresses  
NHS Wales Performance Tables 1996  
NHSE Research & Development  
NLHCT Health Development Unit Trust  
North Durham Acute Hospitals NHS Trust  
Northamptonshire Health Authority  
Nottingham Healthcare NHS Trust Finance Department  
Peterborough Hospitals NHS Trust  
Pinderfields Hospital NHS Trust  
Poole Hospital NHS Trust  
Prospectus Tavistock NHS Trust Prospectus  
Publications - Access to NHS services  
Radiology teaching from Central Middlesex Trust  
Reorganising the National Health Service  
Shetland Health Board  
Shropshire Health Authority  
South Tees Acute Hospital NHS Trust  
South Tees Community & Mental Health NHS Trust  
St. Helens & Knowsley Health Council  
St. Peter's Hospital NHS Trust  
The NHS Performance National Guide 1996-97  
The Royal Marsden NHS Trust, Fulham Road  
Trust Headquarters, Medway Hospital  
UK NHS R&D Strategy  
United Kingdom National Health Service  
Walton Centre for Neurology & Neurosurgery E.I.S.  
Welsh Office - The Patient's Charter  
Wrightington Hospital NHS Trust

**URL**

<http://www.open.gov.uk/doh/nhsexec/ambition.htm>  
<http://www.info-com.com/swlcmg/index.htm>  
<http://www.info-com.com/nhstb/>  
<http://www.hants.gov.uk/itcsbx2/i24.html>  
<http://www.wales.gov.uk/nhstable/hospind.htm>  
<http://cochrane.epi.bris.ac.uk/rd/index.htm>  
[http://www.personal.u-net.com/~healthdv/nlhct\\_m.htm](http://www.personal.u-net.com/~healthdv/nlhct_m.htm)  
<http://www.compulink.co.uk/~ndaht/>  
<http://www.nhantphd.demon.co.uk/>  
<http://dialspace.dial.pipex.com/nottm.healthcare.finance/>  
<http://www.nahat.net/peterboroughhospitals/index.htm>  
<http://www.demon.co.uk/pinderfields/>  
<http://homepages.tcp.co.uk/~poolehos/>  
<http://www.nthames-health.tpmde.ac.uk/tavistock/>  
[http://www.open.gov.uk/doh/public/nhs\\_serv.htm](http://www.open.gov.uk/doh/public/nhs_serv.htm)  
<http://www.sbu.ac.uk/~dirt/museum/cmh1.html>  
<http://www.demon.co.uk/solbaram/articles/nhs.html>  
<http://www.nahat.net/shetlandhb/index.htm>  
<http://www.telford.gov.uk/sha.htm>  
<http://www.southtees.northy.nhs.uk/>  
<http://www.nahat.net/steescommh/index.htm>  
<http://www.nahat.net/knowsley/index.htm>  
<http://www.tcom.co.uk/stpeters/>  
<http://www.open.gov.uk/doh/tables97/index.htm>  
<http://skye.icr.ac.uk/>  
<http://www.nahat.net/medway/index.htm>  
<http://libsun1.jr2.ox.ac.uk/a-ordd/index.htm>  
<http://www.cs.man.ac.uk/mig/people/jeremy/nhs.html>  
<http://www.wcnn.co.uk/index.htm>  
<http://www.open.gov.uk/charter/wepatie.htm>  
<http://www.wrightington.org.uk/>

# TESI DI LAUREA

*Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1996-1997. Relatore Elio Borgonovi. Correlatore: Giorgio Casati*

## **IL PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE COME STRUMENTO DI ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISULTATI IN SANITÀ**

**di Giovanni Gorgoni**

I progressi della medicina, la crescente diversificazione dei servizi forniti al paziente, l'introduzione di nuove tecnologie di produzione degli stessi servizi, l'evoluzione delle esigenze degli utenti, che si sostanziano non solo in una domanda di salute ma anche in una domanda di benessere, hanno trasformato l'atto medico che, da una fase artigianale, è passato ad una fase meccanicistica avviandosi verso una fase tecnologica.

Il processo di produzione sanitario si caratterizza, attualmente, per il coinvolgimento di una molteplicità di interventi e professionalità sanitari e per un'elevata complessità e notevole incertezza, dovute al diverso combinarsi di variabilità psico-biologica, sul lato della domanda, e di variabilità tecnico-professionale, sul lato dell'offerta.

Queste caratteristiche, unite alle recenti istanze di economicità e di controllo dei costi anche in ambito ospedaliero, richiedono interventi specifici in tema di gestione per processi, di gestione dell'informazione e di miglioramento continuo.

I Percorsi clinico-assistenziali (PCA), senza alcuna pretesa di rappresentare la panacea dei mali della sanità, costituiscono un utile strumento per supportare e formalizzare gli interventi di cui sopra.

Il PCA indica la migliore sequenza temporale, spaziale ed organizzativa, date le correnti conoscenze tecnico-scientifiche e date le risorse umane, tecniche e finanziarie di cui dispone l'ospedale, delle attività sanitarie da svolgere per risolvere un problema di salute del paziente.

Le attività incluse in un PCA sono quelle di tipo diagnostico, quelle di tipo terapeutico e quelle di tipo assistenziale in senso stretto (attività infermieristiche, alberghiere e amministrative dirette).

Senza il minimo intento prescrittivo, il PCA è uno strumento di lavoro al servizio dell'arte medica e della competenza infermieristica e ospedaliera in genere, che esplica la sua utilità in tre direzioni: gestione per processi, gestione dell'informazione e miglioramento continuo.

Nel primo caso il PCA fornisce una rappresentazione completa del processo sanitario ed una base formale per il coordinamento di tutte le professionalità e di tutte le unità operative che operano sul percorso.

In tema di gestione dell'informazione, il PCA costituisce un documento informativo esaustivo, come la cartella clinica, ma a differenza di questa, strutturato, unico ed in formato

universale. Per queste caratteristiche informative, il PCA segue il paziente in ognuno dei dipartimenti ospedalieri che condividono il suo percorso.

Infine, per la rappresentazione puntuale e completa fornita dei processi e per il supporto informativo esaustivo e omogeneo reso, il PCA è il riferimento principale per la conduzione di una vasta gamma di analisi e valutazioni dei risultati sanitari e per la conseguente attivazione di circuiti di miglioramento continuo.

Occorre precisare che l'introduzione dei PCA in un'azienda ospedaliera va effettuata con un'ottica di «progetto»: questo perché la sperimentazione richiede una destinazione specifica di risorse umane e finanziarie, e affinché si possano più agevolmente isolare e apprezzare i risultati.

Metodologicamente un progetto di implementazione dei PCA si ispira alla filosofia di cambiamento del movimento della Qualità Totale (ciclo PDCA di Deming) e utilizza i mezzi tecnici del *Business Process Reengineering* (tecniche di analisi e progettazione organizzativa). Le fasi attraverso cui si snoda il progetto sono quattro: sviluppo, applicazione, controllo e revisione.

Nella fase di sviluppo i gruppi di lavoro clinici, composti da medici, infermieri e tecnici, analizza la pratica corrente in relazione alla patologia di loro competenza e progettano il relativo percorso esecutivo di riferimento secondo un modello di rappresentazione omogeneo per ogni patologia.

Nella successiva fase di applicazione si sperimenta il PCA di riferimento su un campione statisticamente idoneo di pazienti.

La fase del controllo è il vero motore del cambiamento poiché consente di apprezzare e gestire il «gap» tra PCA di riferimento e PCA effettivo. Le analisi condotte in questa fase sono riconducibili a due categorie: la Valutazione Economica (analisi di minimizzazione dei costi, analisi degli scostamenti, analisi costo-efficacia, analisi costo-utilità, analisi costi-benefici) e la Valutazione Clinica (analisi di qualità e analisi delle variazioni).

Il controllo esita nello stadio finale della revisione, con cui il gruppo clinico, sulla base dei risultati della valutazione, decide se reiterare il PCA senza modifiche, se migliorarlo ulteriormente o se, nel caso di scostamenti rilevanti, porre un-rimedio immediato all'errore e stabilire la relativa prevenzione ricorrente. Tranne quando si reitera il percorso, il passo successivo è una nuova sessione di sviluppo: il ciclo non si interrompe mai generando continue occasioni di correzione e miglioramento.

Da quanto brevemente esposto ben si comprende quante e quali siano le opportunità offerte dai PCA specie in tema di gestione orientata al paziente e gestione dei profili di economicità e di qualità delle prestazioni sanitarie, fermo restando che si sta parlando di meri strumenti in grado di produrre tutte le loro potenzialità solo se accompagnati dalla correlata volontà di cambiamento.

*Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1996-1997. Relatore Elio Borgonovi. Correlatore Giorgio Casati*

## **METODI PER LO SVILUPPO DELLA QUALITÀ NELLE PRESTAZIONI SANITARIE**

**di Mariangela Lomastro**

Il cambiamento della sanità italiana ha come obiettivo dichiarato l'efficienza del sistema da un lato e il contenimento della spesa dall'altro. Il processo di cambiamento ha appena mosso i primi passi: è stata delineata una nuova legge che costituisce un quadro istituzionale diverso, modificando altresì la politica di finanziamento delle aziende sanitarie.

La caduta del sistema di convenzionamento e la richiesta di molteplici servizi che il pubblico con fatica riesce ad offrire aprono spazi di intervento nel privato, sia in correla-



zione con il pubblico sia in modo autonomo. La sopravvivenza delle neonate aziende ospedaliere dipenderà da due fattori: il contenimento dei costi da un lato e la capacità d'attrazione dei pazienti-clienti dall'altro.

È in questo scenario che si colloca il tema della qualità delle prestazioni sanitarie quale elemento discriminante che può condurre al successo o all'insuccesso di un'azienda ospedaliera.

Gli strumenti che potrebbero agevolare il raggiungimento dell'obiettivo sono diversi: a partire dai più conosciuti strumenti statistici, alle analisi e valutazioni tipiche della logica ABM, ai recenti percorsi diagnostico-terapeutici, fino ad interventi, seppur ancora remoti, di BPR.

Un ruolo di primo piano assume, in tale contesto, la valutazione delle attività, poiché in una logica di miglioramento continuo diventa vitale individuare i punti su cui è possibile intervenire per migliorare il servizio reso al paziente.

L'Azienda ospedaliera di Parma ha scelto di incamminarsi verso tale direzione. Inizialmente il progetto è partito in un ambito specifico: al Servizio di immunoematologia e trasfusione (SIT). Le attività-prestazioni del SIT, infatti, sono risultate tra quelle che, sia in termini di numero sia in termini di tariffa DRG, prevalevano rispetto alle restanti attività-prestazione dell'azienda. A ciò si aggiunge l'elevata sensibilità da parte di tale settore ad iniziative di ogni genere sul buon uso del sangue. Il sangue umano è infatti, un bene economico, la cui quantità limitata è legata esclusivamente alla donazione.

La valutazione delle attività si poneva un duplice obiettivo: valutazione di mercato interno e valutazione di mercato esterno.

In merito al primo punto, la logica seguita è stata quella di andare a valutare le attività svolte all'interno della propria unità e, a tal proposito, sono state proficue le analisi di ABM, in quanto hanno consentito di «spezzare» i processi e di analizzare, quindi, i diversi momenti di cui si compongono. È stato possibile intervenire così su determinate attività che presentavano un *gap* rilevante tra dati di *input* e di *output*.

In merito al secondo punto, la valutazione riguardava le prestazioni che il SIT forniva agli altri CdR dell'azienda. Si è giunti a costruire dei *report* di profilo sull'uso degli emocomponenti. Si sono analizzati i casi di pazienti ricoverati e dimessi nello stesso anno solare. Il risultato della lettura dei *report* è stato incerto: non era possibile effettuare alcuna valutazione sull'utilizzo degli emocomponenti, poiché non erano specificati gli interventi chirurgici effettuati e perché era elevato il numero di casi con complicanze ed intervento secondario. Il concorso delle due cause ha fatto sì che le schede di *report*, così come sono state pensate in prima battuta, non potessero essere utilizzate quale strumento di verifica del buon uso del sangue.

La mancanza di informatizzazione ha escluso a priori altri campi suscettibili di valutazione come, ad esempio, l'utilizzo reale di emocomponenti da parte dei vari CdR.

Congiuntamente alle analisi che possono effettuarsi dall'interno, ritengo che gli stessi fruitori del servizio potrebbero pronunciarsi in merito a vari aspetti, sia che riguardino aspetti strutturali, procedurali o relativi all'esito dal punto di vista clinico. Questo genere di analisi deve però, essere inteso come investimento a medio-lungo termine, dato che gli esiti delle interviste acquisteranno senso se sottoposte con continuità ai pazienti, ai medici e al personale paramedico.

Quel che mi preme mettere in evidenza in questa sede è che il SIT di Parma presenta chiaramente le caratteristiche di un processo di miglioramento continuo della qualità. Il percorso di crescita è fatto di tanti passi, grandi e piccoli, e questi ultimi non sono sempre facili da scorgere. La definizione dei percorsi come quella delle griglie di rilevazione sono solo la punta dell'*iceberg*. Conoscere ciò che si fa e ciò che sarebbe opportuno fare è, senza dubbio, il passo che precede la misurazione e valutazione delle attività.

La valutazione dei percorsi, ricavati dall'analisi ABM, è senza dubbio un primo tassello del mosaico. Gli altri tasselli sono ancora in cantiere ed hanno bisogno di essere elaborati e sviluppati meglio.

Un dato reale è che il cambiamento è in atto, ed una volta innescato il meccanismo è difficile tornare indietro. L'unica cosa che si può fare è gestirlo al meglio.