

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# ANALISI DEI MODELLI MICRO-ORGANIZZATIVI DELLA MEDICINA DI BASE

Cinzia Brunello

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il *team* e la medicina in rete - 3. La medicina di gruppo - 4. La medicina inserita nel distretto - 5. Il *country hospital* o ospedale di comunità - 6. Le cooperative - 7. Il Co.S. - 8. Conclusioni.

## 1. Premessa

Il panorama della medicina generale in Italia negli ultimissimi anni si caratterizza per la presenza di spinte dinamiche al cambiamento che, pur coinvolgendo un numero abbastanza ristretto di medici di base, si stanno diffondendo a macchia di leopardo nell'intera penisola. In particolare, si riscontrano diverse forme di associazionismo medico: alcune vedono coinvolti unicamente i MMG, altre prevedono momenti di confronto e di collaborazione tra medici e l'ASL di riferimento.

Le forme di interazione tra MMG e ASL possono essere classificate secondo diverse variabili, tra le quali si ricordano quelle di contenuto (che analizzano i diversi gradi di integrazione tra i due soggetti spaziando da semplici riunioni in cui si costruiscono delle regole comuni di comportamento per la cura di specifiche patologie, alla messa a disposizione da parte dell'ASL di locali e/o di personale infermieristico per alcuni gruppi di medici) e quelle di natura (che considerano il tipo di accordo stabilito tra i medici e l'Azienda sanitaria. Quest'ultimo può essere di tipo contrattuale, e quindi formalizzato e sottoscritto da entrambe le parti, o non contrattuale,

nel qual caso si mantiene tra i due soggetti un legame di natura informale. Generalmente gli accordi per la costituzione di modelli organizzativi per la medicina di base che vedono un coinvolgimento dell'ASL sono regolati da uno specifico contratto, anche perché questo normalmente prevede delle forme incentivanti per i MMG che vi aderiscono).

Molto spesso non è possibile trasferire dei modelli organizzativi innovativi in realtà diverse o perché la configurazione geografica del posto non lo permette (si pensi ad una medicina di gruppo in zone a bassa densità di popolazione) o perché il contesto culturale non è ancora atto a recepire delle forme organizzative particolarmente innovative.

L'evoluzione futura della medicina di base sembra indirizzarsi verso forme di associazionismo medico in quanto questo porterebbe dei significativi vantaggi per l'ASL ma anche per i MMG. In particolare, dal punto di vista dell'ASL:

— si potrebbero sfruttare economie di scala nell'eventuale fornitura di servizi di infrastrutture e/o di supporto all'esercizio della professione dei MMG (è infatti ad esempio molto più agevole fornire spazi ambulatoriali o tecnologie mediche ad una me-

dicina di gruppo che a singoli medici);

— vi sarebbe maggiore facilità nell'introduzione di strumenti volti alla gestione di sistemi di responsabilizzazione dei MMG.

Anche i MMG verrebbero agevolati in quanto:

— vedrebbero rafforzato il loro ruolo nei confronti di altri attori del sistema delle cure primarie (referenti distrettuali, aziendali ed ospedalieri);

— potrebbero sfruttare economie di scala per l'acquisto di sistemi di supporto (studi associati);

— verrebbero a disporre di un efficace strumento per il miglioramento delle prestazioni professionali tramite il confronto tra pari.

Ai fini di questo articolo si definiranno «forme innovative» nella medicina di base tutte quelle forme di accordo in cui due o più MMG, in collaborazione con l'ASL, definiscono gli ambiti e le modalità comuni di svolgimento della propria professione. Elemento distintivo delle «forme innovative» è quindi la presenza di momenti di confronto, ma anche di coordinamento, tra Azienda sanitaria e medici di base per il miglioramento delle modalità operative dell'esercizio dell'attività di questi ultimi.

Questo articolo si propone di analizzare i modelli organizzativi delle forme innovative finora evidenziate nelle esperienze concrete.

I principali modelli organizzativi della medicina di base possono essere così raggruppati:

- *team* (1);
- medicina in rete;
- medicina di gruppo;
- medicina inserita nel distretto.

Questi modelli sono degli stadi evolutivi della stessa tensione e quindi, man mano che dal *team* si passa verso la medicina inserita nel distretto, aumenta la complessità della forma organizzativa e contemporaneamente diminuisce la sua diffusione nella realtà, proprio perché l'implementazione di modelli maggiormente evoluti richiede competenze specifiche ed elevate capacità gestionali.

Accanto a tali forme organizzative è possibile aggiungervi i *country hospital* e le cooperative di MMG, modalità di gestione delle cure primarie che possono essere copresenti e in rapporto simbiotico con uno dei quattro modelli sopra citati ma anche operare in contesti caratterizzati da medici che esercitano singolarmente. Non esiste quindi una relazione di esclusività tra l'ospedale di comunità (o le cooperative), e il *team* piuttosto che la medicina di gruppo, anzi, è possibile creare dei forti legami e dei momenti di integrazioni tra tali forme.

## 2. Il *team* e la medicina in rete

Il *team* è una forma di interazione tra MMG che si suddividono in gruppi (2) per discutere tra pari (riunioni *intra-team*) di problematiche cliniche e terapeutiche. Il *team* è organizzato al proprio interno secondo un meccanismo di delega: ciascun componente infatti partecipa non solo alle riunioni del proprio *team* ma anche a gruppi di lavoro su tematiche specifiche (elabo-

razione di linee guida, informatizzazione, ecc.). Il *team* non prevede la condivisione di risorse o di spazi ambulatoriali tra i MMG, ma di soli obiettivi di *budget*. La medicina in rete (3), naturale evoluzione del *team* e modello di transizione dal medico singolo all'associazionismo vero e proprio, allarga la condivisione anche ad alcune risorse presupponendo l'integrazione delle modalità operative e di alcuni processi produttivi (definiti con l'ASL), come, ad esempio, il coordinamento degli orari di ambulatorio. Anche in questo modello, come nel *team*, i MMG continuano ad esercitare nel proprio ambulatorio.

Elemento distintivo della medicina in rete è il collegamento informatico, appunto, tra i medici aderenti a tale modello e quindi la loro informatizzazione.

Il nudo collegamento in rete tra i MMG, come previsto per la sua forma più semplice, non sembra però generare concreti benefici ai pazienti a meno che non venga affiancato a servizi aggiuntivi.

Si possono così distinguere le medicine in rete in due principali forme: quelle più semplici (4), che trovano giustificazione in zone a bassa densità demografica dove, per questioni logistiche, non è possibile attuare altre forme di associazionismo come, ad esempio, la medicina di gruppo e quelle più sofisticate, che prevedono la condivisione di risorse aggiuntive alla semplice connessione informatica e che si esprimono al loro meglio con il collegamento al CUP aziendale e magari con la creazione di un punto di primo intervento gestito a turno dai MMG appartenenti alla medicina in rete. Tale servizio è attuabile dove esiste una sufficiente concentrazione di pazienti, e quindi vi siano almeno 5-6 MMG presenti nello stesso luogo (sarebbe infatti difficoltoso garantire una completa copertura diurna di un punto

di primo intervento con la sola disponibilità di 2 o 3 medici). Questa forma è stata presentata come una delle possibili risposte ai piani di chiusura e razionalizzazione della rete ospedaliera messi in atto in numerose ASL, in quanto oltre a svolgere una fondamentale funzione di filtro dei pazienti, garantisce un primo servizio di assistenza.

È in questo secondo gruppo che può essere collocata l'esperienza di Castel S. Pietro (BO) che si presenta nel box 1.

Sebbene progetti di questo genere possano presentare difficoltà attuative, come ad esempio la costruzione dei calendari dell'orario di apertura, che impone di fare combaciare le esigenze e le disponibilità dei diversi MMG, i risvolti positivi sono molteplici. In primo luogo viene garantita la copertura tra i diversi MMG (continuità assistenziale) e viene creata una valida occasione di confronto che consente di attingere dall'esperienza dei colleghi per migliorare le proprie *performance*, in secondo luogo si propone un efficace strumento di filtro e «scrematura» dei pazienti evitando l'accesso e ricoveri impropri presso strutture ospedaliere.

## 3. La medicina di gruppo

La medicina di gruppo è la «forma classica» di associazionismo tra MMG. La nostra definizione di MdG riprende quanto indicato dall'articolo 40 della Convenzione di medicina generale in cui si prevede che un gruppo formato da 3 (5) a 6 medici condivida gli spazi ambulatoriali e garantisca un livello di continuità assistenziale di almeno 6 ore giornaliere. «Ciascun partecipante al gruppo è disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici del gruppo». Non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno

## Box 1

## ESPERIENZA DI CASTEL S. PIETRO (BO)

*Introduzione.* A Castel S. Pietro è stato attuato un processo di riorganizzazione che ha coinvolto tutta la medicina sul territorio e che ha portato alla chiusura, tra le altre cose, del pronto soccorso del paese. È stato in quel periodo che si è pensato di costruire una medicina in rete.

*Struttura.* La forma semplice viene però integrata ed ampliata attraverso un punto di primo intervento, struttura che svolge una importante funzione di filtro evitando la «fuga» dei pazienti verso il pronto soccorso di Imola.

I 9 MMG di Castel S. Pietro, pur continuando a praticare nel proprio ambulatorio, si rendono disponibili a svolgere la professione per alcune ore la settimana in un edificio preso in affitto dall'ASL. Qui sono presenti due ambulatori più un ufficio in cui opera un'infermiera. L'ASL mette inoltre a disposizione tutta la strumentazione medica.

*Organizzazione ed orari.* Attraverso un calendario prefissato in cui i MMG coprono un numero di ore definito in base al numero di assistiti di ciascuno, si garantisce un'apertura della struttura per 8 ore giornaliere (8.30-12.30; 15.00-19.00) escluso il sabato in cui la copertura è di 2 ore (8.00-10.00).

Mentre nel proprio ambulatorio tutti i MMG fanno le visite su appuntamento, nell'ambulatorio comune ciò non è possibile, soprattutto se si tiene conto della funzione principe della struttura: quella di essere punto di primo intervento.

L'attività svolta dai MMG in questa struttura vengono retribuite come P.P.I.P. (prestazioni di particolare impegno professionale) in base all'accordo stipulato dai MMG con l'ASL di Imola. Le attività previste sono, oltre alle P.P.I.P., le visite otoscopiche e la rimozione dei tappi di cerume, le incisioni di ascesso, la immobilizzazione di arti e dita con stecca di Thomas con bendaggio.

*S.I. e tecnologie.* Poiché non è stato ancora possibile attivare il collegamento in rete dei medici, e quindi i MMG non dispongono attualmente delle cartelle cliniche dei pazienti dei loro colleghi, si è di comune accordo deciso che in tale struttura vengano richieste solo prestazioni urgenti mentre per l'attività ordinaria i pazienti devono ancora rivolgersi al proprio medico.

*Specialisti.* Sino ad ora non sono stati presi accordi precisi in merito, in un futuro prossimo è comunque ipotizzabile la presenza di medici specialisti per alcune ore la settimana.

*Personale infermieristico-amministrativo.* L'infermiera, retribuita dall'ASL, funge anche da segretaria prenotando visite specialistiche attraverso il CUP.

del gruppo senza l'autorizzazione del medico titolare della scelta e la richiesta in tal senso dell'assistito». La SIMMG stima che in Italia circa il 2% dei MMG fa pratica di gruppo.

Nella medicina di gruppo emergono in forma maggiormente evidente i vantaggi dell'associazionismo medico precedentemente menzionati e in modo particolare lo sfruttamento di economie di scala e la creazione di reali occasioni di confronto tra i MMG. La pratica in forma associata sembra infatti generare un innegabile miglioramento della qualità delle prescrizioni da parte dei MMG, proprio

perché consente ai medici di confrontarsi e di uscire dall'isolamento che spesso li contraddistingue, facilitando fenomeni di apprendimento. Anche i pazienti otterrebbero degli importanti vantaggi come l'ampliamento dell'orario ambulatoriale e un ambulatorio generalmente più attrezzato rispetto a quello del singolo medico.

Tabella 1 - Orario dell'ambulatorio

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
9.30 18.30	10.00 19.30	9.30 18.00	10.00 19.30	10.00 19.30

Molto spesso la nascita di medicine di gruppo non viene però adeguatamente supportata dall'ASL di riferimento o perché manca una reale volontà di favorire tali forme di associazionismo o perché la leva incentivante su cui si concentra l'Azienda si basa unicamente su fattori monetari. Poiché l'incentivo economico ottenuto dai medici in quanto aderenti alla MdG non è in molti casi neppure sufficiente a coprire le spese per una segretaria, sarebbe probabilmente più efficace e motivante fornire a coloro che operano in pratica associata delle risorse reali quali strumenti o servizi aggiuntivi, agevolando quindi la pratica medica.

La sfida maggiore per le ASL e le medicine di gruppo sarà quella, nei prossimi anni, di creare dei progetti congiunti in cui tali ambulatori, con il supporto dell'Azienda che ad esempio potrebbe garantire la presenza di infermieri o di alcuni specialisti per un giorno la settimana, diventino dei reali punti di primo intervento (tabella 1).

Un'esperienza di Medicina di gruppo è quella proposta nel box 2.

#### 4. La medicina inserita nel distretto

La medicina inserita in strutture distrettuali è uno dei modelli organizzativi più sofisticati, ancorché meno diffusi, essa costituisce un'evoluzione ulteriore rispetto alla «semplice» implementazione di forme associative. Questo modello prevede infatti che singoli medici o MdG «abbandonino» il proprio ambulatorio privato per esercitare la professione all'interno di strutture distrettuali messe a disposizione dell'ASL, collaborando con gli

Box 2

ESPERIENZA DI MILANO

*Premessa.* Nell'ASL di Milano città è presente una MdG composta da quattro medici aventi un numero di assistiti molto vario (1500, 150, 500, 500).

*Struttura.* La MdG opera su un ambulatorio con tre studi, uno dei quali viene condiviso da due MMG. Nonostante la scelta di condividere gli spazi ambulatoriali, a detta dei partecipanti i costi di affitto dei locali sono ancora molto elevati, costringendo i MMG a limitarsi in spazi ristretti.

La MdG si è costituita come s.r.l. I costi degli acquisti vengono ripartiti tra i soci tenendo in considerazione il diverso numero di scelte di ciascuno. Tali operazioni di riparto delle spese generano però elevati costi fiscali tanto da indurre la MdG a pensare di indirizzarsi verso altre forme giuridiche, magari verso una cooperativa.

*Organizzazione ed orari.* Le visite vengono effettuate esclusivamente su appuntamento salvo le motivate urgenze che vengono valutate e selezionate dalla segretaria. Ogni due appuntamenti viene perciò lasciato uno spazio vuoto da destinare, se necessario, alle urgenze.

La scelta dei MMG di operare in forma associata, accolta favorevolmente dai pazienti, consente di ampliare l'orario di apertura dell'ambulatorio dalle 9.30 circa di mattina alle 19.00.

I MMG, anche se non è stato stabilito in maniera ufficiale, si incontrano con scadenza più o meno settimanale per discutere dei casi più complessi.

*S.I. e tecnologie.* La MdG attualmente dispone di due linee telefoniche, di un fax, del collegamento *internet*, dello strumento per dosare e controllare la glicemia e il colesterolo, di un picco di flusso, dell'otoscopio, della sterilizzatrice e di strumenti di piccola chirurgia. È in programma l'acquisto di un reflottometro portatile, strumento che consente di compiere le principali analisi del sangue per il monitoraggio del PT e PTT per i pazienti scoagulati e per la diagnosi dei casi di dubbio (appendicite ed epatite). Ciò porterebbe quindi anche ad evitare accessi impropri dei pazienti presso le strutture ospedaliere.

L'ambulatorio dispone di computers tra loro collegati in rete. Il supporto informatico, oltre a permettere la condivisione della cartella clinica (diario clinico e prescrittivo) dei diversi pazienti tra i medici appartenenti alla MdG, rende possibile avere per ciascun paziente un monitoraggio di tutti gli esami effettuati, delle vaccinazioni e della loro data di scadenza, degli effetti economici delle prescrizioni farmaceutiche. Nel sistema informativo sono inoltre già presenti dei protocolli semplificati (che possono essere modificati a seconda delle particolari esigenze) per le patologie più diffuse, come ad esempio il diabete e l'ipertensione.

*Specialisti.* Poiché i MMG sono specializzati in discipline diverse (cardiologia, endocrinologia, pneumologia, dermatologia), si attuano dei processi di «consulenza specialistica informale» all'interno della MdG, discutendo insieme dei casi più gravi.

*Personale infermieristico-amministrativo.* Nella MdG opera a tempo pieno una segretaria che oltre a gestire il sistema per appuntamenti delle visite mediche, svolge anche gran parte del lavoro burocratico. Essa è collegata in rete al SI dei MMG, ma può accedere solo a quei dati necessari per alcune certificazioni, per l'aggiornamento della cartella clinica del paziente con gli esiti degli esami e per la compilazione delle ricette ripetibili.

In un futuro è previsto che questa MdG assieme ad altri MMG della zona costituisca un poliambulatorio negli spazi dismessi di un ambulatorio specialistico dell'ASL. I medici della MdG sarebbero disponibili a trasferire l'attività all'interno dei locali dell'ASL mentre altri colleghi (MMG non appartenenti alla MdG) sono pronti ad aumentare la loro disponibilità oraria (1 o 2 ore al giorno) per partecipare al progetto di gestione di questa struttura come presidio distrettuale.

specialisti dell'Azienda ed eventualmente condividendo con costoro alcuni spazi e fattori produttivi (tecnologie, personale infermieristico piuttosto che amministrativo...). Ovviamente tale modello comporta una ridefinizione sia dei rapporti intercorrenti tra ASL e MMG sia dei percorsi di accesso e delle modalità di erogazione delle prestazioni; queste ultime dovrebbero finalmente vedere un'azione integrata dei medici specialisti con quelli generalisti.

A seconda del livello di collaborazione e di coesione tra questi due soggetti è possibile classificare le medicine nel distretto in tre gruppi principali:

— nel primo rientrano i MMG che hanno i propri ambulatori presso strutture distrettuali ma che non condividono formalmente alcuno spazio o fattore produttivo con esso. L'integrazione in questo caso avviene grazie alla contiguità dei servizi distrettuali con lo studio e l'attività dei MMG;

— nel secondo sono ricompresi i MMG che hanno i propri ambulatori inseriti in strutture distrettuali e che condividono con il distretto alcune strutture o fattori produttivi (tecnologie mediche, ad esempio) o personale infermieristico-amministrativo. Il livello di integrazione tra MMG e distretto è, in questo secondo gruppo, più formalizzato ed esplicito;

— nel terzo si annoverano i MMG che, oltre a presentare le caratteristiche del secondo raggruppamento, sono direttamente coinvolti e partecipi nella definizione e gestione delle politiche distrettuali (ad esempio l'ADI).

Tra le esperienze che sono state in tal senso finora attuate, si presentano nel box 3 quella di Imola (BO) e nel box 4 quella di Coriano (RN); la prima è caratterizzata da un'integrazione tra specialisti e MMG assicurata non tanto dalla condivisione di spazi o strumenti medici, quanto piuttosto da una vicinanza fisica e da un'organizzazio-

## Box 3

## ESPERIENZA DI IMOLA

*Introduzione.* Ad Imola quattro medici da tempo svolgono la loro attività insieme, condividendo i pazienti (pur mantenendo ciascuno il proprio numero di scelte) ma anche gli spazi in cui esercitare la propria professione. Recentemente si sono trasferiti in una struttura offerta ed inserita nel distretto.

*Struttura.* Oltre ai quattro ambulatori per i MMG il distretto ha offerto alla MdG anche un piccolo ambulatorio (definito «ambulatorio per patologia») per gli infermieri.

La segreteria, luogo in cui vi è l'archivio unico contenente le cartelle cliniche di tutti i pazienti della medicina di gruppo, si interfaccia con la sala d'attesa (comune per i pazienti dei 4 medici) per poter dialogare con i pazienti.

Essendo la medicina di gruppo all'interno delle strutture dell'ASL, i referti degli accertamenti diagnostici vengono portati direttamente in ambulatorio evitando al paziente il ritiro. Ciò consente al medico di analizzare i referti prima ancora di discuterli col paziente, aumentando di conseguenza la produttività del lavoro e la sicurezza delle informazioni fornite.

*Organizzazione ed orari.* I quattro medici si riuniscono a cadenza settimanale per discutere dei propri casi e per confrontarsi sui diversi problemi; questo incontro occupa un tempo significativo dei MMG.

Tutte le visite in ambulatorio vengono effettuate su appuntamento, salvo urgenze. In media vengono dedicati 15 minuti per paziente. L'orario di apertura dell'ambulatorio va dalle 8.30-12.30 e dalle 15.30/16.00-19.00 dal lunedì al venerdì e il sabato dalle 8.30-12.30. Durante i primi 5 giorni della settimana è garantita sempre la presenza di due medici nell'ambulatorio, mentre gli altri due danno la propria reperibilità per le visite a domicilio. L'assistenza del sabato mattina viene invece coperta, sempre a turno, da un unico medico.

*S.I. e tecnologie.* Quanto a tecnologie, l'ambulatorio infermieristico presenta: frigorifero per i vaccini, sterilizzatrice, strumenti per l'estrazione dei tappi di cerume dalle orecchie, elettrocardiografo. I quattro studi sono inoltre direttamente collegati tra loro e con la segreteria da un sistema informatico in rete e utilizzano la stessa cartella informatizzata comune a tutta la ASL; solo la segreteria è però collegata al CUP aziendale e quindi, una volta che il medico prescrive una visita specialistica o qualche esame, la prenotazione viene fatta direttamente dalla segretaria della medicina di gruppo anziché dal paziente. La rete telefonica è connessa con la linea interna per cui ciascun medico della medicina di gruppo è direttamente collegato con il distretto, con l'ospedale di Imola e con qualsiasi altro poliambulatorio o punto di erogazione dell'Azienda. Il sistema informativo della medicina di gruppo è connesso a quello aziendale per cui è possibile avere notizie aggiornate quotidianamente sui propri ricoverati. Ogni giorno ciascun medico provvede poi a fare la stampata ricoveri dell'accettazione ospedaliera e ad aggiornare le cartelle dei propri pazienti.

*Specialisti.* Recentemente il Dipartimento di salute mentale dell'ASL di Imola ha proposto ai MMG di inviare un loro psichiatra per due ore settimanali nell'ambulatorio dei medici di base, come consulente, per avere un maggior contatto coi pazienti e per evitare degli accessi al Dipartimento. Fino ad ora i rapporti con gli specialisti in generale si sono però limitati a dei semplici confronti su alcuni pazienti senza mai estendere tale rapporto collaborativo alla condivisione di tecnologie mediche o di spazi ambulatoriali.

*Personale infermieristico-amministrativo.* Il distretto paga e garantisce alla MdG per due ore giornaliere la presenza di personale infermieristico del distretto che, oltre a svolgere i normali compiti di vaccinazione, di medicazione, di misura della pressione e di pulizia del cerume dall'orecchio, permette di seguire uno specifico protocollo per gli ipertesi, comprensivo di un controllo a scadenza trimestrale. In tal modo i medici vengono alleviati da alcune mansioni «routinarie» che li impiegherebbero per molto tempo e il distretto può contemporaneamente delegare ai medici di base l'erogazione di alcune prestazioni che normalmente vengono per l'appunto svolte a livello distrettuale. Il materiale d'uso e i rifiuti delle semplici operazioni che sono svolte nell'ambulatorio dei MMG vengono eliminati dagli stessi infermieri all'interno delle procedure del distretto per i rifiuti speciali.

La MdG ha assunto una segretaria che svolge buona parte del lavoro burocratico, raccoglie le richieste per le visite domiciliari e gestisce il sistema degli appuntamenti.

ne molto snella, chiara ed efficiente all'interno della propria medicina di gruppo.

La seconda esperienza, pur manifestando un'organizzazione meno formalizzata e sistemica presenta, rispetto a quella di Imola, una maggiore condivisione di infrastrutture e di momenti di confronto con gli specialisti, tanto da poter discutere con loro di alcuni casi direttamente di fronte al paziente.

Le due medicine inserite nel distretto manifestano delle forme specifiche e delle peculiarità tipiche generate dal contesto in cui sono inserite, oltre che dal rapporto che esse hanno instaurato con gli specialisti ospedalieri nonché con i pazienti.

Riprendendo la classificazione iniziale delle medicine inserite nel distretto, è possibile fare rientrare i casi precedentemente analizzati nel primo gruppo della classificazione con punte verso la seconda (ovvero medicine che sfruttano la vicinanza logistica agli specialisti come principale strumento di coesione sebbene presentino alcune risorse condivise con essi o alcune procedure formalizzate). Ad Imola, infatti, sono state formalizzate le procedure organizzative ma non sono state create delle *équipe* miste tra MMG e specialisti, mentre a Coriano, pur non essendo presenti delle procedure organizzative formalizzate, si sono costituite, anche se in via informale, delle *équipe* a cui partecipano sia i MMG, sia gli specialisti.

Entrambe le esperienze hanno inoltre sviluppato una significativa integrazione con i medici specialistici; tale interazione dimostra però essersi formata e consolidata più in virtù della sussistenza di rapporti personali e grazie alla contiguità fisica che per procedure e meccanismi favoriti dal distretto e formalizzati a livello aziendale. Se ha un lato la vicinanza fisica appare elemento sufficiente per attivare l'in-

Box 4

ESPERIENZA DI CORIANO

*Introduzione.* A Coriano, nel distretto di Riccione, è presente una MdG formata da 5 MMG con un numero di assistiti distribuiti in modo omogeneo all'interno della MdG.

*Struttura.* Il distretto ha messo a disposizione della MdG 4 studi, un ufficio e una stanza d'attesa comune sia per i MMG che per gli specialisti. Nella medesima struttura in cui è inserita la MdG è presente una sala prelievi dell'ASL, il CUP, e gli ambulatori degli specialisti convenzionati con l'ASL: ortopedia, fisioterapia, cardiologia, dermatologia, oculistica e otorino, l'ufficio igiene, il veterinario, il settore tutela famiglia e l'ostetrica.

*Organizzazione ed orari.* Anche se inizialmente si era fatto qualche tentativo in tal senso, al momento la MdG ha preferito non affidarsi ad una segretaria per la gestione delle visite su appuntamento (esiste solo una macchinetta che distribuisce il numero per la fila). La realtà di Coriano, infatti, non ha accolto molto favorevolmente il sistema su appuntamento, forse anche perché questo contesto, tipicamente rurale, trova nell'ambulatorio dei MMG un'occasione per socializzare con i propri compaesani.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei MMG vi sono all'interno della MdG dei momenti informali e non programmati di discussione dei casi più critici.

Un'iniziativa su cui i MMG di Coriano stanno lavorando, è quella di creare degli ambulatori dedicati in cui si raggruppano i pazienti per patologie (scompensati, diabetici, ipertesi più altre patologie da definire) seguiti poi ciascuno da due medici di base. Tutti i MMG della MdG dovranno perciò definire un proprio ambito di intervento specializzato ed applicare un protocollo definito congiuntamente.

*Specialisti.* La contiguità logistica porta i MMG ad avere molti momenti informali di confronto con gli specialisti. I momenti di integrazione sono però più legati alla disponibilità delle singole persone che a modalità operative definite.

Attualmente si sta partendo col progetto diabete che prevede la dimissione dei pazienti diabetici (non insulino-dipendenti) dai centri specializzati per una presa in carico sul territorio. Tale categoria di pazienti, grazie ad una ricetta ed un *ticket* unico, ottiene dei percorsi privilegiati ed un pacchetto di prestazioni costruito sulla loro patologia. In futuro un progetto che si intende attuare è quello di costruire una medicheria nel distretto, ovvero un punto di primo intervento gestita contemporaneamente dalla MdG e dagli specialisti.

Esiste anche la potenzialità tecnica di permettere l'accesso agli specialisti agli stessi archivi della MdG. Attualmente questa opportunità è sfruttata in maniera estremamente limitata.

*Personale infermieristico-amministrativo.* La MdG per le difficoltà che ha incontrato reperire personale ha per ora preferito non avvalersi di personale ausiliario e di supporto amministrativo.

tegrazione dei medici nel momento iniziale della «sperimentazione», a lungo termine tale aspetto può risultare limitativo e compromettere l'attivazione di servizi congiunti tra specialisti e MMG su alcune patologie.

Alla luce anche dei due casi riportati si possono individuare i principali vantaggi generati dalla MdG inserita nel distretto che, oltre a quelli tipici della MdG, sono:

- l'opportunità di potersi confrontare con colleghi specialisti e di poter costruire assieme ad essi dei percorsi per alcune patologie;

- usufruire di supporti da parte dell'ASL;

- minimizzare i tempi di attesa e gli spostamenti per i pazienti.

Spesso però progetti di questo tipo, che comportano un radicale cambiamento per i MMG nell'esercizio della propria professione, vengono frenati dall'inerzia organizzativa e dai tempi decisionali delle ASL. Ciò potrebbe potenzialmente avere come riflesso una minore flessibilità della modalità di erogazione di servizi/prestazioni del MMG.

**5. Il *country hospital* o ospedale di comunità**

Il *country hospital*, o ospedale di comunità, è una modalità di gestione delle cure primarie complessa ed articolata che coinvolge a fondo i medici della medicina di base. I MMG oltre ad esercitare la normale attività di pratica medica nel territorio di riferimento, assumono la gestione diretta di posti letto realizzati in strutture appositamente ideate, rendendo possibile il ricovero in ambienti quasi ospedalieri dei pazienti di quel bacino d'utenza. Il *country hospital* si propone come valida alternativa ai presidi ospedalieri tradizionalmente intesi per tutte le patologie non acute o cronico-degenerative o per pazienti in fase riabilitativa che necessitano ancora di un controllo costante. In tal modo si è portati ad evitare dei ricoveri impropri nei presidi ospedalieri e contemporaneamente si ha la possibilità di monitorare lo stato di salute degli ammalati.

A livello teorico possono configurarsi tre tipi di ospedali di comunità:

- C.H. che utilizzano posti letto di ospedali ancora operanti in cui la funzione medica è garantita dai MMG;

- C.H. creati in ospedali dismessi in cui però continua a permanere la funzione infermieristica ed alberghiera;

- C.H. che utilizzano posti letto all'interno di RSA o RP.

Nella realtà la tipologia maggiormente diffusa è la terza.

Gli obiettivi (Aulizio G., 1998) sottostanti alla realizzazione di un ospedale di comunità possono essere così sintetizzati:

- fornire una risposta alle necessità sanitarie di una popolazione a forte prevalenza senile, lontana dai centri urbani;

- valorizzare le risorse professionali presenti sul territorio;

- integrare l'intervento sociale e quello sanitario;

— limitare il pendolarismo assistenziale;

— trovare modalità erogative con rapporto costo-beneficio soddisfacenti.

Requisito necessario per l'implementazione di un modello organizzativo così articolato è uno stretto rapporto di collaborazione tra l'Azienda sanitaria, gli specialisti e i MMG coinvolti nel progetto.

Fondamentale è la funzione del medico di base che svolge il ruolo di attore principale nella cura dei propri pazienti, assumendosi completamente la responsabilità della loro salute e seguendoli, passo dopo passo, direttamente lungo tutto il percorso terapeutico in alcune patologie.

Il *country hospital* si prospetta come una modalità di gestione delle cure primarie che potrebbe avere ampia diffusione nel nostro Paese, se non altro per la necessità impellente di molte ASL di razionalizzare le proprie strutture e di attuare una politica di contenimento di costi.

I risvolti positivi spaziano dalla sfera sociale e professionale a quella prettamente economica e finanziaria. Infatti:

— dai casi analizzati risulta come i MMG coinvolti trovino l'esperienza molto gratificante sia professionalmente sia umanamente;

— nell'immaginario collettivo il *country hospital* significa «la riapertura dell'ospedale» (6);

— i pazienti ricoverati si sentono introdotti in una struttura a loro familiare dove conoscono il personale e dove continuano ad essere seguiti dal proprio medico di base che quindi può fornire in qualsiasi momento informazioni sul loro stato di salute;

— i familiari possono assistere molto più agevolmente i ricoverati di quanto non sia attualmente possibile nelle strutture ospedaliere tradizionali sia per la maggiore vicinanza dei C.H.

sia per la flessibilità degli orari che spesso li caratterizzano;

— lo studio dell'esperienza di Modigliana ha evidenziato come il costo per posto letto e per giornata di degenza si aggiri nei C.H. intorno alle L. 200.000 (7) contro le circa L. 500.000 nei reparti di geriatria dei presidi ospedalieri di Forlì;

— l'ospedale di comunità svolge un'importantissima funzione di filtro della domanda di prestazioni sanitarie ed inoltre è un efficace strumento per calmierare le fughe di pazienti (mobilità in uscita) verso altri ospedali.

Gli ospedali di comunità possono essere suddivisi in due gruppi principali:

— quelli che prevedono la presenza e collaborazione di MMG e di specialisti summaisti per il trattamento di casi più semplici;

— quelli che prevedono la presenza di MMG, di specialisti ospedalieri o a contratto e la stretta collaborazione con medici ospedalieri che garantiscano il loro supporto e la possibilità di effettuare esami particolarmente complessi in tempi utili per i pazienti con patologie più acute.

La realizzazione di ospedali di comunità trova però degli ostacoli nell'aspetto organizzativo e gestionale. Non sempre infatti l'ambiente di riferimento risulta essere sufficientemente maturo per una soluzione così articolata (8) che richiede un'ampia disponibilità dei MMG ma soprattutto una efficace collaborazione tra medici ospedalieri, specialisti, MMG, e responsabili ASL per la creazione di un percorso terapeutico ottimale per il paziente. In questo contesto i MMG fungono da supervisori e da propulsori del sistema, in quanto «attivano», se necessario, gli specialisti e, congiuntamente ad essi, dispongono il ricovero in ospedale o nel *country hospital*. Nel primo caso si verificherà un'interrelazione anche con gli specialisti

ospedalieri per accordarsi sulle dimissioni precoci con trasferimento nel *country hospital*. L'intero processo dovrebbe essere «controllato» e favorito dall'intervento di responsabili aziendali.

In Italia le prime esperienze di *country hospital* affidati ai medici di base sono state riscontrate (ne ricordiamo alcune) a Modigliana (tabelle 2 e 3) e Premilcuore (FO), a Foiano della Chiana (AR), Senigaglia, Lendinara (RO), Castelfidardo e Arcevia (AN).

Un'esperienza di *country hospital* è quella proposta nel box 5.

## 6. Le cooperative

Le cooperative di servizi (s.c.r.l.) (9) più che costituire un modello organizzativo per la medicina di base, che si caratterizza per l'elevato livello di integrazione tra distretto e MMG, sono uno strumento di gestione e di coordinamento per i medici di base in quanto favoriscono il dialogo e il confronto tra di essi, la condivisione

**Tabella 2 - Consulenze specialistiche con cui è stata stipulata la convezione locale**

Consulenze:	— Cardiologiche
	— Neurologiche
	— Orl
	— Oculistiche
	— Fisiatriche
	— Psichiatriche
	— Dermatologiche
	— Ortopediche
	— Ginecologiche
	— Chirurgiche
	— Radiologiche

**Tabella 3 - Patologie maggiormente trattate nel 1996**

Malattie dell'apparato respiratorio	32 casi
Malattie metaboliche	30 »
Malattie cardiovascolari	23 »
Neoplasie	16 »
Malattie del sistema nervoso	12 »
Malattie dell'apparato digerente	3 »
Esiti di traumatismi	3 »



Box 5

ESPERIENZA DI MODIGLIANA (FO)

*Introduzione.* A Modigliana era presente un *Day-Hospital* (a sua volta attivato in seguito alla chiusura dell'ospedale locale) che però forniva solo prestazioni diagnostiche, lasciando sostanzialmente privi di assistenza gli anziani bisognosi di cure continue.

*Struttura.* Presso la struttura socio-sanitaria di proprietà dell'ASL di Forlì sono stati attivati 8 posti letto di *Country Hospital* gestiti dai MMG di Modigliana e Tredozio a cui ne sono poi stati aggiunti 20 destinati all'RSA. L'ambiente è stato completamente ristrutturato e prevede spazi per socializzare e condizioni alberghiere con elevati *standard*.

Normalmente non si hanno liste d'attesa per entrare nell'ospedale di comunità; questa struttura è comunque particolarmente flessibile e ciò consente a pazienti del *country hospital* di occupare, quando necessario, posti letto disponibili delle RSA. La parametrizzazione dei posti letto non sembra però ottimale. Il tasso di occupazione dei p.l. del C.H. è infatti del 120%, e ciò sta ad indicare che vengono normalmente utilizzati posti letto originariamente destinati all'RSA; sembrerebbe invece più corretto «trasferire» alcuni dall'RSA al C.H.

*Organizzazione e orari.* I MMG si sono assunti la responsabilità sanitaria dell'accoglienza e della gestione dei pazienti nell'ospedale di comunità per 12 ore giornaliere (dalle 8 alle 20 nei giorni feriali e dalle 8 alle 14 nei prefestivi). La guardia medica, che fa sempre riferimento alla struttura di Modigliana, garantisce assistenza ai pazienti ricoverati per gli orari non coperti dai MMG. Oltre al servizio 118, attraverso una convenzione l'ospedale di comunità offre la possibilità di utilizzare per gli accertamenti non eseguibili presso la propria struttura una ambulanza della C.R.I. (con la quale si è stipulata una convenzione «a punti»).

I MMG operano nella struttura di Modigliana come dipendenti dell'ASL ricevendo un compenso orario di L. 60.000 (comprensivo del contributo ENPAM); il loro impegno settimanale deve essere compreso da un minimo di 2 ore ad un massimo di 6, tenendo conto della programmazione per la copertura dell'assistenza. I MMG svolgono una funzione cardine del sistema in quanto gestiscono l'intero percorso sanitario del paziente decidendo quando ricoverarlo e quando dimmetterlo dal *country hospital*; essi instaurano e alimentano i contatti con gli specialisti e con i medici ospedalieri per concordare le dimissioni precoci, con conseguente trasferimento nell'ospedale di comunità; i MMG operano in maniera integrata con la caposala e con tutti gli infermieri professionali; sono inoltre gli stessi medici di base a gestire le relazioni con le famiglie degli ammalati, garantendo la propria reperibilità in orari predefiniti.

I MMG del *country hospital* si riuniscono settimanalmente con la responsabile aziendale dell'RSA e del *country hospital* dell'ASL di Forlì per fare il punto della situazione, per discutere sui casi maggiormente problematici e per decidere congiuntamente se ricoverare (e secondo quale priorità) o se dimettere alcuni pazienti; questo momento di confronto risulta essere essenziale se si tiene presente che i medici di base, oltre a coordinare in generale il lavoro, condividono anche i pazienti inseriti nella struttura.

Il primo mese di degenza presso la struttura non comporta oneri per i pazienti mentre a partire dal 30° giorno essi contribuiscono alle spese per L. 60.000/die per coprire la componente socio assistenziale.

*Specialisti.* A Modigliana opera comunque un centro polispecialistico che garantisce al *country hospital* la presenza (una volta la settimana) di consulenti specialisti convenzionati ex art. 48/833/78.

*Personale infermieristico.* Il lavoro dei MMG viene coadiuvato da una caposala, da infermieri professionali (personale convenzionato) e da OTA (operatori tecnico assistenziali) e ADB (addetti all'assistenza di base) in parte dipendenti e in parte convenzionati (tabella 1).

*SI e tecnologie.* Nell'ospedale di comunità si utilizzano cartelle ambulatoriali informatizzate, aggiornate quotidianamente. Quanto a tecnologie, sono presenti gli strumenti medici sufficienti ad erogare prestazioni di primo e secondo livello assistenziale, in quanto per quelle acute si ricorre normalmente a un presidio ospedaliero (tabella 2).

di alcuni obiettivi, di linee guida e di fattori produttivi (strumenti medici e informatici). Le cooperative sono indice di un contesto culturale in evoluzione, che cerca di fornire nuove risposte e proposte ai bisogni dei medici ma anche degli stessi pazienti. Le cooperative non rappresentano un modello alternativo o antitetico ai precedenti, ma comportano una modalità di gestione per le cure primarie che si interfaccia e si interseca con quelle sopra esposte, sviluppando e vivacizzando il dibattito e la ricerca di nuove e migliori soluzioni di offerta di servizi sul territorio.

Le cooperative generano numerosi vantaggi sia sotto un profilo professionale che finanziario per i MMG ma anche per i pazienti:

— la cooperativa si pone come soggetto capace di gestire elementi di assistenza diurna e di costituire una *équipe* territoriale delle cure primarie in collaborazione con la guardia medica;

— poiché rientrano nella figura giuridica delle società consentono di procurare i fattori di produzione a condizioni favorevoli ai medici di base;

— favoriscono la formazione e l'aggiornamento dei medici, specialmente se questi sono collegati in rete;

— se costituita in ambito distrettuale la cooperativa può assumere compiti relativi a tetti di spesa in quanto, allargando l'obiettivo ad un numero maggiore di scelte, si ha una forte condivisione delle difficoltà a vantaggio dei singoli medici.

Esse presentano però anche:

— problemi gestionali, soprattutto nella fase iniziale di nascita e costituzione di una nuova cooperativa, dovuti essenzialmente alla difficoltà di instaurare tra i MMG un rapporto di collaborazione;

— richiesta di un forte impegno gestionale ed amministrativo da parte dei

medici di base soprattutto nella fase iniziale.

La cooperativa, a detta degli stessi medici soci, non è modello trasportabile subito in tutte le realtà in quanto necessita di un rapporto consolidato tra i MMG e di spiccate capacità gestionali ed «imprenditoriali». È inoltre molto importante, specialmente se la cooperativa instaura rapporti di collaborazione con l'ASL, definire i compiti che essa intende assumersi in relazione ad obiettivi, tempi, modalità attuative e metodi di valutazione e monitoraggio ben definiti.

Le cooperative, quindi, in relazione al contesto con cui interagiscono, si trovano di fronte ad un bivio: sviluppare esperienze all'interno di accordi aziendali dove esse a seconda dei casi possono assumere o meno anche la gestione prettamente economica dei servizi, od agire in modo autonomo senza elementi di integrazione con l'ASL. Ovviamente nel primo caso i pazienti disporrebbero di migliori garanzie in quanto sarebbe comunque garantito un controllo da parte dell'ASL sulla qualità dei servizi.

Le cooperative non sono distribuite uniformemente su tutto il Paese, ma si concentrano in alcune regioni tra le quali spiccano l'Emilia-Romagna, la Lombardia e la Campania.

Esperienze di cooperative sono proposte nei box 6 e 7.

## 7. Il Co.S.

A livello nazionale esiste un Consorzio Sanità (Co.S.) al quale aderiscono 18 cooperative per un totale di circa 600 soci. Il Co.S., oltre a garantire il rispetto di determinati *standard* di qualità delle cooperative iscritte, indica la principali strategie da seguire e le priorità organizzative delle aderenti.

Il consorzio organizza a livello nazionale alcune iniziative (approvate attraverso delibere assembleari) che

### Box 6

#### ESPERIENZA DI CREMONA

*Introduzione.* La cooperativa di Cremona è una società di mezzi sorta nel 1995, presenta 50 soci iscritti e fa parte del consorzio sanitario.

*Organizzazione.* Essa è articolata in diverse sezioni soci, ciascuna delle quali ha autonomia programmatoria del territorio.

La sezione soci di Casalmaggiore, dopo aver proposto alla cooperativa un piano di fattibilità del progetto e il suo rientro dei costi, ha creato un centro polifunzionale. Tale centro comprende 7 MMG divisi in 2 medicine di gruppo (con le quali si è stipulato un contratto prestazioni-servizi) e un ambulatorio polispecialistico con 20-25 specialisti (oculisti, dermatologi, ginecologi, psicologi, ...) che ivi esercitano la loro attività libero-professionale.

Poiché le MdG presentano dei costi amministrativi molto elevati che, se venissero gestiti da un unico corpo permetterebbero delle forti economie di scala e di conseguenza anche un'incidenza minore sui costi delle singole MdG, la cooperativa ha così deciso di occuparsi anche della parte amministrativa delle MdG che aderiscono ad essa.

*Specialisti.* Gli specialisti che esercitano nel centro polifunzionale sono tenuti a:  
— emettere sempre fattura;  
— garantire *standard* minimi di qualità.

I MMG, facendo parte della cooperativa, detengono un forte «potere di controllo» verso gli specialisti lì operanti.

È ora in fase di attuazione un progetto che intende realizzare esperienze di contratti di gestione di attività intramuraria/*intramoenia* con alcuni specialisti delle aziende ospedaliere di Cremona e di Mantova. La cooperativa intende invitare gli specialisti ospedalieri a svolgere la loro professione nel proprio centro di Casalmaggiore. L'azienda ospedaliera dovrebbe invece occuparsi della gestione dell'attività specialista facendo ad esempio in modo che gli specialisti emettano direttamente fattura per conto dell'azienda ospedaliera di provenienza.

I vantaggi di tale accordo possono essere così sintetizzati:

- 1) gli specialisti restano all'interno dell'azienda ospedaliera;
- 2) aumenta la collaborazione tra MMG e specialisti;
- 3) si operano nuclei di diffusione capillare dell'attività specialistica sul territorio, ma «all'interno» dell'azienda ospedaliera (attività *intramoenia*);
- 4) diminuiscono le «fughe» di pazienti in quanto gli specialisti, facendo riferimento all'Azienda ospedaliera, in caso di ricovero «porteranno» il malato nella loro struttura.

Il tentativo di questo progetto è quello di mettere in atto un percorso che vada verso il SSN, dove le prestazioni vengano gestite ed erogate dai MMG attraverso la cooperativa e dove l'ASL svolga un ruolo di controllo della qualità dei servizi e della soddisfazione degli utenti. Si ritiene però altrettanto fondamentale che i MMG acquisiscano una mentalità maggiormente imprenditoriale, capace di affrontare oltre alle conoscenze mediche anche elementi di gestione e *management* per l'assunzione di un ruolo di maggiore rilievo nel panorama sanitario italiano

*Personale infermieristico-amministrativo.* In tale struttura opera anche un'infermiera interamente dedicata al centro (e non alle MdG) e del personale amministrativo che invece serve sia le MdG che il centro. Il costo del personale amministrativo di Casalmaggiore viene così ripartito per il 63% sul centro di costo del poliambulatorio e per il restante 37% sul centro di costo delle due MdG.

*S.I. e tecnologie.* La cooperativa ha provveduto a far acquistare ai propri soci un computer, il sw unico koiné e si è attrezzata di una sala informatica nella cooperativa. Si sono inoltre convinti i MMG soci a partecipare ai corsi di formazione informatica.

**Box 7**

**ESPERIENZA DI CESENA**

*Introduzione.* La cooperativa di Cesena conta 50 MMG su 150 presenti nella medesima ASL e aderisce al Co.S.

La cooperativa di Cesena si caratterizza per una forte collaborazione ed integrazione con l'ASL di riferimento, potendo così concretizzare progetti comuni o addirittura ottenere la delega da parte dell'ASL per l'attivazione di alcuni servizi che essa non riesce a realizzare e a gestire efficientemente (1).

La cooperativa sta perseguendo due ordini di obiettivi:

- sperimentali, legati ai progetti del Co.S. (progetto Koiné);
- specifici 1) e 2):

1) mediante l'attivazione di ambulatori per patologia.

I pazienti diabetici di tipo 2, ed esempio, vengono trattati nell'ambulatorio del proprio medico di base per semplici accertamenti e controlli come il monitoraggio della glicemia ed il controllo del peso e, per prestazioni maggiormente specialistiche sia per quanto riguarda la prevenzione che il monitoraggio di complicanze, vengono inviati presso la struttura poliambulatoriale della cooperativa.

*Specialisti.* Questa offre, senza apportare oneri aggiuntivi ai pazienti (2), consulenze specialistiche ed accessi programmati che forniscono un monitoraggio completo in un'«unica soluzione». Fino ad ora gli specialisti, pur essendo dipendenti dell'ASL, hanno lavorato all'interno della cooperativa come liberi professionisti e comunque svolgendo un ruolo di consulente-specialista per il MMG.

Con l'entrata a pieno regime di questo progetto si prevede una futura delega da parte dell'ASL a favore della cooperativa non solo della fase di implementazione, ma anche della funzione di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dagli specialisti e di controllo dei tempi e della qualità dei servizi da essi prestati. Si verrebbe quindi ad assegnare alla cooperativa un ruolo gestionale caratteristico delle Aziende sanitarie.

2) offrendosi come servizio amministrativo a tutti i MMG soci.

*S.I. e tecnologie.* La cooperativa, infatti, dovrebbe riuscire ad attivare per tutti i MMG soci, in accordo con l'ASL, un servizio amministrativo collegato al CUP aziendale sollevando contemporaneamente i MMG e i pazienti da oneri di carattere burocratico. È inoltre prevista l'introduzione di servizi che consentono di ricevere referti medici per via telematica.

(1) L'ADI, l'ADP e il NODO, ad esempio, sono stati attivati dall'ASL con discreto successo per cui non si è sentita l'esigenza, per questi servizi, di trasferirli in capo alla cooperativa.

(2) Poiché questo progetto rientra in un accordo tra la cooperativa e l'ASL, è l'Azienda sanitaria che supporta gli oneri a carattere economico per l'utilizzo della struttura.

vengono proposte sia alle cooperative attualmente facenti parte del Co.S., sia a quelle che intendono entrarvi. Le cooperative che decidono di farne parte devono a loro volta deliberare la loro appartenenza al Co.S. e non avere nel proprio statuto ed atto costitutivo delle clausole incompatibili rispetto a quelle del Co.S.

Attualmente il Co.S. sta presentando due progetti:

- Koiné;
- telemedicina.

Il progetto Koiné consiste nell'informatizzazione di tutti i soci delle cooperative aderenti al Co.S. fornendo loro i supporti HW ma anche un programma informatico omogeneo per la gestione delle cartelle cliniche e della messa in rete dei *computer* mediante una rete «chiusa» (BBS). Successivamente si pensa alla costruzione di un data base (si veda la tabella 4) attraverso i dati ottenibili per via telematica inviati dai MMG aderenti al progetto. I dati elaborati verrebbero in un secondo momento commercializzati al settore pubblico e privato per coprire lo sforzo finanziario sostenuto (i soci fondatori hanno contribuito per L. 100.000 all'acquisto del SW, mentre gli altri soci per L. 300.000).

Per l'elaborazione e la costruzione di questo progetto si è attuata una sinergia tra i MMG e i tecnici del SW in modo tale da predisporre un programma rispondente alle esigenze dei medici, con la classificazione nosografica delle malattie, la realizzazione di linee guida, le specifiche della raccolta dati, i modelli di organizzazione professionali sviluppati secondo la logica del *disease management* e prendendo in considerazione le patologie con l'impatto più significativo (ipertensione, diabete, neoplasie, malattie infettive, broncopneumopatie e dislipidemie).

Le fasi in cui si è articolato il progetto Koiné sono state 3:

**Tabella 4 - Dati che si intendono raccogliere con il progetto Koiné**

- Prescrizione di farmaci, richieste di esami di laboratorio, richieste di prestazioni e consulenze specialistiche, richieste di ricoveri, richieste di attivazione di servizi come ADI e ADP.
- Dati demografici, antropometrici, biologici, strumentali relativi alla popolazione assistita.
- Incidenza e prevalenza delle malattie partendo dalla casistica clinica della MG e, di conseguenza, definizione di una nosografia propria della MG.
- Morbilità e mortalità della popolazione assistita, mediante la realizzazione di un vero e proprio osservatorio epidemiologico permanente.
- Analisi del comportamento professionale dei MMG di fronte alle diverse patologie e problemi e all'introduzione di specifici elementi formativi: protocolli, linee guida e aggiornamenti, tutti fruibili «on line».
- Analisi farmacoeconomia, farmacovigilanza, *post marketing surveillance*, verifica dei modelli di apprendimento culturali e professionali dei MMG, orientamento progressivo verso un'analisi professionale del MMG in termini di *disease management*.

1) adesione di almeno il 40% dei soci di ogni cooperativa;

2) disponibilità di HW specifico per ogni socio;

3) disponibilità ed interesse dei soci aderenti al progetto ad utilizzare il SW di gestione cartella clinica fornito raccogliendo, inserendo e trasmettendo i dati.

La seconda iniziativa, ancora in fase progettuale, si propone invece di gestire l'assistito sul territorio mediante la telemedicina specialmente per alcuni servizi di emergenza. Ciò dovrebbe permettere di effettuare (10) ad esempio una spirometria o un elettrocardiogramma con un apparecchio di dimensioni molto minute e di trasmetterli via telefono alla centrale. In questa sede un cardiologo referta il risultato, dà indicazioni su cosa fare e poi attraverso un fax invia il referto vero e proprio.

## 8. Conclusioni

Il panorama italiano dei modelli organizzativi della medicina di base si prospetta molto variegato e con una molteplicità di sfaccettature determinate dalle specifiche esigenze del territorio e dai particolari rapporti personali instauratisi in ogni contesto. È comunque possibile individuare degli elementi caratterizzanti per ciascuna forma organizzativa che, con gli accorgimenti dovuti, possono essere «esportati» ed imitati in altri ambienti. I due caratteri che sembrano però maggiormente evidenti sono come l'incidenza delle relazioni personali e la contiguità fisica dei medici influenzino in maniera molto significativa e determinante anche le modalità di gestione di alcuni servizi e, in secondo luogo, l'integrazione tra i MMG e l'ASL di riferimento come pregiudiziale irrinunciabile per un maggiore coordinamento dei servizi offerti.

Tale rapporto collaborativo produce ovunque una maggiore copertura assistenziale e, in alcune realtà, la creazione di strutture per un primo intervento o per la cura di patologie «semplici». Il secondo caso sembra essere un'efficace risposta alla «falla assistenziale» totalmente scoperta nel nostro Paese, quella intermedia tra la dimensione ospedaliera e il domicilio, evitando di conseguenza ricoveri impropri presso le strutture dell'ASL e mobilità in uscita.

Un forte punto di criticità riguarda invece le prestazioni degli specialisti. Essi infatti attualmente possono svolgere funzioni «consulenziali» presso strutture dei MMG (punti di primo intervento, ambulatori di medicine di gruppo o di cooperative) o dell'ASL (*country hospital* o ambulatori condivisi con MdG nel caso di medicine inserite nel distretto) sia come dipendenti in attività istituzionale, sia in regime libero professionale. Nel secondo caso vanno ad alimentare un circuito privato comportando oneri per i pazienti.

Il regime libero professionale va però suddiviso tra:

— *intramoenia*: il 50% dei proventi dello specialista è destinato all'ASL e quindi vi è un parziale rientro degli introiti nel SSN;

— *extramoenia*: tutti i guadagni vengono incassati dallo specialista.

Tale problema si pone con particolare criticità nel caso di cooperative che operano autonomamente rispetto alle Aziende per i significativi volumi di prestazioni che i medici soci possono indurre (basti pensare a cooperative di 40 MMG che coprono circa 40.000 pazienti). È chiaro quindi che in tali situazioni il MMG oltre a svolgere una funzione di governo della domanda di prestazioni sanitarie (senza condividere obiettivi di programmazione con l'ASL) viene coinvolto, anche se non in prima persona, nelle

strutture di offerta che lui gestisce attraverso la cooperativa. Il MMG potrebbe perciò divenire il principale responsabile del «mercato» sanitario (*market maker*) potendo svolgere una funzione di *gatekeeping* non solo all'interno del SSN ma anche sul versante libero professionale.

Le realtà analizzate assumono comportamenti diversi relativamente a questa questione. È chiaro però che se gli specialisti operano come dipendenti o in regime *intramoenia* vi è comunque una possibilità di controllo da parte delle ASL sulla qualità e quantità delle prestazioni da essi erogate.

---

Un ringraziamento particolare va ai dott.: G. Ambrosini, A. Aronica, G. Aulizio, F. Biondini, Calderoni, R. Cambiuzzi, V. Giordano, A. di Malta, P. Mazzolini, M.L. Milandri, Naldi, M. Parenti, F. Suzzi e A.M. Vandancoli per la loro cortese collaborazione.

(1) Per un approfondimento sul tema si rimanda a LONGO F., a cura di (1998).

(2) La suddivisione in gruppi può avvenire sulla base di diversi criteri. Il più diffuso è quello della vicinanza geografica.

(3) La medicina in rete trova la sua *razio* nell'art. 45, comma 3, lett. I della Convenzione di medicina generale.

(4) Tali forme sono quelle che trovano una diffusione più ampia nella realtà.

(5) Nel caso specifico lombardo, il minimo per costituire una medicina di gruppo è di 2 MMG.

(6) Il C.H. è un efficace strumento di risposta ai bisogni soprattutto di comunità lontane da grandi centri urbani che si vedono private anche dei servizi più essenziali (ospedali, pronto soccorso, ...).

(7) Gli elementi che maggiormente incidono sul contenimento dei costi sono riconducibili soprattutto nell'utilizzo della guardia medica per la copertura di eventuali urgenze negli orari in cui non sono presenti i MMG (la guardia medica generalmente si trova nello stesso edificio del C.H.); dall'utilizzo dei MMG a tariffe pattuite i quali, conoscendo il paziente, elaborano direttamente una condotta terapeutica che tiene conto della sua precedente storia sanitaria e, infine, dalla compilazione ed aggiornamento della cartella ambulatoriale infor-

matizzata che permette di evitare ripetizioni inutili di esami da poco effettuati.

(8) Vista l'articolazione dell'ospedale di comunità è forse auspicabile che le prime sperimentazioni inizino in realtà mature in cui gli attori si conoscono personalmente, ma anche piccole, dove inizialmente il processo è più facilmente gestibile. Sarà poi opportuno estenderlo all'intera ASL in una fase successiva, quando l'azienda ha assunto la «padronanza» degli strumenti gestionali.

(9) Le cooperative sono regolamentate dall'art. 71 degli ultimi Accordi collettivi nazionali per la MG.

(10) La telemedicina verrebbe utilizzata anche per la spirometria, consentendo un monitoraggio continuo dei pazienti con broncopneumopatia cronica.

#### BIBLIOGRAFIA

AULIZIO G. (1998), Country hospital: *esperienze a confronto*, 11 Congresso nazionale SI.ME.T., 5-12 settembre 1998, Paestum.

AULIZIO G., GIORDANO V. (1998), *Ospedale di comunità: il progetto di Modigliana*, Medicinae Doctor, n. 5.

BORGONOV E., VENDRAMINI E. (1998), *La gestione della medicina di base: principi e criteri economici*, UTET, Torino.

CACCIA C., LONGO F. (1994), *L'applicazione di modelli organizzativi «evoluti» al sistema socio-sanitario pubblico*, Mecosan.

DI MALTA A. (1998), *Forme associative in medicina generale: opportunità e rischi*, Congresso nazionale FIMMG, 23-27 settembre 1998, Perugia.

GLENNERSTER H., MATSAGANIS M., OWENS P., HANCOCK S. (1994), *Implementing GP fundholding*, Open University Press, Buckingham.

LONGO F. (A CURA DI) (1998), *ASL, distretto, medico di base*, EGEA, Milano.

LONGO F., VENDRAMINI E. (1997), *Nuovi modelli di gestione della medicina generale: prime esperienze a livello locale*, tratto da «Gestione e finanziamento della medicina generale in Italia», di Sassi F., Il Mulino, Bologna.

MARINI S. (1998), *Il country hospital affidato per primo ai medici generali*, Medicinae Doctor, n. 8.

VENDRAMINI E. (1995), *Il destino del medico di famiglia si divide in quattro*, Occhio clinico, n. 5.

# VALORIZZAZIONE DEI PROCESSI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA CLASSIFICATI IN DRGs

Rossana Caselli<sup>1</sup>, Canio Lornuto<sup>1</sup>, Elvira Pisani<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Consulenti

<sup>2</sup> Regione Toscana

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodologie di rilevazione e valorizzazione dei costi - 3. Analisi dei dati della rilevazione - 4. Alcune considerazioni di carattere generale.

## 1. Introduzione

L'introduzione nel sistema sanitario italiano del sistema DRG di remunerazione a tariffa delle prestazioni di ricovero, ha indotto la Regione Toscana ad avviare una ricerca che evidenziasse la composizione del costo dei DRGs e procedesse, attraverso una rilevazione analitica condotta in alcuni ospedali campione, alla individuazione di tipo e quantità di risorse assorbite dalle diverse prestazioni di ricovero.

Per l'esigenza di mettere sotto osservazione i DRGs più frequenti e che impegnano a livello regionale una maggiore spesa complessiva, sono stati scelti come reparti campione i principali reparti di base (medicina generale, chirurgia generale, ostetricia, pediatria, ortopedia).

La scelta degli ospedali è stata fatta tenendo conto del raggruppamento delle strutture di ricovero toscane in quattro classi — diverse per complessità funzionale ed organizzativa — e della presenza nelle aziende di adeguati sistemi di contabilità analitica. Scartate le strutture di classe 3 e di classe 4, trattandosi essenzialmente di strutture private o di strutture pubbliche di piccolissime dimensioni in via di chiusura, sono stati selezionati alcuni ospedali di classe 2 e, tra gli ospe-

dali di classe 1, che sono quelli di maggiore dimensione e complessità, sia un'Azienda ospedaliera che un presidio ospedaliero di Usl.

La rilevazione ha quindi riguardato, tra le strutture di classe 1, le aziende ospedaliere senese e pisana e gli ospedali di Arezzo e Lucca, tra le strutture di classe 2 gli ospedali di Pietrasanta, Castelnuovo Garfagnana e Pescia. Le 2 aziende ospedaliere, come tutte le aziende ospedaliere toscane, sono aziende miste, quindi con la presenza di personale universitario, particolarmente rilevante nell'azienda senese. I 3 ospedali di classe 2 presentano caratteristiche in parte diverse. L'ospedale di Pietrasanta — che costituisce uno stabilimento del presidio ospedaliero della Versilia — e quello di Pescia, sono strutture di medie dimensioni, con presenza anche di reparti specialistici e con un certo tasso di attrazione; al contrario, Castelnuovo Garfagnana — collocato in una zona montana tradizionalmente ad elevato tasso di ospedalizzazione — vede la presenza esclusiva di discipline di base ed ha inoltre subito, nel corso degli ultimi due anni, un processo di ristrutturazione e di integrazione con l'ospedale di Barga, facente parte dello stesso presidio ospedaliero, con il

conseguente ridimensionamento di alcuni reparti e la soppressione di altri.

## 2. Metodologie di rilevazione e valorizzazione dei costi

Il modello teorico di struttura del costo su cui è stata impostata la rilevazione distingue le risorse assistenziali concorrenti alla determinazione del costo delle prestazioni di ricovero ospedaliero in fattori di costo comuni e fattori di costo specifici: i primi correlati con la struttura organizzativa di erogazione della prestazione, i secondi con la specificità clinica della prestazione stessa (tabella 1).

I fattori di costo specifici variano per tipo e quantità in funzione della patologia trattata e possono, quindi, essere correttamente imputati a ciascun DRG con la rilevazione dei consumi specifici di ciascuno.

Pertanto, per la quantificazione dei fattori di costo specifici da imputare a ciascun DRG, sono stati rilevati analiticamente tipo e quantità di risorse assistenziali impiegate, su apposite schede compilate dal personale medico e infermieristico per ogni episodio di ricovero verificatosi nel periodo di rilevazione (variabile tra le 3 e le 4 settimane). Tali risorse sono state valorizzate al costo unitario effettivo nel

**Tabella 1 - Struttura del costo**

FATTORI DI COSTO SPECIFICI	FATTORI DI COSTO COMUNI
FATTORI PRODUTTIVI	COSTI DI REPARTO
Assistenza medica e infermieristica Farmaci	Ammortamenti e manutenzioni Beni di consumo Servizi alberghieri Costi indiretti di personale
PRESTAZIONI INTERMEDIE	COSTI RIBALTATI
Esami diagnostici Interventi chirurgici Giornate di degenza in altri reparti	Costi generali e attività di supporto Costi comuni dipartimento ospedaliero Pronto soccorso

caso di fattori produttivi (es. farmaci), determinando un prezzo di trasferimento nel caso di prestazioni intermedie (es. intervento chirurgico).

I fattori di costo comuni invece, sebbene in parte condizionati dalla tipologia di casistica trattata dalla struttura erogante, in quanto costi di funzionamento del reparto e della struttura ospedaliera nel suo complesso, non sono riferibili in modo diretto e oggettivo all'uno o all'altro DRG, ma devono essere ad essi imputati definendo un criterio di ripartizione. Essendo i costi comuni correlati al volume di attività del reparto, misurabile dalle giornate di degenza in esso maturate, è stata adottata quale base di allocazio-

ne di detti costi a ciascun episodio di ricovero la durata della degenza. È stato quindi determinato un costo della giornata di degenza nel reparto osservato, dato dal rapporto tra volume di costi comuni imputabili all'attività di ricovero e giornate di degenza maturate. Laddove non fosse tenuta una contabilità separata dei costi per attività di degenza e di quelli per attività ambulatoriale, rilevato il tempo dedicato dal personale medico e infermieristico a ciascuna attività, si sono ripartiti i costi comuni in proporzione all'assorbimento di carico di lavoro.

I risultati delle rilevazioni condotte in alcuni reparti di diverse realtà ospedaliere, hanno portato a modificare in

parte le ipotesi di partenza circa la composizione interna delle determinanti di costo e la metodologia di rilevazione. Infatti:

a) i costi specifici relativi all'assistenza medica e infermieristica sono risultati fortemente dipendenti dalla lunghezza della degenza, come dimostra il coefficiente di correlazione, calcolato tanto per l'attività complessiva del reparto che per singoli DRGs (tabella 2); non è emersa, quindi, una relazione significativa tra diagnosi e quantità di tempo medico e infermieristico dedicato al paziente, tale da far considerare il fattore produttivo personale in grado di differenziare un DRG dall'altro nell'ambito di uno stesso reparto;

b) il consumo di farmaci è risultato avere un'incidenza minima sul costo complessivo dei ricoveri rilevati, variabile tra l'1% e il 5%; inoltre, per uno stesso DRG è stata osservata una estrema variabilità della voce di costo relativa ai farmaci, tale da non confermare a pieno l'ipotesi di una correlazione significativa con la diagnosi. Si è ritenuto, quindi, che una valutazione circa l'opportunità della classificazione dei farmaci tra i fattori di costo specifici vada condotta caso per caso, sulla base delle indicazioni e

**Tabella 2 - Coefficiente di correlazione tra durata della degenza e costi diretti di personale**

	CHIRURGIA				MEDICINA			
	Medici		Infermieri		Medici		Infermieri	
Castelnuovo Garfagnana.....	0,934		0,913		0,908		0,866	
Arezzo.....	0,251		0,899		0,934		0,874	
Siena.....	0,824		0,918		0,800		0,897	

DRG	15		127		158		162		198	
	Medici	Infermieri	Medici	Infermieri	Medici	Infermieri	Medici	Infermieri	Medici	Infermieri
Castelnuovo Garfagnana.....	0,258	0,479	0,798	1,000	1,000	1,000	0,781	0,968	1,000	1,000
Arezzo.....	0,981	0,983	0,919	0,980	-0,297	0,889	1,000	1,000	0,031	0,947
Siena.....	0,099	0,837	0,994	0,759	0,985	0,638	-0,111	0,968	0,949	1,000

della esperienza dei sanitari; si possono perciò considerare i suddetti fattori tra i costi comuni di reparto, imputandoli al DRG in base alla durata della degenza. Pertanto, le determinanti del costo della prestazione di ricovero risultano composte come da tabella 3;

c) il costo dei rimanenti fattori specifici (esami diagnostici e interventi chirurgici) ha fatto rilevare all'interno di uno stesso DRG un notevole scostamento rispetto al valore medio, più accentuato per gli esami diagnostici e per i DRGs medici, come dimostrano i dati relativi al costo delle prestazioni diagnostiche per alcuni DRG (medici il 15 e il 127, chirurgici il 158 e il 198) (vedi tabella 4).

Inoltre, l'andamento dei costi del medesimo DRG, osservato in ospedali diversi, è risultato diverso. Ciò ha reso necessario un approfondimento dell'analisi rispetto a questi fattori di costo, per tentare di spiegare se la variabilità osservata dipendesse:

— nel caso di variabilità interna al DRG:

a) dall'esiguità del campione, in quanto, pur avendo rilevato per ciascun reparto tutti i ricoveri di un mese superando per alcuni reparti i 100 casi, la scelta di porre sotto osservazione reparti di base, non specialistici, ha fatto sì che ci si sia trovati di fronte ad una casistica molto varia, per cui per ciascun DRG difficilmente si sono raggiunte le 10 osservazioni;

b) da una disomogeneità strutturale di alcuni DRGs, al cui interno sono raggruppate diagnosi che richiedono trattamenti diagnostici e terapeutici tra loro molto differenziati e, di conseguenza, costi diversi;

— nel caso di variabilità tra reparti:  
a) da differenti pratiche cliniche, in uso in diversi ospedali;

b) dall'utilizzo di costi effettivi aziendali per la valorizzazione delle prestazioni intermedie, costi che possono presentare anche notevoli differenze da azienda a azienda.

Si è proceduto quindi ad una verifica dei risultati della prima rilevazione, utilizzando una metodologia di rilevazione cosiddetta «a protocollo», consistente nel far stilare ai medici, con l'ausilio di alcune cartelle cliniche,

per DRGs predeterminati, un protocollo d'intervento relativo ai soli fattori di costo specifici (esami diagnostici e interventi chirurgici).

### 3. Analisi dei dati della rilevazione

#### 3.1. Medicina generale

Il reparto di medicina generale, come anche quello di chirurgia generale, sono stati osservati negli ospedali di Castelnuovo Garfagnana (classe 2), di Arezzo e dell'Azienda ospedaliera senese (entrambi di classe 1)

a) dati di reparto

Dal punto di vista della struttura i tre reparti esaminati non presentano

Tabella 3 - Composizione delle determinanti di costo

FATTORI DI COSTO SPECIFICI	FATTORI DI COSTO COMUNI
PRESTAZIONI INTERMEDIE	COSTI DI REPARTO
Esami diagnostici Interventi chirurgici Giornate di degenza in altri reparti	Ammortamenti e manutenzioni Beni di consumo Servizi alberghieri Costi di personale
	Farmaci
	COSTI RIBALTATI
	Costi generali e attività di supporto Costi comuni dipartimento ospedaliero Pronto soccorso

Tabella 4

DRG	15		127		158		198	
	Costo medio	Coeff. var.	Costo medio	Coeff. var.	Costo medio	Coeff. var.	Costo medio	Coeff. var.
Castelnuovo Garfagnana.....	206.800	0,485	163.000	0,351	232.800	0,843	199.800	0,285
Arezzo.....	403.500	0,538	274.000	0,507	152.700	0,224	369.500	0,044
Siena.....	805.000	0,837	385.900	0,069	186.600	0,189	492.400	0,488



differenze considerevoli. Simile è la dotazione di posti letto e di personale medico per posto letto, mentre differenze maggiori si riscontrano relativamente al personale infermieristico per posto letto (tabella 5).

Si nota però che a Siena, dove il rapporto infermieri per posto letto è più basso, si ha una presenza più consistente di ausiliari e OTA, — che lascia intuire una diversa distribuzione dei compiti ed un diverso utilizzo di tali figure professionali — nonché la presenza di allievi della scuola infermieri.

Maggiori scostamenti emergono invece dall'analisi dei dati di attività: l'indice di *case-mix*, il tasso di occupazione dei posti letto e, in misura ancor più rilevante, la durata media della degenza per caso trattato, che a Castelnuovo e ad Arezzo è molto vicina alla media regionale dei reparti di medicina (9,20 giorni) mentre a Siena, reparto universitario, è di 18,4 giorni, di molto superiore anche alla degenza media dei reparti di medicina delle altre aziende ospedaliere toscane, Pisa e Careggi, dove risulta rispettivamente di 8,88 giorni e di 13,6 giorni.

b) costi a giornata di degenza

Dall'analisi delle singole voci di costo imputate a giornata di degenza (tabella 6), emerge che:

— i costi comuni e generali presentano una sostanziale omogeneità nei 3 reparti, seppure crescano lievemente al decrescere delle dimensioni ospedaliere. In termini percentuali essi rappresentano circa un terzo del costo a giornata di degenza in un reparto di medicina;

— i costi del personale risultano invece alquanto differenziati. In particolare i costi del personale infermieristico mostrano una elevata disomogeneità, sia in termini assoluti che percentuali, rappresentando il 17%, il 30% ed il 39% del costo complessivo a giornata di degenza rispettivamente a Siena, Arezzo e Castelnuovo, dove incide pesantemente il costo indiretto, pari a circa il 63% del costo infermieristico complessivo. A giustificazione di ciò, vale quanto già sopra detto rispetto al costo del personale medico nel medesimo reparto, ma andrebbe posta attenzione anche agli aspetti organizzativi, in particolare alla organizzazione dei turni notturni che,

comportando lunghi tempi di attesa, finiscono con innalzare notevolmente i costi indiretti;

— il costo dei farmaci ha un incidenza molto limitata che si aggira intorno a valori variabili tra il 4% e il 5,75% del costo della giornata di degenza.

Conclusivamente, si può rilevare che l'eterogeneità del costo della giornata di degenza è determinata dal costo del personale. Mentre, infatti, a Siena e ad Arezzo il costo complessivo del personale si aggira intorno alle 150.000 lire al giorno, Castelnuovo presenta un costo di personale di 250.000 lire circa a giornata. Ciò che incide in misura maggiore sull'innalzamento dei costi a giornata di degenza di Castelnuovo, è il costo del personale infermieristico, in particolare la componente di costo indiretto.

c) costi per ricovero

Il costo medio dei ricoveri per i DRG esaminati nei tre reparti di medicina è di gran lunga più elevato a Siena, essenzialmente in conseguenza della degenza media, notevolmente più lunga in quell'ospedale, ma in par-

Tabella 5

	Degenza media	Posti letto	Medici/ posti letto	Infermieri/ posti letto	Altro pers./ posti letto	Tasso di occupazione	Case-mix
Castelnuovo Garfagnana.....	9,23	51	0,12	0,51	0,08	0,762	1,001
Arezzo .....	9,25	55	0,15	0,44	0,07	0,815	0,967
A.O. Senese .....	18,18	58	0,16	0,38	0,24	0,956	1,087

Tabella 6

	COSTI DIRETTI				COSTI INDIRETTI			TOTALE
	Personale medico	Personale inferm.	Farmaci	Totale diretti	Costi di reparto	Costi generali	Totale indiretti	
Castelnuovo Garfagnana.....	95.794	155.320	16.541	267.655	75.816	51.720	127.537	395.191
Arezzo.....	62.866	85.058	11.079	159.003	43.961	73.137	117.099	276.102
Siena .....	114.962	52.324	17.128	184.415	71.740	41.622	113.361	297.776

te anche per il più elevato utilizzo di prestazioni diagnostiche (tabella 7).

In generale, il costo degli esami diagnostici costituisce circa il 10-13% del costo del ricovero nei reparti in esame; esso ha quindi un'incidenza piuttosto bassa sul costo complessivo, ma, come già detto, è un elemento di notevole differenziazione tra i costi diretti dei ricoveri nei 3 reparti, così pure come tra i costi specifici di ciascun DRG, come risulta dall'esempio riportato in tabella 8.

#### 4. Chirurgia generale

##### a) dati di reparto

Anche nel caso dei reparti di chirur-

gia generale, le differenze maggiori sono date dai dati di attività, mentre una certa omogeneità si riscontra nei dati di struttura (tabella 9).

Simile, infatti il numero dei posti letto e simile anche la dotazione di personale medico per posto letto, mentre, analogamente a quanto riscontrato per i reparti di medicina, scostamenti si rilevano nella dotazione di personale infermieristico per posto letto.

Le differenze maggiori tra i tre reparti sono ancora un volta da ricercarsi nei dati di attività, in particolare nel tasso di occupazione, notevolmente più basso a Castelnuovo, e nel tasso di operatività, molto elevato ad Arezzo,

anche rispetto alla media regionale di reparti chirurgici di classe I.

Minori le differenze in termini di durata media della degenza per ricovero, che, a conferma della peculiarità dei reparti universitari di Siena, già precedentemente rilevata per la medicina generale, nella chirurgia senese risulta più elevata e lontana anche dalla media regionale per le chirurgie (6,96). Va rilevato che a Siena è più elevata anche l'età media dei ricoverati, che comunque rimane in una fascia tale da non giustificare le differenze in termini di durata della degenza.

##### b) costi a giornata di degenza

Dall'analisi delle singole voci di

Tabella 7

	PERSONALE MEDICO		PERSONALE INFERMIERISTICO		FARMACI	ANALISI	COSTI COMUNI E GENERALI	TOTALE
	Diretto	Indiretto	Diretto	Indiretto				
Arezzo.....	211.000	344.000	357.000	334.000	103.000	433.000	1.040.000	2.822.000
Siena .....	715.000	1.134.000	687.000	150.000	315.000	769.000	2.031.000	5.801.000
Castelnuovo Garfagnana.....	190.000	591.000	439.000	739.000	150.000	401.000	1.111.000	3.621.000

Tabella 8 - DRG 183 (esofagite, gastroenterite e miscelanea malattie apparato digerente)

	Età	Giorni degenza	Personale medico	Personale inferm.	Farmaci	Analisi	Costi comuni e generali	Totale
Arezzo.....	83	11	617.711	927.240	33.929	440.353	1.191.265	3.210.509
Siena .....	67	4	483.740	132.601	1.757	345.316	441.114	1.653.991
Castelnuovo Garfagnana.....	58	8	732.568	963.570	103.704	556.902	1.039.127	3.395.870
<b>Media .....</b>	<b>69</b>	<b>8</b>	<b>611.340</b>	<b>674.470</b>	<b>46.463</b>	<b>447.524</b>	<b>890.502</b>	<b>2.753.457</b>

Tabella 9

	Degenza media	Posti letto	Medici/posti letto	Infermieri/posti letto	Altro pers./posti letto	Tasso di occupazione	Tasso di operatività	Case-mix
Castelnuovo Garfagnana.....	7,36	40	0,15	0,58	0,15	0,585	0,52	0,896
Arezzo.....	7,65	48	0,17	0,35	0,02	0,698	0,92	1,005
A.O. Senese .....	9,02	44	0,14	0,55	0,25	0,861	0,60	0,973

costo imputate a giornata di degenza (tabella 10), emerge che:

— i reparti di chirurgia mostrano, in modo molto più accentuato dei reparti di medicina, un andamento dei costi comuni e generali inversamente proporzionale alla dimensione dell'ospedale;

— anche i costi del personale medico, come quelli comuni e generali, risultano notevolmente superiori a Castelnuovo dove, però, risulta percentualmente più bassa la componente indiretta di tali costi (42%, contro circa 50% ad Arezzo e Siena). A tal proposito, va specificato che nel calcolo dei tempi diretti del personale medico non sono stati conteggiati i tempi trascorsi in sala chirurgica, poiché imputati direttamente sotto la voce di costo specifico «interventi chirurgici». Ciò fa sì che il costo complessivo, ma anche la percentuale di costo diretto, risulti più elevato nel reparto di Castelnuovo, che presenta un più basso tasso di operatività;

— i costi del personale infermieristico, mostrano nei 3 reparti di chirurgia generale le stesse peculiarità sopra evidenziate per i reparti di medicina dei medesimi ospedali; ciò a significare una maggiore dipendenza di detti costi dalle caratteristiche organizzative e strutturali dell'ospedale, piuttosto che dalla specificità del reparto.

Complessivamente, il costo della giornata di degenza è decisamente superiore a Castelnuovo. Nel caso di chirurgia, Castelnuovo mostra le stes-

se tendenze già evidenziate per medicina, ma in misura più macroscopica: ciò che incide sono ancora una volta i costi del personale, in particolare il costo indiretto del personale infermieristico.

c) costi per ricovero medio di reparto

I costi medi per ricovero variano nei tre reparti di chirurgia da un massimo di circa 4 milioni a Siena e Castelnuovo, ad un minimo 2.976.000 ad Arezzo.

Il fattore più rilevante è indubbiamente quello relativo all'intervento chirurgico (1.250.000 lire a Siena, 920.000 lire a Castelnuovo, 800.000 lire ad Arezzo). Tale costo è comunque il risultato congiunto di vari elementi: innanzitutto il costo orario della sala chirurgica (che comprende i costi di struttura e i costi del personale), ma anche il costo dei materiali chirurgici e la durata dell'intervento. I primi due fattori risultano più pesanti a Castelnuovo. Il costo orario della sala chirurgica, di 1.203.172 lire, è pari a 2 volte quello di Arezzo e a 2.5 volte quello di Siena, in virtù del fatto che la presenza nell'ospedale di 2 soli reparti chirurgici rende minimo il tasso di utilizzo della sala e non permette di ammortizzare i costi di struttura; il maggiore costo dei materiali chirurgici è imputabile, invece, alle diverse tecniche operatorie in uso. Tuttavia, il costo medio dell'intervento chirurgico per i DRGs

esaminati è superiore a Siena, dove la durata media degli interventi è di gran lunga maggiore, sia per le diverse consuetudini professionali, sia per ragioni di studio, ricerca o sperimentazione che possono condizionare l'attività clinica nei reparti universitari, ma forse anche per il maggior grado di severità dei casi trattati.

### 3.3. Ostetricia

Pur essendo i due reparti esaminati appartenenti a tipologie di ospedali molto diverse (Pietrasanta è un ospedale di classe 2, il reparto di Pisa appartiene ad un'azienda ospedaliera), mostrano molti elementi di omogeneità, probabilmente perché la specificità del reparto incide sul costo più della tipologia della struttura in cui è inserito.

Minima la differenza del costo della giornata di degenza, interamente dovuta ai costi comuni e generali. Costituisce invece un elemento di differenziazione la durata media della degenza, che — a conferma di quanto rilevato per i reparti dell'Azienda ospedaliera senese — è più elevata nell'Azienda ospedaliera pisana (5,84 giorni contro i 4 di Pietrasanta) con conseguenze anche sul costo medio del ricovero, che nei reparti di ostetricia dipende quasi totalmente dalla durata della degenza (i costi specifici, sostanzialmente le analisi diagnostiche, non

Tabella 10

	COSTI DIRETTI				COSTI INDIRETTI			TOTALE
	Personale medico	Personale inferm.	Farmaci	Totale diretti	Costi di reparto	Costi generali	Totale indiretti	
Castelnuovo Garfagnana.....	104.391	179.880	8.200	292.471	149.706	63.198	212.904	505.375
Arezzo.....	60.607	82.371	12.817	155.795	81.933	66.676	148.609	304.404
Siena.....	64.350	66.126	15.911	146.386	60.985	43.930	104.915	251.301

raggiungono le 100.000 lire) (tabella 11).

È facile notare che il costo della giornata di degenza risulta mediamente superiore del 50% a quello rilevato nei reparti di chirurgia e di medicina generale. Ciò che determina questa differenza è essenzialmente il costo del personale, che incide per circa il 60%. Ciò è dovuto alla presenza di un'ulteriore figura professionale, l'ostetrica, ma probabilmente anche al fatto che la scarsa programmabilità dei ricoveri costringe il personale a più elevati tempi di inattività e di attesa. Infatti, il costo indiretto rispetto a quello diretto è triplo per il personale infermieristico e doppio per il personale ostetrico.

### 3.4. Pediatria

I reparti di pediatria di Pietrasanta e di Pescia, pur appartenendo ad ospedali della stessa classe, mostrano dati di attività e di struttura molto diversi. Il reparto di Pietrasanta ha un numero di posti letto e di culle doppio rispetto a quello di Pescia e un più elevato tasso di occupazione, mentre ha una minore dotazione di personale per posto letto. Ciò incide sul costo della giornata di degenza, che infatti risulta a Pescia molto più elevato che a Pietrasan-

ta (586.000 lire contro 387.000), per effetto tanto del costo indiretto del personale, quanto dei costi comuni e generali (va precisato che i costi generali sono imputati al reparto in proporzione alle unità di personale presenti).

Pescia inoltre, che ha una degenza media molto più bassa di quella di Pietrasanta (2,5 rispetto a 4,5) ed anche della degenza media regionale per i reparti di pediatria (4,5 giorni), ha un costo medio per ricovero per le analisi diagnostiche di circa 200.000 lire, mentre Pietrasanta lo ha di circa 80.000 lire: ciò probabilmente è dovuto al fatto che in questo reparto, a differenza di quanto generalmente accade nei reparti di pediatria, vi sono esami di *routine* che vengono effettuati su tutti i ricoverati, indipendentemente dalla loro diagnosi. Conseguenza del più elevato costo della giornata di degenza e dei fattori specifici è il più elevato costo medio del ricovero (1.837.161 lire a Pescia, 1.522.588 lire a Pietrasanta) nonostante la degenza più bassa.

### 3.5. Ortopedia

Il reparto di ortopedia è stato rilevato in un ospedale di classe 1 (Lucca) e in un ospedale di classe 2 (Pescia). I due reparti, simili per dimensioni e per

numero di medici ed infermieri per posto letto e, seppur in misura minore per il tasso di occupazione, si differenziano invece notevolmente per l'ICM, per il tasso di operatività e per la degenza media, a significare la diversità della casistica trattata (tabella 12), evidentemente molto più complessa nel reparto di classe 1, dove, infatti, si rileva anche una più elevata incidenza dei costi specifici: intervento chirurgico (circa 2.500.000 a Lucca, circa 850.000 lire a Pescia) e esami diagnostici (intorno alle 500.000 lire a Lucca e alle 130.000 a Pescia).

Forse in parte anche in conseguenza di ciò, il costo a giornata di degenza risulta superiore nell'ortopedia di Lucca, dove è di 409.000 lire, mentre a Pescia è di circa 232.000 lire.

## 4. Alcune considerazioni di carattere generale

Il risultato forse più significativo della rilevazione, tanto da un punto di vista sostanziale che metodologico, può considerarsi la verifica dell'ipotesi di strutturazione del costo del DRG in due componenti — il costo a giornata di degenza e il costo specifico — e soprattutto la attribuzione dei fattori di costo all'una o all'altra componente.

Tabella 11

	COSTI DIRETTI					COSTI INDIRETTI			TOTALE
	Personale medico	Personale inferm.	Personale ostetrico	Farmaci	Totale diretti	Costi di reparto	Costi generali	Totale indiretti	
Pietrasanta.....	73.791	126.847	106.219	3.017	309.874	64.209	79.948	144.157	454.031
A.O. Pisana .....	34.493	172.347	100.380		307.220	134.546	75.209	209.755	516.975

Tabella 12

	Degenza media	Posti letto	Medici/posti letto	Infermieri/posti letto	Altro pers./posti letto	Tasso di occupazione	Indice di operatività	Tasso di operatività	Case-mix
Pescia.....	5,44	54	0,17	0,72		81,84	54,91	40,90	0,809
Lucca.....	6,71	61	0,16	0,70	0,10	77,42	42,10	79,92	1,337

Da un punto di vista sostanziale, il rilievo che è risultato avere nei reparti di base il costo a giornata di degenza e l'ampio spettro di fattori di costo che entrano a comporlo, ha fatto emergere come preminenti nella determinazione del costo delle prestazioni di ricovero le variabili organizzative e strutturali rispetto a quelle cliniche. In particolare, appaiono fortemente incidenti i tassi di attività e la dimensione del presidio ospedaliero: i primi, perché con molta probabilità le dotazioni di personale sono determinate in funzione della dimensione del reparto (numero di posti letto) piuttosto che dei volumi e della tipologia di attività, con l'effetto di aumentare i costi indiretti del personale molto oltre il necessario; la seconda, in quanto minore la dimensione del presidio, minore la pos-

sibilità di realizzare economie di scala. La dipendenza del costo dalle caratteristiche organizzative e strutturali risulta ancor più accentuata per l'assistenza infermieristica, rispetto alla quale si rileva un andamento omogeneo del costo a giornata di degenza nell'ambito di uno stesso ospedale pur per differenti tipologie di reparto e, per contro, una disomogeneità dello stesso fattore per reparti simili di diversi ospedali. Sempre in quest'ottica, va segnalata la specificità dei reparti universitari. Si è rilevato infatti con una certa sistematicità come nei reparti universitari la degenza media più lunga e costi specifici più elevati fanno sì che il costo medio del ricovero risulti mediamente maggiore. Ciò perché in tali reparti le attività di assistenza ospedaliera si intrecciano con quel-

le di studio, ricerca e didattica, sino a divenire difficilmente scindibili, con ripercussione su tempi e modalità del percorso diagnostico e terapeutico.

Da un punto di vista metodologico, tale scomposizione del costo del drg rende per certi versi più agevole la rilevazione e il costante monitoraggio dell'andamento dei costi per prestazione di ricovero. Ciò a condizione di disporre di adeguati flussi informativi, che vuol dire non solo dotarsi di un efficiente sistema di contabilità analitica e di un completo sistema di rilevazione delle attività, ma anche creare una forte integrazione tra i due sistemi. Un approccio integrato e multidisciplinare, infatti, è risultato nel corso della ricerca un indispensabile presupposto metodologico per ottimizzare i risultati della rilevazione.

# IL SISTEMA INFORMATIVO A SUPPORTO DEL SISTEMA DECISIONALE: IL BUDGET NELL'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA A. MEYER DI FIRENZE

Cecilia Chiarugi<sup>1</sup>, Elisabetta Fabbrini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sistema Informativo Azienda Ospedaliera A. Meyer - Firenze

<sup>2</sup> Controllo di Gestione Azienda Ospedaliera A. Meyer - Firenze

SOMMARIO: 1. L'Azienda ospedaliera Meyer - 2. Il sistema di *budget* - 3. Il Sistema informativo aziendale - 4. *Reporting* strategico - 5. Conclusioni.

## 1. L'Azienda ospedaliera Meyer

### 1.1. Premessa

L'Azienda ospedaliera Meyer, di seguito chiamata A.O. Meyer, è costituita da un ospedale pediatrico collocato nel centro della città di Firenze. Esso si costituì nel 1884, grazie al contributo del Comm. Giovanni Meyer, gentiluomo russo residente a Firenze, il quale decise di costruire per suo conto l'ospedale stesso, dedicandolo alla defunta consorte, Anna Fitzgerald Meyer.

Dato il carattere di elevata specializzazione, riconosciuto con D.P.C.M. del 23 aprile 1993, con la riforma del Sistema sanitario nazionale, attuata con il D.L.vo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, il presidio ospedaliero «A. Meyer» diviene azienda autonoma, a partire dall'1 gennaio 1995.

Le principali attività si sviluppano sui seguenti filoni:

- 1) ricovero e *Day Hospital*;
- 2) prestazioni ambulatoriali e di diagnostica;
- 3) ricerca e didattica;
- 4) consulenza sanitaria e didattica nei confronti di altre aziende sanitarie pubbliche e private;

5) centro di riferimento regionale per alcune patologie (fibrosi cistica, diabete, SIDS).

Con particolare riferimento all'attività di ricerca e didattica, occorre tenere presente che presso l'Azienda opera personale dipendente dell'Università di Firenze, in particolare del Dipartimento di pediatria, grazie ad un'apposita convenzione tra Azienda ed Università. In figura 1 sono riportate informazioni quantitative di carattere generale circa l'attività svolta nell'anno 1997, in figura 2 è riportato il bilancio di esercizio 1997 aggregato per macrolivello.

### 1.2. Piano strategico aziendale

La singola azienda sanitaria, si caratterizza per il suo specifico scopo, che ne giustifica l'esistenza e ne distingue il percorso strategico. Tale scopo, chiamato «*mission* aziendale», concentra le finalità, attribuendo una specifica identità all'azienda. Nel chiarire la *mission* dell'A.O. Meyer occorre, anzitutto, definire il quadro strategico disegnato dalla Regione Toscana nel PSR 1996-1998.

Il PSR attribuisce alle aziende ospedaliere il ruolo di «punti di alta specializzazione, organicamente inseriti ed operanti in forma autonoma all'inter-

no del SSR». In tale scenario, all'A.O. Meyer, quale presidio monospécialistico pediatrico, è assegnato il compito di attivare e potenziare l'alta specialità pediatrica, con particolare riferimento a oncematologia, grandi ustioni e neurochirurgia. Il PSR prevede, inoltre, un programma triennale di riorganizzazione dell'attività ospedaliera, con lo scopo di migliorare l'efficienza del sistema nel suo complesso. A tal fine stabilisce i fabbisogni tendenziali di ricovero a fine triennio, i quali rappresentano i «tetti» di attività di ricovero riferiti alle attività di base. Per l'A.O. Meyer prevede un abbattimento del tetto dei ricoveri, in ambito regionale, a 11.943 nel 1996, 9.325 nel 1997 e 5.489 nel 1998.


### Criticità economiche e organizzative interne

Prima di elaborare il piano strategico, la Direzione aziendale, si è dovuta

---

L'articolo scaturisce da una collaborazione tra i due autori, tuttavia i paragrafi 1 e 2 sono da attribuire a E. Fabbrini e i paragrafi 3 e 4 a C. Chiarugi. L'articolo segue una relazione sul tema presentata in data 25 settembre 1998 dagli autori nell'ambito del «Club degli Staff» presso il CER GAS - Università Bocconi.

Figura 1 - Dati generali. Anno 1997

<b>Risorse</b>			
<b>Personale :</b>			
medici e altro laureato sanitario			570
Infermieri e altro tecnico sanitario			135
Amministrativi e altro tecnico			360
			75
<b>Attività</b>			
<b>Attività di ricovero ordinario e DH</b>	posti letto		138
	ricoveri		8.794
	giornate di degenza		36.140
<b>Attività ambulatoriale e diagnostica</b>			684.692
<b>Attività didattica e scientifica</b>			

confrontare con le criticità, sia economiche che organizzative, sopraggiunte nel perseguire gli obiettivi strategici sopra evidenziati.

Prima criticità, di carattere economico, legata essenzialmente alle modalità di finanziamento di un'azienda ospedaliera, è stata il rispetto dei «tetti» di ricovero, comportante una consistente riduzione dei ricavi assoluti.

Altra criticità, di ordine sia organizzativo che economico, è stata la necessità di effettuare investimenti, in termini di personale qualificato, attrezzature sanitarie di alta tecnologia (quali TC e RMN), ristrutturazioni di infrastrutture non adeguate e vecchie.

Infine, altro elemento di attenzione, non strettamente correlato agli obiettivi strategici, bensì al contesto esterno, è stato l'incremento degli oneri contrattuali, con gravi ripercussioni economiche, soprattutto in un bilancio in cui il costo del personale dipendente rappresenta circa il 70%.

Figura 2 - Bilancio di esercizio. Anno 1997

<b>Stato patrimoniale attivo</b>		<b>Stato patrimoniale passivo</b>		<b>430.729.500</b>
<b>A) Immobilizzazioni</b>		<b>A) Patrimonio netto</b>		
I. Immateriali	23.622.129	I. Contributi c/capitale Regione indistinti		1.828.015.553
II. Materiali	77.746.305.670	II. Contributi c/capitale Regione vicinali		79.765.867.245
III. Finanziarie		III. Fondo di dotazione		
<b>Totale</b>	<b>77.769.927.799</b>	IV. Contributi per ripiano perdite anno		
<b>B) Attivo circolante</b>		V. Utile o perdita portati a nuovo		598.478.778
I. Scorte	1.043.440.152	VI. Utile o perdita dell'esercizio		
II. Crediti	16.885.262.618	<b>Totale</b>		<b>80.993.404.020</b>
III. Attività finanziarie		<b>B) Fondi per rischi e oneri</b>		<b>7.268.162.754</b>
IV. Disponibilità liquide	13.143.236.853	<b>C) Premio operosità medici SUMAI</b>		
<b>Totale</b>	<b>31.071.939.623</b>	<b>D) Debiti</b>		<b>20.467.330.073</b>
<b>C) Ratei e risconti</b>		<b>E) Ratei e risconti</b>		<b>122.977.575</b>
<b>Totale attivo</b>	<b>108.841.867.422</b>	<b>Totale passivo</b>		<b>108.841.867.422</b>
<b>Conti d'ordine</b>	<b>430.729.500</b>	<b>Conti d'ordine</b>		<b>430.729.500</b>
<b>Conto economico</b>				
A) Valore della produzione				55.882.605.814
B) Costi della produzione				57.695.656.439
<b>Differenza (A-B)</b>				<b>- 1.813.050.625</b>
C) Proventi e oneri finanziari				9.031.699
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie				
E) Proventi e oneri straordinari				1.265.217.546
<b>Risultato prima delle imposte (A-B±C±D±E)</b>				<b>556.864.778</b>
Imposte sul reddito dell'esercizio				41.614.000
<b>Utile (Perdita) dell'esercizio</b>				<b>598.478.778</b>

Piano strategico aziendale 1996-1998

Disegnato lo scenario con gli obiettivi di contesto regionale e le criticità economiche ed organizzative, si è predisposto il Piano attuativo ospedaliero (PAO), piano strategico triennale i cui obiettivi principali sono volti a:

— migliorare l'efficacia esterna del prodotto, definendo «prodotti sanitari» più soddisfacenti per l'utenza attraverso:

a) la creazione di servizi alternativi al ricovero, quale l'attività ambulatoriale integrata da altre prestazioni specialistiche;

b) l'attivazione del Dipartimento di emergenza urgenza (DEU) con l'obiettivo di fornire risposte puntuali evitando nel contempo ricoveri impropri;

c) la proposta di attivazione di un Dipartimento materno-infantile inte-

raziendale provinciale con gli obiettivi di:

- omogeneizzare l'offerta dei punti nascita e della pediatria ospedaliera;

- favorire un'offerta pediatrica globale e integrata con il territorio;

- ottimizzare e razionalizzare le risorse attualmente dedicate all'utenza pediatrica nella provincia di Firenze;

- migliorare l'efficienza interna, definendo programmi volti a razionalizzare le risorse impiegate e migliorare i ricavi medi legati ai ricoveri.

Soprattutto in riferimento a questo secondo obiettivo, si è sviluppato il sistema di *budget*, caratterizzato principalmente da *budget* operativi di Centro di responsabilità (CDR) a risultato economico.

## 2. Il sistema di *budget*

### 2.1. Il budget quale meccanismo operativo per realizzare la strategia aziendale

Il sistema di *budget* rappresenta lo strumento direttamente connesso alla funzione manageriale di Pianificazione, programmazione e controllo (PP&C), che ciascuna azienda deve porre in essere. In particolare, la formulazione del *budget* rappresenta una fase della funzione controllo direzionale, che deve occuparsi dell'implementazione delle strategie e della verifica del raggiungimento degli obiettivi. Il processo di *budgeting* permette di definire obiettivi di carattere operativo per CDR, che rappresentano tappe intermedie di breve periodo, rispetto ai programmi di azione formulati in sede di piano strategico.

Tenuto conto del ruolo che il *budget* riveste nella gestione di azienda, la Direzione dell'A.O. Meyer ha in esso individuato lo strumento fundamenta-

le per realizzare le strategie disegnate nel PAO.

Tramite lo strumento di *budget* per CDR, si è cercato di affrontare le criticità di ordine economico, con interventi di monitoraggio e razionalizzazione dei costi da un lato e di incremento dei ricavi da attività di ricovero ed ambulatoriale dall'altro, nel rispetto dei «tetti» regionali.

### Evoluzione storica

Il *budget*, quale strumento di pesante impatto organizzativo, soprattutto in realtà di ordine burocratico, incontra resistenze che devono essere gestite. L'anno 1997 è stato l'anno di introduzione del *budget* per CDR.

Il processo decisionale scelto è stato di tipo *top-down*, data la scarsa conoscenza e mancanza di fiducia nello strumento da parte dei CDR. Nei primi mesi del 1997, vi sono stati interventi educativi al sistema, mediante incontri con i singoli CDR, ai quali sono stati illustrati strumenti e metodi.

La struttura organizzativa di riferimento del sistema è rappresentata dalla struttura formale di base, per cui vi è coincidenza tra CDR e unità operative.

Gli attori del processo sono identificati nei direttori amministrativo e sanitario con il supporto tecnico del Controllo di gestione, dato il carattere di imposizione del processo decisionale intrapreso.

La modulistica era rappresentata da un contratto di *budget*, in forma descrittiva, suddiviso in sezioni per tipologia di risorse di fattore produttivo e di prodotto e due allegati (allegato A - Scheda *budget* economico per CDR, allegato B - Elenchi personale dipendente ed universitario).

Gli obiettivi per i CDR sanitari sono identificati in:

- 1) attività e ricavi:

- quantità e valorizzazione di ricoveri e prestazioni ambulatoriali interne ed esterne,

- quantità e valorizzazione di risorse cedute ad altri CDR;

- 2) risorse:

- costi controllabili (diretti + prestazioni intermedie),

- costi non controllabili (ammortamenti + canoni *leasing* + quote di costi generali).

L'indicatore di risultato economico per CDR è quindi dato dalla differenza tra valore delle prestazioni e costi totali. Tale indicatore non viene valutato in termini assoluti, bensì in relazione allo stesso dell'anno precedente.

Le criticità di tale struttura di *budget* sono subito emerse, e in particolare:

- 1) totale sfiducia nel sistema, essendo venuto a mancare il coinvolgimento e la condivisione degli obiettivi;

- 2) assenza di motivazione al contenimento di costi su cui il responsabile non ha potere di controllo ed azione;

- 3) scarsa qualità dei dati della contabilità direzionale.

Consapevoli che l'anno 1997 doveva rappresentare la prima fase di un processo in forte evoluzione, sulla scorta di tale esperienza, nell'edizione del *budget* 1998 si sono apportati interventi correttivi.

Il processo decisionale prescelto è divenuto di tipo *bottom-up* ricorretto. Si è infatti elaborato e consegnato le proposte di *budget*, predisposte dal Controllo di Gestione, tenendo conto delle linee guida e delle strategie aziendali del PAO. I singoli responsabili di CDR, dopo un'attenta analisi e richiesta di informazioni, hanno rielaborato una loro proposta che sono andati a negoziare con il Comitato *budget*.

La struttura organizzativa di riferimento non è più rappresentata esclusivamente da unità operative formali ma



anche da entità organizzative di livello inferiore ma con potere di intervento sulle risorse e sul risultato.

Gli attori del processo cambiano: si costituisce un Comitato *budget*, con compiti di gestione del processo di costruzione e controllo del *budget* d'azienda, in grado di garantire il necessario raccordo tra struttura di base, costituita dai CDR, e la Direzione, la quale può così dedicarsi alla funzione strategica.

La modulistica viene semplificata per la parte del contratto e viene inte-

grata con un allegato, riportato in figura 3, in cui vengono individuati e quantificati, per ciascun obiettivo, l'indicatore di verifica, riportandone il valore storico ed il valore atteso.

Gli obiettivi di risorse vengono ridimensionati e ricondotti solo ai costi controllabili:

— diretti: personale, beni di consumo e manutenzioni;

— indiretti: prestazioni intermedie e risorse acquisite da altri CDR.

In tal caso l'indicatore di risultato economico di centro è dato dalla diffe-

renza tra valore delle prestazioni e costi totali controllabili denominato Margine di contribuzione.

## 2.2. Articolazione delle responsabilità

All'interno dell'A.O. Meyer, nel definire la mappa delle responsabilità per l'attivazione del sistema budgetario, e quindi il Piano dei CDR, si è tenuto conto dei seguenti criteri fondamentali:

1) riferimento alla struttura organizzativa;

Figura 3 - Allegato C. Scheda obiettivi di *budget* per CDR. Anno 1998

CDR: CHIRURGIA PEDIATRICA				
<b>A. OBIETTIVI DI STRUTTURA</b>				
	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore di verifica</i>		
A.1	Corretta attribuzione dei costi ai vari centri di costo.	n° polizze di richiesta errate		
<b>B. OBIETTIVI DI PERSONALE</b>				
	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore di verifica</i>		
B.1	Ottimizzare l'impiego quantitativo e qualitativo della risorsa umana.	n° ore straordinario personale medico formalizzazione del ruolo e dei compiti		
<b>C. OBIETTIVI DI BENI DI CONSUMO E SERVIZI ESTERNI</b>				
	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore di verifica</i>	<i>Dato rilevato anno 1997</i>	<i>Dato atteso anno 1998</i>
C.1	Monitorare trimestralmente l'andamento dei consumi rispetto al limite di autonomia budgettaria	rapporto costi a consuntivo/budget	531.551.000	-6%
<b>E. OBIETTIVI DI RISPETTO DEL BUDGET INVESTIMENTI</b>				
	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore di verifica</i>	<i>Dato atteso anno 1998</i>	<i>Dato rilevato anno 1998</i>
E.1	Rispetto limiti di budget	rapporto consuntivo/budget	154.600.000	
<b>F. ATTIVITA' DI RICOVERO</b>				
	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore di verifica</i>	<i>Dato rilevato anno 1997</i>	<i>Dato atteso anno 1998</i>
F.2	Incremento del DRG medio dei ricoveri ordinari	DRG medio riattribuito	2.891.581	3.012.000
F.3	Miglioramento della qualità di codifica della SDO	n° SDO con ICD complicanti/concomitanti n° dimessi ordinari non archiviati al 10 del mese successivo al trimestre di riferimento		
F.4	Mantenimento indici di efficienza	DM TO	2,74 68,85	2,74 68,85
F.5	Incremento indice di attrazione extra-regionale	n° ricoveri altre regioni	88	108
F.6	Razionalizzazione dell'attività di DH	n° DH non dimessi o non archiviati a fine anno formalizzazione dei protocolli di accesso ai DH		
F.7	Aumento attività DH per patologia specialistica	n° casi per DRG specifici		
<b>G. ALTRI RICAVI</b>				
	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore di verifica</i>	<i>Dato rilevato anno 1997</i>	<i>Dato atteso anno 1998</i>
G.1	Incremento del 10% per l'attività ambulatoriale per gli esterni	n° prestazioni per esterni	195.744.422	206.950.055
G.2	Garantire l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in base alle agende concordate e formalizzate	n° ambulatori disdetti		

- 2) esistenza di un responsabile;
- 3) interdipendenza delle attività;
- 4) congruenza con il piano dei centri di costo.

Ciò premesso, i CDR sono stati classificati in:

— CDR di reddito, per i quali la contrapposizione tra costi e ricavi dà luogo a risultati economici parziali. Tale tipologia si riferisce a tutte le entità organizzative sanitarie presso le quali si attuano combinazioni produttive che danno luogo ad un «prodotto» rivolto all'esterno;

— CDR di spesa, presso i quali non sono localizzati costi attinenti la produzione bensì costi relativi ad attività di supporto. Tale tipologia si riferisce alle entità organizzative amministrative e di *staff* e a CDR che accolgono costi generali attribuibili direttamente alla Direzione.

Come già evidenziato, il ruolo attribuito ai CDR sanitari è complesso poiché attiva processi di controllo e di intervento sia sugli *output* (prestazioni) che sugli *input* (risorse).

Definire il contenuto delle responsabilità significa individuare le variabili dei fenomeni organizzativi e gestionali che rientrano nello spazio di controllabilità del CDR.

Lo spazio di azione consiste nella possibilità di incidere da un lato sul volume, sulla tipologia e sulla qualità dell'attività, dall'altro sulle principali componenti del costo fisso e del costo variabile unitario (costi controllabili).

Al fine di chiarire l'ampiezza dello spazio decisionale, si evidenziano le variabili controllabili distinguendo attività/ricavi da risorse/costi.

Le variabili controllabili riferibili ad attività/ricavi possono essere così sintetizzate:

— meccanismo di selezione della domanda. È il responsabile di CDR a valutare se è necessario e/od opportuno il ricovero ovvero è sufficiente trattare il paziente in ambulatorio;

— capacità produttiva. È il responsabile di CDR, date le risorse, ad organizzarsi al fine di governare la capacità produttiva al suo interno. Tuttavia, per quanto concerne la quantità dei ricoveri, la Direzione sanitaria, tenuto conto dei tetti regionali, ha assegnato un tetto di attività, escludendo quella extra-regionale;

— qualità delle prestazioni. Variabile questa controllabile interamente dal responsabile.

Le variabili relative a risorse/costi possono a loro volta essere così riassunte:

— variabili controllabili in ambito di costi fissi: attrezzature (caratteristiche e costo; dotazione; capacità produttiva; priorità nell'acquisizione, modalità di utilizzo), personale (dotazione; gestione esuberanti);

— variabili controllabili in ambito di costo unitario variabile: beni di consumo (tipologia, scorte, impiego e quantità), manutenzioni (tipologia di contratto).

### 3. Il Sistema informativo aziendale

#### 3.1. Generalità e linee guida

Il Sistema informativo di una azienda ospedaliera può essere definito come l'insieme di strumenti (automatici o manuali), risorse umane, flussi informativi, norme organizzative, finalizzato alla gestione delle informazioni relative alle attività clinico-sanitarie, amministrative e, nel caso specifico del Meyer, anche scientifico-didattiche.

Le complessità insite in ogni sistema informativo aziendale sono accentuate, nel caso dell'ospedale, in quanto quest'ultimo presenta al suo interno articolazioni organizzative caratterizzate da elevata autonomia e specializzazione. In questo senso si concorda con quanti considerano il sistema informativo ospedaliero come la som-

matoria di più sottosistemi, identificabili, in prima istanza, nei sottosistemi «sanitario», «amministrativo» e «direzionale». Questa distinzione, se da un lato facilita la progettazione dei singoli sottosistemi, dall'altro evidenzia la necessità di un quadro complessivo di riferimento a cui rifarsi per assicurare la loro indispensabile integrazione.

Il nuovo assetto del Sistema sanitario nazionale, che ha portato nel 1995 all'istituzione dell'Azienda ospedaliera, ha subito messo in evidenza l'inadeguatezza dell'allora sistema informativo e la conseguente necessità di ridisegnarlo in base alle caratteristiche e agli obiettivi della neo nata Azienda.

Le linee guida che sono state assunte nella progettazione, possono essere così riassunte:

— centralità dell'utente come condizione indispensabile per una effettiva integrazione e correttezza delle informazioni;

— autonomia operativa dei singoli servizi/strutture, evitando che si creino «isole» informatiche prive di collegamenti;

— integrazione applicativa tra i vari sottosistemi presenti;

— modularità della soluzione applicativa per garantire da un lato apertura e flessibilità, dall'altro la necessaria gradualità di realizzazione;

— coinvolgimento degli operatori ai vari livelli di responsabilità;

— sottosistema direzionale totalmente alimentato dai dati provenienti dal Sistema informativo gestionale (sanitario ed amministrativo) ma nello stesso tempo specificatamente finalizzato alla funzione di controllo direzionale.

#### 3.2. L'infrastruttura comunicativa

Dati gli obiettivi aziendali di autonomia, coinvolgimento e responsabilizzazione dei diversi settori aziendali

da un lato, e integrazione di tutte le componenti del sistema dall'altro, uno dei primi interventi che si è dimostrato indispensabile è stato quello di realizzare una rete di trasmissione dati, totalmente assente prima del 1995. Lo sviluppo della rete ha dovuto tenere conto delle seguenti caratteristiche strutturali:

— la componente ospedaliera costituita da numerosi padiglioni presenti nella stessa area privata (*campus*);

— l'utilizzo di edifici collocati al di fuori dell'area ospedaliera: il Poliambulatorio pediatrico e la Sede direzionale e amministrativa;

— la presenza di numerosi interventi di ristrutturazione edilizia di notevoli dimensioni, alcuni dei quali ancora oggi in corso.

Per le caratteristiche sopra esposte e a causa di vincoli economici, il progetto inerente la realizzazione della rete è stato diviso in più fasi. Ad oggi, all'interno dell'area ospedaliera, è stata sviluppata un'architettura FDDI a livello di *backbone* per il trasporto dei dati ad alta velocità tra i vari padiglioni (cavo ad 8 fibre ottiche multimodali 62,5/125 *micron*), mentre a livello di distribuzione è stato realizzato un accesso di tipo *Ethernet* (cavo FTP a 4 coppie). L'utilizzo, per la rete di distribuzione, di componenti passivi di categoria 5 consente il supporto dei 100 Mbps su ogni parte del cablaggio.

Nel definire l'architettura, e quindi il conseguente equipaggiamento dei concentratori di padiglione, è stata prestata particolare attenzione ai flussi di carico legati allo sviluppo del sistema di automazione. Esistono infatti diverse aree applicative ognuna delle quali svolge attività prevalentemente con il proprio sistema e meno frequentemente con i sistemi delle altre aree. Ne consegue la necessità di isolare il traffico di ogni area per migliorarne le prestazioni. L'aspetto peculiare del Meyer consiste nel fatto che le aree

applicative non corrispondono alla loro collocazione fisica. Per risolvere questa problematica sono stati realizzati una serie di segmenti *ethernet* virtuali, basati sulle aree applicative e non sui oadiglioni.

Il recente trasferimento del Centro direzionale in una sede contigua, seppur separata da una strada pubblica, al presidio ospedaliero, ha consentito la realizzazione di un collegamento di tipo *wireless* (2 Mbit/s) tra i due presidi. Grazie alla nuova collocazione è stato inoltre possibile un cablaggio completo di tutto il settore amministrativo: oggi ciascun posto di lavoro è collegato alla rete. Nella terza sede, il Poliambulatorio, nella quale sono in corso pesanti opere di ristrutturazione, solo l'ufficio prenotazione/accettazione è attualmente collegato alla rete aziendale mediante linea dedicata CDN a 19.200 bit/s. È previsto, per il prossimo semestre, il cablaggio di tutto l'edificio e il collegamento alle altre sedi mediante un sistema *wireless* e PABX.

Per concludere, è importante ricordare che la rete aziendale ha un collegamento ad *Internet*, fornito dalla Regione Toscana nell'ambito di un progetto che prevede la realizzazione di una rete di comunicazione sanitaria regionale. Tale collegamento, attualmente a 128 Kbit/sec, dovrà a breve

essere sostituito da un collegamento a 2 Mbit/sec, per consentire lo sviluppo di progetti di teleconsulto (trasmissione filmati e sequenze di immagini).

### 3.3. Evoluzione del sistema

Si ritiene opportuno delineare brevemente quella che è stata l'evoluzione del sistema informativo aziendale, con riferimento all'articolazione nei due principali Sottosistemi amministrativo (SIA) e sanitario (SIS), guidata, da un lato, dalle caratteristiche organizzative e gestionali tipiche delle aziende sanitarie, dall'altro dai contenuti e dagli obiettivi dello strumento di *budget* adottato. In figura 4 si riportano schematicamente i moduli attivati e la loro evoluzione nell'ambito di ciascun sottosistema.

#### Prima del 1995

Le applicazioni *software* presenti alla data coprono solo molto parzialmente i diversi settori aziendali, non risultano minimamente integrate le une con le altre e si basano su tecnologie ed ambienti di sviluppo obsoleti.

La componente amministrativa risulta più avanzata comprendendo settori, quali la gestione stipendi e la gestione magazzini, che per primi, al-

Figura 4 - Evoluzioni del Sistema informativo dell'Azienda ospedaliera Meyer

	Prima del 1995	Gli anni 1995-1996	L'anno 1997
<i>Sottosistema amministrativo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Contabilità finanziaria</li> <li>➤ Magazzini ed ordini</li> <li>➤ Personale: stipendi e rilevazione presenze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Contabilità finanziaria</li> <li>➤ Magazzini ed ordini</li> <li>➤ Personale: stipendi e rilevazione presenze</li> <li>➤ <b>Contabilità economica</b></li> <li>➤ <b>Contabilità direzionale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Contabilità finanziaria</li> <li>➤ Magazzini ed ordini</li> <li>➤ Personale: stipendi e rilevazione presenze</li> <li>➤ Contabilità economica</li> <li>➤ Contabilità direzionale</li> </ul>
<i>Sottosistema sanitario</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Registrazione della scheda nosologica</li> <li>➤ Servizi diagnostici di laboratorio</li> <li>➤ Altri servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Gestione degenze</b></li> <li>➤ <b>Sistema DRG</b></li> <li>➤ <b>Gestione/registrazione attività specialistica esterna</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Gestione degenze integrato con il sistema DRG</b></li> <li>➤ Gestione/registrazione attività specialistica esterna</li> <li>➤ <b>CUP</b></li> <li>➤ <b>Gestione/registrazione prestazioni interne</b></li> </ul>

l'interno dei vari enti, sono stati oggetto di informatizzazione.

Per la componente sanitaria l'automazione riguarda settori molto circoscritti e risponde all'esigenza di adempiere obblighi verso l'esterno, Regione e Ministero, o di supportare aree operative complesse (laboratori).

In questo periodo la reportistica è quasi assente e si limita ad indicatori quantitativi circa l'attività, quali ad esempio gli indici statistici, degenza media, tasso utilizzo. La reportistica direzionale è completamente assente sia perché di fatto non vi è domanda sia perché gli strumenti tecnologici/informatici sono inadeguati.

#### Gli anni 1995-1996

In questo periodo, con l'istituzione dell'Azienda ospedaliera, si procede ad individuare i nuovi *software* gestionali sia per la componente amministrativa che sanitaria, basati su ambienti tecnologicamente più avanzati quali, ad esempio, i DBMS relazionali. Diviene quindi più facile cominciare a dare una risposta alla sempre crescente richiesta di informazioni da parte della Direzione aziendale, anche se in questa fase i due principali settori, amministrativo e sanitario, rimangono separati, ciascuno con una propria produzione di *output*.

La componente amministrativa si arricchisce del sistema della contabilità economica e direzionale, quest'ultima comprendendo in questa fase solo la contabilità per centri di costo.

Per il settore sanitario, come già trattato in precedenza, si delinea fin d'adesso l'esigenza di decentrare la gestione del sistema ai CDR produttivi. La prima componente per cui si va ad applicare tale modello è quella dei ricoveri. In questa fase il sistema DRG rimane ancora centralizzato, ovvero il reparto è responsabile e gestisce in

prima persona la codifica relativa a diagnosi e procedure, ma non è in grado di conoscere il DRG attribuito al caso.

Vengono prodotti *report* specifici a cadenza annuale, quali ad esempio quelli relativi ai costi per CDR e ai costi per giornata di degenza; a cadenza semestrale quali quelli relativi ai DRG per tipologia, quantità e valore con attribuzione al reparto dimettente.

#### L'anno 1997

Per la componente amministrativa si tende ad una sempre maggiore integrazione. Il sistema di contabilità economica è attivato in parallelo alla contabilità finanziaria e nell'ambito della contabilità direzionale si attiva il modulo del *budget*.

All'interno del sottosistema sanitario si completa il decentramento della gestione ricoveri ai reparti di degenza, i quali possono adesso verificare e valutare in tempo reale il DRG attribuito a ciascun caso. Una volta terminato l'iter di codifica e validazione della scheda di dimissione, il reparto archivia il caso che rimane a disposizione

della direzione sanitaria ed in particolare del Gruppo DRG il quale può, in tal modo, effettuare ulteriori controlli e analisi a campione utilizzando a tal fine un prodotto di aiuto alla codifica di diagnosi e procedure (*code finder*). In figura 5 si riporta una schematizzazione del processo descritto.

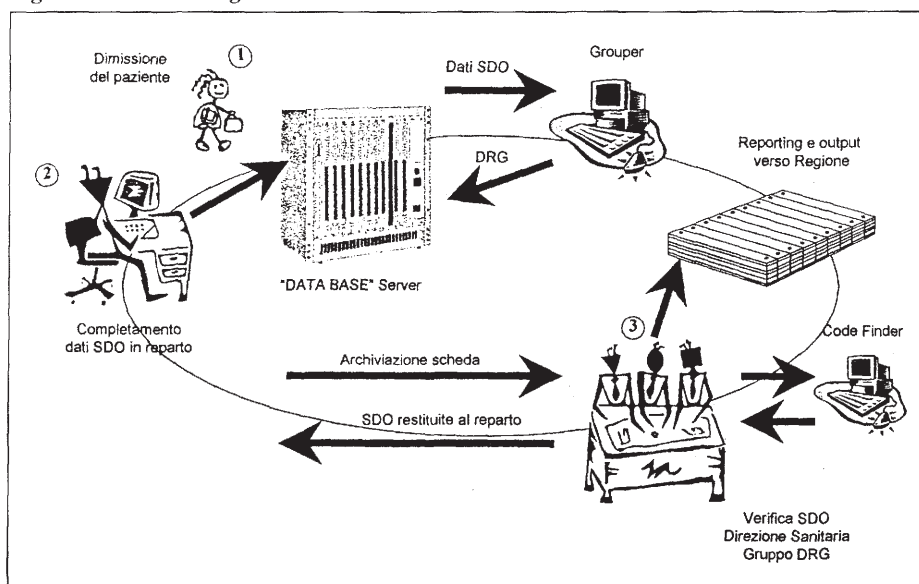
Prende avvio la produzione di report che riportano, integrati al loro interno, dati di costo e di ricavo. A tali report ne sono collegati altri, di maggior dettaglio, per la componente di attività, ovvero ricoveri e prestazioni specialistiche. Relativamente alle due tipologie, costi/ricavi da un lato e attività dall'altro, viene individuato l'obiettivo di rivedere ed uniformare i linguaggi, fino a tale data diversi, al fine di consentire una chiave di lettura comune.

## 4. Reporting strategico

### 4.1. Componente costi/risorse

Le tipologie di costi ricomprese nello spazio di azione di ciascun CDR, possono essere classificate in: costi diretti e costi indiretti.

Figura 5 - Gestione degenze con sistema DRG



Tra i costi diretti sono stati inseriti i costi del personale dipendente, dei beni di consumo e delle manutenzioni. Per beni di consumo si intendono sia i beni sanitari che non; nella voce manutenzioni sono compresi i costi relativi ai contratti fissi e alle manutenzioni straordinarie.

I costi indiretti riguardano:

a) valorizzazione della risorsa personale attribuita ad altri CDR, ma utilizzata in quota parte anche dal CDR in esame;

b) valorizzazione a tariffa delle prestazioni intermedie richieste ad altri CDR.

In figura 6 viene mostrato il *report* per CDR prodotto dal sistema contabilità direzionale.

Relativamente al punto b), vengono prodotti *report* analitici per CDR in cui, per ciascun centro di costo ad esso afferente, sono elencate le prestazioni richieste a centri di costo erogatori di altri CDR (figura 7). Come si può notare, il totale per il CDR richiedente chirurgia pediatrica (vedi figura 7), coincide con il totale costi prestazioni intermedie di figura 6.

Con particolare riferimento al personale dipendente, poiché l'obiettivo è quello di responsabilizzare il CDR sulla dotazione di personale, si è proceduto a calcolare, per figura professionale, solo le voci stipendiali fisse. In questo modo il titolare di CDR viene motivato e responsabilizzato sul numero e/o la percentuale di impiego delle risorse umane.

Data l'incidenza del costo del personale sul totale del bilancio aziendale, è divenuto strategico per la Direzione determinare correttamente i posti letto ad elevato fabbisogno assistenziale, ovvero i letti cosiddetti intensivi e subintensivi, al fine di un'adeguata assegnazione di personale.

#### Determinazione letti intensivi/sub intensivi

Prima del 1997 il numero dei posti letto intensivi e subintensivi era rigidamente attribuito sulla base di parametri definiti dai vecchi PSR. La verifica della corretta attribuzione di tali tipologie di posti letto, afferenti a reparti dedicati, era basata esclusivamente sui classici indicatori di occupazione, quali il tasso di utilizzo e la degenza media, senza alcun controllo sulla casistica che da tali reparti era transitata.

Nell'arco dell'anno 1997, maturata la consapevolezza da parte della Direzione di dover superare tale modello di rigida assegnazione, si è passati ad individuare, per ciascun CDR coinvolto, le tipologie di posti letto sulla base della reale casistica dei ricoveri.

L'obiettivo che ci si pone è di individuare, per ciascun CDR interessato, le giornate di degenza suddivise nelle seguenti tipologie:

- giornate intensive;
- giornate subintensive;
- giornate ordinarie;

Fatto ciò si ottengono infatti, assumendo come ipotesi un tasso di utilizzo «teorico» del 75%, i posti letto corrispettivi, partendo dalla formula:

$$T.U. = \frac{\text{giorni degenza}}{(\text{letti medi nel periodo}) * \text{periodo}} * 100$$

da cui:

$$\text{letti medi} = \frac{\text{giorni degenza}}{T.U. * \text{periodo}} * 100$$

dove T.U. (tasso di utilizzo) = 75%.

Vediamo di seguito come si procede alla ripartizione delle giornate nelle succitate tipologie.

Sono esclusi i ricoveri brevi e la rianimazione che, per le sua peculiarità, viene valutata sulla base di parametri diversi. Dei restanti casi sono conside-

rati intensivi e subintensivi i ricoveri con le seguenti caratteristiche:

1) intensivi: importo della tariffa regionale del DRG (delibera G.R. 4614 del 26 dicembre 1995 e successive modificazioni) superiore a 10 milioni, corrispondente alla voce «Tariffa per i ricoveri ordinari»;

2) subintensivi: importo della tariffa regionale del DRG compreso tra 5 e 10 milioni, corrispondente alla voce «Tariffa per i ricoveri ordinari».

Per ciascun ricovero di cui al punto 1, si procede a calcolare le giornate intensive ( $GG_{int}$ ) come segue:

$$GG_{int} = \text{minore} (GG_{tot}, \text{Soglia Meyer})$$

dove:

—  $GG_{tot}$  = Totale degenza nella Unità operativa nel periodo in esame Soglia Meyer = minore (Soglia Regionale, Mediana) (1).

Le restanti giornate sono considerate ordinarie, ovvero:  $GG_{ord} = GG_{tot} - GG_{int}$ .

Per i casi subintensivi si procede in modo del tutto analogo, considerando i casi di cui al precedente punto 2.

Tutti i ricoveri che infine non rientrano nella casistica sopra esposta sono considerati ordinari come pure le relative giornate di degenza.

In figura 8 si mostra il *report* prodotto e trasmesso con cadenza semestrale alla Direzione aziendale.

#### 4.2. Componente ricavi/attività

Le tipologie di ricavi dei CDR di reddito possono essere classificate in:

a) cessione risorse: valorizzazione della risorsa personale attribuita al CDR ma utilizzata in quota parte anche da altri;

b) prestazioni ambulatoriali: valorizzazione a tariffa delle prestazioni «effettive», per le quali vi è un'entrata monetaria per l'Azienda, e delle prestazioni «figurative», tra cui ad esempio l'attività verso i pazienti ricoverati

Figura 6

<b>CDR: Chirurgia Pediatrica</b>			
Gli importi sono espressi in migliaia di lire			
	Consuntivo gennaio / settembre 1998	Proiezione anno 1998	Budget Anno 1998 (all. A)
<b>Costi di esercizio</b>			
<b>Personale dipendente:</b>			
DIRIG.SAN.2°LIV. (EX PRIM.) FISSI	108.806		190.868
DIRIG.SAN.1°LIV. (EX AIUTO) FISSI	710.733		1.213.092
DIRIG.SAN.1°LIV. (EX ASS. TE) FISSI	412.190		557.361
OP. PROF. (CAPOSALA) COORD. FISSI	126.457		115.261
OP. PROF. (I.P./V.L.) COLL. FISSI	1.118.649		1.499.845
OP. PROF. (I.G.) 2 CAT. FISSI	185.377		232.229
OP. TECNICO (4 LIV.) FISSI	1.528		-
OTA FISSI	154.316		217.133
AUS. SOCIO SAN. FISSI	112.784		152.757
<b>Totale</b>	<b>2.930.841</b>	<b>4.116.139</b>	<b>4.178.648</b>
<b>Consumo beni:</b>			
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVAT	86.497		111.849
MATERIALE USO DIAGNOSTICO	687		2.353
MATERIALE RADIOGRAFICO	289		191
SIERI E VACCINI	10		-
DISINFETTANTI E AFFINI	1.345		4.451
PRESIDI MEDICO SANITARI E ALTRO	282.852		358.189
GENERI ALIMENTARI	1.415		2.048
MATERIALE LAVANDERIA E GUARDAROBA	571		2.277
MATERIALI TECNICI DIVERSI	-		1.341
MATERIALE ECONOMALE VARIO	2.727		4.343
MATERIALE PULIZIE ED IGIENE PERS.	2.934		4.293
CANCELLERIA E STAMPATI	5.302		8.663
<b>Totale</b>	<b>364.609</b>	<b>617.728</b>	<b>600.000</b>
<b>Manutenzioni:</b>			
RICAMBI PER MANUT.ATTR.SAN.CHIR.	9.468		5.600
MANUTENZIONI SERVIZI APPALTATI	53.384		54.824
<b>Totale</b>	<b>62.852</b>	<b>68.629</b>	<b>60.424</b>
<b>TOTALE COSTI DIRETTI</b>	<b>3.368.302</b>	<b>4.721.396</b>	<b>4.738.972</b>
<b>Servizi da altri CDR</b>			
<b>Risorse acquisite:</b>			
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	457.129		689.211
<b>Totale</b>	<b>457.129</b>	<b>-</b>	<b>689.211</b>
<b>Prestazioni intermedie:</b>			
CP1-LAB. MALATTIE NEUROMETABOLICHE	337		-
CP3-LABORATORIO IMMUNOLOGIA	1.028		855
LABORATORIO ANALISI	11.952		116.407
CENTRO SANGUE	26.788		34.092
RADIOLOGICA	53.130		51.447
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	13.500		14.855
CP1-SERV. DIAGNOSI EPILESSIA	1.850		1.496
SEZIONE DIABETOLOGIA	186		-
CP3-SERV. IMMUNOLOGIA ALLERGOLOGIA	144		-
<b>Totale</b>	<b>108.916</b>	<b>169.213</b>	<b>219.161</b>
<b>TOTALE SERVIZI DA ALTRI CDR</b>	<b>666.044</b>	<b>169.213</b>	<b>908.381</b>
<b>COSTI TOTALI DI CENTRO</b>	<b>3.924.346</b>	<b>4.880.609</b>	<b>5.647.333</b>
<b>Prestazioni del centro</b>			
<b>Cessione risorse:</b>			
CESSIONE MEDICI AL DEU	417.271		570.240
<b>Totale</b>	<b>417.271</b>	<b>-</b>	<b>670.240</b>
<b>Ricavi Prestazioni ambulatoriali:</b>			
PRESTAZIONI FIGURATIVE	22.188		39.523
PRESTAZIONI EFFETTIVE	138.196		206.949
<b>Totale</b>	<b>160.384</b>	<b>221.700</b>	<b>246.472</b>
<b>Ricavi Ricoveri:</b>			
DRG (ORDINARI)	5.338.713		7.137.423
DRG (DH)	156.352		180.000
<b>Totale</b>	<b>6.495.066</b>	<b>7.697.677</b>	<b>7.317.423</b>
<b>TOTALE PRESTAZIONI DEL CENTRO</b>	<b>6.072.720</b>	<b>7.819.277</b>	<b>8.134.135</b>
<b>RISULTATO ECONOMICO DI CENTRO</b>	<b>2.148.374</b>	<b>2.938.668</b>	<b>2.486.802</b>

Figura 7

Riepilogo Prestazioni Interne per: Richiedente e Erogante		
Periodo: dal 01/01/98 al 30/09/98		
Pagina 19		
CDR Richiedente	Chirurgia Pediatrica	108.915.480
C.C Richied. 011	CHIRURGIA PEDIATRICA - DEGENZE	108.800.180
<b>C. Costo Erogante</b>		
	<b>Quantità tecnica</b>	<b>Importo</b>
500	ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE	11.952.400
550	SEZIONE DI IMMUNEMATOLOGIA E SERVIZIO TRASFUSIONALE	26.787.580
540	RADIOLOGIA PEDIATRICA	53.130.000
560	MALATTIE CARDIOVASCOLARI (senza PL)	13.475.000
035	CLINICA PEDIATRICA 1 - SERVIZIO DIAGNOSI EPILESSIA	1.850.000
085	CLINICA PEDIATRICA 3 - LABORATORIO IMMUNOLOGIA	938.300
088	CLINICA PEDIATRICA 1 - SERVIZIO MALATTIE NEUROMETABOLICH	336.900
040	SEZIONE DI DIABETOLOGIA	186.000
084	CLINICA PEDIATRICA 3 - SERVIZIO IMMUNOLOGIA ALLERGOLOGIA	144.000
29/12/98		
U.A. Sistema Informativo		

e per le quali non vi è remunerazione dall'esterno;

c) ricoveri: valorizzazione a tariffa per i DH, e secondo il procedimento di seguito descritto, per i ricoveri ordinari.

Attribuzione ricavi DRG per ricoveri ordinari

Il sistema di valorizzazione dell'attività di ricovero, nella sua evoluzione temporale, può essere così sintetizzato:

— 1995-1996: si procede alla valorizzazione economica del ricovero mediante il sistema dei DRG. L'importo totale è assegnato al reparto dimettente;

— 1997: viene rivisto il sistema di attribuzione del valore economico del ricovero, stabilendo dei criteri che prevedono sostanzialmente il riconosci-

Figura 8 - Letti medi normalizzati ad un tasso di utilizzo del 75% (riepilogo primo semestre 1998 vs primo semestre 1997)

Area Funzionale delle Terapie Intensive															
Intensivi			Subintensivi			Ordinari			Letti totali			Importo DRG			
1° sem.97	1° sem.98	%increm.	1°Sem.97	1° sem.98	%increm.	1°Sem.97	1° sem.98	%increm.	1°Sem.97	1°sem.98	%incr.	1°Sem.97	1°Sem.98 (*)	%increm.	
TIN	8,22	9,35	13,7%	1,72	1,81	5,2%	10,81	11,84	9,5%	20,75	23,00	10,8%	L. 1.099.558	L. 1.141.372	4%
Rianimaz.	0,33	1,01	206,1%	0,55	0,79	43,6%	1,87	2,41	28,9%	2,75	4,21	53,1%	L. 385.504	L. 374.991	-3%
D.E.U.							4,52	4,39	-2,9%	4,52	4,39	-2,9%	L. 588.353	L. 611.423	4%
Totale	8,55	10,36	21,2%	2,27	2,6	14,5%	17,2	18,64	8,4%	28,02	31,60	12,8%	L. 2.073.415	L. 2.127.786	3%
Chirurgia Pediatrica															
Intensivi			Subintensivi			Ordinari			Letti totali			Importo DRG			
1° sem.97	1° sem.98	%increm.	1°Sem.97	1° sem.98	%increm.	1°Sem.97	1° sem.98	%increm.	1°Sem.97	1°sem.98	%incr.	1°Sem.97	1°Sem.98 (*)	%increm.	
Chirurgia	0,8	2,21	176,3%	3,21	2,22	-30,8%	18,91	18,3	-3,2%	22,92	22,73	-0,8%	L. 3.554.134	L. 3.925.930	10%
Oncoematologia Pediatrica															
Intensivi			Subintensivi			Ordinari			Letti totali			Importo DRG			
1° sem.97	1° sem.98	%increm.	1°Sem.97	1° sem.98	%increm.	1°Sem.97	1° sem.98	%increm.	1°Sem.97	1°sem.98	%incr.	1°Sem.97	1°Sem.98 (*)	%increm.	
Oncoemat.	1,6	2,27	41,9%	1,95	2,4	23,1%	4,07	6,5	59,7%	7,62	11,17	46,6%	L. 1.219.480	L. 1.793.832	47%

(\*) Il dato è parziale in quanto non per tutti i ricoveri è già calcolato il DRG (pazienti non dimessi e ricoveri ancora non chiusi da un punto di vista nosologico).  
TIN: 565 gg senza DRG; Rianimazione: 116 giorni senza DRG; Chirurgia 23 gg senza DRG; Oncoematologia: 93 gg.

mento di quote anche ad eventuali reparti di transito;

— 1998: si modifica nuovamente il criterio precedente introducendo il concetto dei letti funzionali.

Analizziamo brevemente il sistema attivato nell'anno 1997, che rappresenta il momento di svolta legato all'introduzione del sistema di *budget* per CDR.

Il DRG maturato, viene ripartito, secondo quanto negoziato e riportato nei contratti di *budget*, come di seguito descritto:

— DEU: il valore economico del ricovero transitato dal DEU viene assegnato nella misura del 20% a tale CDR;

— DRG chirurgico: al CDR Chirurgia viene attribuito il 50% della tariffa corrispondente allo stesso DRG in *dh-surgery*;

— il restante valore del DRG è attribuito in funzione delle giornate di degenza maturate, pesate secondo la diversa tipologia dei reparti.

In figura 9 viene riportato schematicamente tale percorso di calcolo.

Con il contratto di *budget* 1998, sono state introdotte delle integrazioni al sistema di ripartizione con riferimento ai servizi specialistici formalmente privi di posti letto, quali la nefrologia, la cardiologia e la diabetologia. A tali servizi, che svolgono attività di assistenza ai ricoveri afferenti la loro specialità, la Direzione ha ritenuto necessario riconoscere una percentuale del valore del DRG. In figura 10 è riprodotto il *report* del CDR Chirurgia pediatrica in cui è riportato il risultato dell'applicazione del metodo di calcolo descritto. I dati nelle colonne da «A» ad «E» si riferiscono a ricoveri di esclusiva competenza del CDR; i valori di colonna «F» si riferi-

scono invece a ricoveri oggetto della riattribuzione sopra descritta.

Il totale complessivo di CDR, coincide con il totale ricavi per ricoveri ordinari riportato in figura 6.

Attribuzione ricavi prestazioni specialistiche

La gestione dell'attività specialistica ha avuto una consistente evoluzione

Figura 9 - Attribuzione del valore economico del DRG. Anno 1997

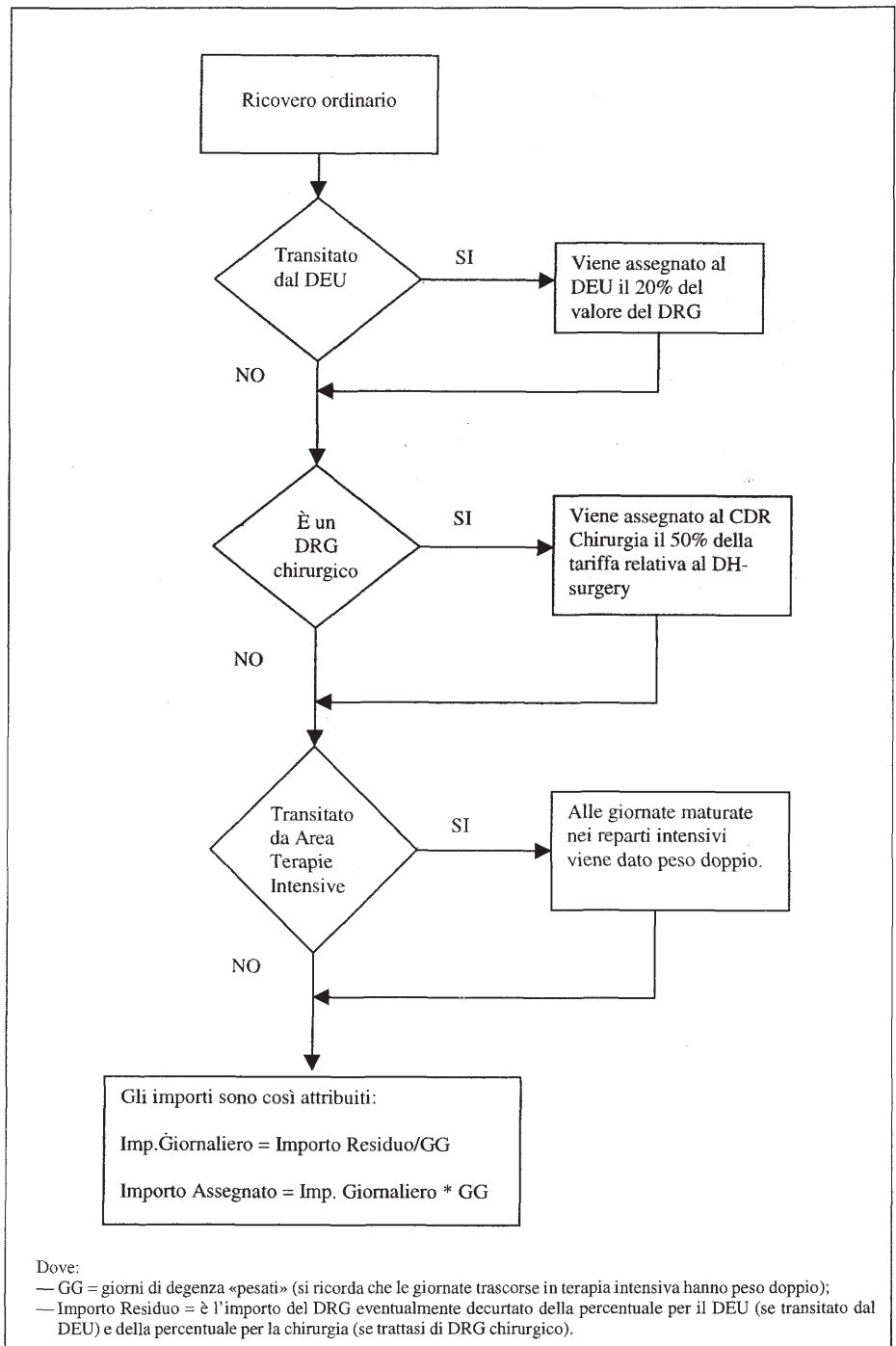




Figura 10 - Azienda ospedaliera Meyer. DRG ordinari per CDR nel periodo gennaio-settembre 1998 suddivisi fra Regione Toscana e fuori Regione

<b>C.D.R. Chirurgia Pediatrica</b>																					
Descrizione Reparto	A Importo DRG minore di Lire 3,5 milioni			B Importo DRG fra 3,5 e 5 milioni			C Importo DRG fra 5 e 6 milioni			D Importo DRG fra 6 e 10 milioni			E Importo DRG oltre 10 milioni			F Importo DRG Riattribuito			Totali per Reparto		
	N° Casi	Importo Totale	Imp Medio	N° Casi	Importo Totale	Imp Medio	N° Casi	Importo Totale	Imp Medio	N° Casi	Importo Totale	Imp Medio	N° Casi	Importo Totale	Imp Medio	N° Casi	Importo Totale	Imp Medio	N° Casi	Importo Totale	Imp Medio
<b>Centro di Costo 011 CHIRURGIA PEDIATRICA - DEGENZE</b>																					
<b>CHIRURGIA PED. 1<sup>A</sup></b>																					
Fuori Toscana	31	58.724	1.894	8	34.860	4.358	3	17.265	5.755	2	15.085	7.543	3	52.156	17.385	24	83.054	3.461	71	261.144	3.678,08
Toscana	500	996.112	1.992	60	255.670	4.261	51	279.749	5.485	26	197.985	7.615	42	569.898	13.569	236	668.413	2.832	915	2.967.827	3.243,53
<b>CHIRURGIA PED. 2<sup>A</sup></b>																					
Fuori Toscana	12	19.212	1.601	0	0	0	1	5.516	5.516	1	8.654	8.654	2	34.341	17.171	19	78.837	4.149	35	146.560	4.187,43
Toscana	275	526.073	1.913	15	60.715	4.048	12	64.283	5.357	14	112.773	8.055	19	359.500	18.921	144	511.635	3.553	479	1.634.979	3.413,32
<b>CHIRURGIA PED. 1<sup>A</sup> SUB.</b>																					
Fuori Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.953	7.953	1	7.953	7.953,00
Toscana	3	5.269	1.756	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15.508	15.508	30	182.969	6.099	34	203.746	5.992,53
<b>CHIRURGIA PED. 2<sup>A</sup> SUB.</b>																					
Fuori Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8.764	4.382	2	8.764	4.382,00
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	107.740	3.591	30	107.740	3.591,33
<b>Totali Centro Costo</b>	<b>821</b>	<b>1.605.390</b>	<b>1.955</b>	<b>83</b>	<b>351.245</b>	<b>4.232</b>	<b>67</b>	<b>366.813</b>	<b>5.475</b>	<b>43</b>	<b>334.497</b>	<b>7.779</b>	<b>67</b>	<b>1.031.403</b>	<b>15.394</b>	<b>486</b>	<b>1.649.365</b>	<b>3.394</b>	<b>1.567</b>	<b>5.338.713</b>	<b>3.406,96</b>
<b>Totali CDR</b>	<b>821</b>	<b>1.605.390</b>	<b>1.955</b>	<b>83</b>	<b>351.245</b>	<b>4.232</b>	<b>67</b>	<b>366.813</b>	<b>5.475</b>	<b>43</b>	<b>334.497</b>	<b>7.779</b>	<b>67</b>	<b>1.031.403</b>	<b>15.394</b>	<b>486</b>	<b>1.649.365</b>	<b>3.394</b>	<b>1.567</b>	<b>5.338.713</b>	<b>3.406,96</b>

Gli importi sono espressi in migliaia di lire

04-gen-99 Sistema Informativo

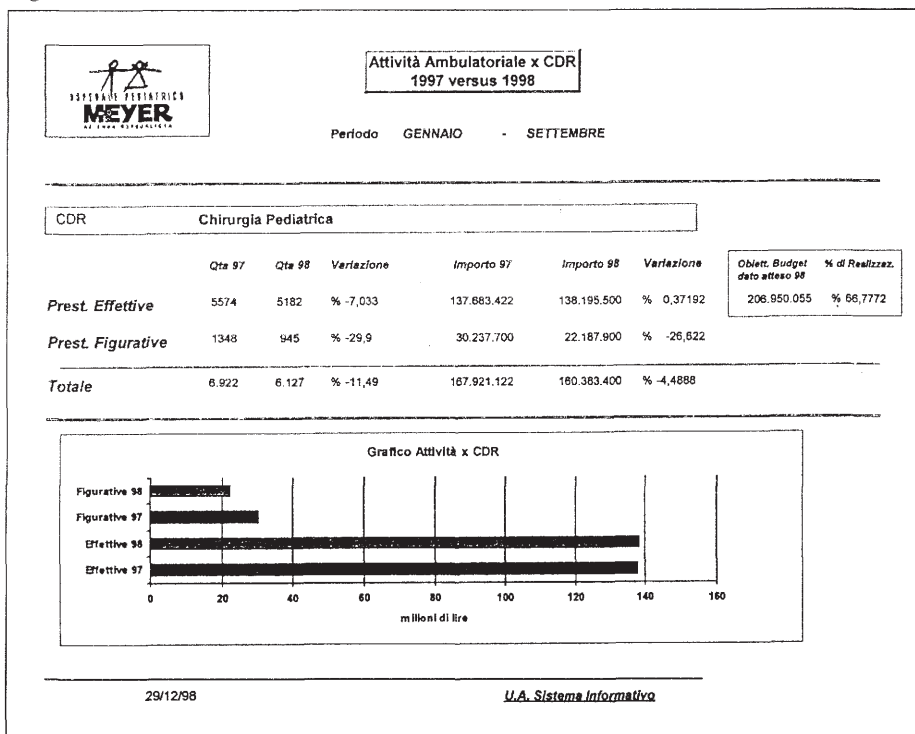
nell'ultimo biennio, dovuta in buona parte all'introduzione dello strumento del budget e al nuovo sistema di finanziamento delle aziende ospedaliere. I principali elementi oggetto di attenzione possono essere così sintetizzati:

— l'introduzione nell'anno 1997 del nuovo nomenclatore nazionale con la successiva adozione da parte della Regione Toscana. Questo ha comportato una revisione complessiva dell'attività specialistica e diagnostica dell'Azienda a cui ha fatto seguito l'istituzione di un nomenclatore aziendale delle prestazioni, distinto dal nomenclatore regionale ma ad esso relazionato;

— la corretta assegnazione dell'attività nelle due categorie, effettive e figurative, nello spirito di una omogeneizzazione di linguaggio tra dati di attività e di ricavo;

— una più puntuale ed analitica rilevazione dell'attività svolta a favore

Figura 11



di altri CDR, quale ad esempio le consulenze.

In figura 11 si mostra il *report* che sintetizza l'attività specialistica del CDR Chirurgia pediatrica i cui totali, riportati nella colonna «Importo 98», corrispondono ai valori di figura 6. Nel *report* sono messi a confronto, sia come quantità che importi, dati riferiti all'anno corrente e allo stesso periodo dell'anno precedente. Inoltre si riporta, quale indice di valutazione, la percentuale di realizzazione sull'obiettivo di *budget* (sezione G, figura 3).

#### Monitoraggio altri indicatori di attività

Oltre agli indicatori riportati analiticamente in figura 6 nella colonna «*budget* anno 1998», nell'ultimo contratto sono stati inseriti, come già in precedenza evidenziato, indicatori non specificamente di tipo economico.

Per rispondere al conseguente fabbisogno informativo dei CDR, al fine di fornire loro gli strumenti di monitoraggio necessari, si è avviato un processo di elaborazione di *report* a ciò finalizzati, di cui si riporta in figura 12 un esempio. In esso sono elencati non solo gli indicatori direttamente inseriti nella scheda obiettivi (figura 3), ma anche informazioni che comunque aiutano una lettura complessiva dell'andamento dell'attività. Il *report* può considerarsi suddiviso in due sezioni:

— nella prima si riportano i valori del periodo in esame confrontati con gli stessi dell'anno precedente, evidenziando lo scostamento o la realizzazione percentuale;

— nella seconda il confronto avviene tra il dato del periodo in esame e il dato della scheda di *budget*.

## 5. Conclusioni

L'esperienza fino ad oggi maturata nell'ambito della definizione ed im-

plementazione dello strumento del *budget* è risultata indispensabile per introdurre elementi tipici di una cultura di azienda, in precedenza completamente assenti o non percepiti. Tuttavia l'attuale situazione si presenta a nostro avviso in uno stato di stallo poiché i punti di debolezza e le criticità emerse appaiono difficilmente rimovibili se non introducendo modifiche organizzative e/o strutturali di forte impatto.

Tra le principali cause, si riportano:

— problemi inerenti l'organizzazione. Appare necessaria una migliore e più chiara definizione delle attuali procedure e in alcuni casi una loro sostanziale rivisitazione;

— la scarsa consapevolezza che la propria area di intervento è parte integrante di un processo che coinvolge altre unità organizzative con le quali diviene necessario integrarsi;

— eccessiva enfasi su obiettivi economici, trascurando indicatori qualitativi ed organizzativi;

— sistema informativo, nella sua accezione più ampia, non sufficientemente distribuito.

Ne consegue una serie di effetti che compromettono lo sviluppo del sistema decisionale, tra cui:

— qualità dei dati;

— tempistica, intesa come periodicità di comunicazione dei flussi informativi;

— distorsione circa il significato dello strumento del *budget*, che viene percepito esclusivamente come strumento di controllo e non come opportunità di pianificazione e di governo;

— sfiducia nel sistema budgettario per mancanza di coinvolgimento.

In realtà, nell'ambito dell'area dell'attività, le criticità sopra evidenziate sono state affrontate e in gran parte risolte mediante una riorganizzazione del sistema informativo che, come in precedenza descritto, vede il CDR gestore dell'evento.

Non altrettanto si può dire per quanto riguarda l'area di gestione risorse/costi, nell'ambito della quale i punti di debolezza succitati sono tutti presenti.

Ne è quindi scaturita la consapevolezza che l'intervento di riorganizzazione debba concretizzarsi nel completare il decentramento al CDR, rendendo quest'ultimo protagonista anche del processo di gestione e controllo delle risorse/costi facenti parte della propria area decisionale.

Figura 12 - Indicatori di verifica

4	Chirurgia Pediatrica		Confronto su Anno Prec.		Confronto su Atteso		
	Anno 1997	al 31/10/1998	scostamento	% Realizzaz.	Atteso	scostamento	% Realizzaz.
<i>n° ricoveri Totali</i>	2.079	1.598		76,86%			
<i>n° Letti Medici</i>	22,67	21,37	-5,75%				
<i>Giorni di Degenza</i>	5.697	4.783		83,96%			
<i>Degenza media</i>	2,74	2,99	9,23%		2,74	9,24%	
<i>Tasso di Occupazione</i>	68,85	73,63	4,78%		68,85	4,78%	
<i>Drg medio riattribuito</i>	2.891.581	3.406.375	17,80%		3.012.000	13,09%	
<i>n° di SDO con ICD complicanti/concomitanti</i>	284	330	16,20%				
<i>n° ricoveri di altre regioni</i>	88	67		76,14%	108		62,04%

Annotazioni:

Infine, presa coscienza che ci troveremo ad affrontare, sempre più e sempre più spesso, problemi mutevoli in tempi brevi, riteniamo di dover assumere quale punto di forza nell'ambito della strategia aziendale, da un lato la completa alimentazione del sistema direzionale da quello gestionale, dall'altro la totale autonomia da questo, mediante l'utilizzo di strumenti oggi emergenti quali ad esempio i *data-warehouse*.

La stesura dell'articolo è stata possibile grazie al contributo della Direzione aziendale, in particolare del dottor E. Zini, Direttore sanitario, e del dottor A. Granato, Direttore amministrativo.

Si ringrazia inoltre per la continua collaborazione il personale della U.O. Controllo di gestione, S. Chiti e P. Bianchi, e il personale della U.O. Sistema informativo, R. Armellini, D. Cecatiello, M. Mancini, R. Meriggi, P. Salani.

(1) Nell'ambito di ciascuna U.O., per ciascun DRG, viene calcolato il valore della mediana. Tale valore è rivisto annualmente dispo-

nendo di un periodo e quindi un campione sempre più ampio.

#### BIBLIOGRAFIA

R.N. ANTHONY, D.W. YOUNG (1992), *Controllo di gestione*, Mc-Graw Hill, Milano.

C.J. DATE (1986), *An Introduction to Database Systems*, Fourth edition, Addison-Wesley Publishing Company.

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONE TOSCANA N. 4614 DEL 29 DICEMBRE 1995, *Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero. Prima applicazione del sistema di remunerazione delle prestazioni mediante raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD) ex D.L.vo 502/92 e successive modificazioni*.

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONE TOSCANA N. 229 DEL 3 MARZO 1997, *Approvazione nomenclatore tariffario regionale prestazioni specialistiche e diagnostiche*.

D.M. 22 LUGLIO 1996, *Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe*.

DRGS DEFINITION MANUAL VERSION 10.0, *3M Health Information Systems*, Document number 92-054 Rev. 00.

A. FRANCESCONI, S. MAGGIONI, M. MOTTA, F. ZUCCO (1997), *La valutazione dell'equilibrio economico dell'Unità di terapia del dolore e cure palliative dell'ospedale dell'Usl di Garbagnate*, Mecosan, 23: 93-110.

S. PIEROTTI ET AL. (1998), *Il budget di un dipartimento di prevenzione: percorso di un progetto*, Mecosan, 25: 145-150.

L.R. (REGIONE TOSCANA) N. 1 DEL 2 GENNAIO 1995, *Disciplina sull'organizzazione e funzionamento delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere ai sensi degli artt. 3 e 4 del D.L. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni*.

L.R. (REGIONE TOSCANA) N. 72 DEL 30 SETTEMBRE 1998, *Norme sulle procedure e gli strumenti della programmazione sanitaria e sull'organizzazione del servizio sanitario regionale*.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (1992), *Il budget nelle Unità sanitarie locali: due anni di sperimentazione...*, volume 1°.

F. TARONI, B. CURCIO RUBERTINI (1991), *I Diagnosis Related Groups (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera*, Editrice CLUEB, Bologna.

GILL WATERS (1991), *Computer Communication Networks*, Mc-Graw Hill Book Company, London.

F. ZAVATTARO, *Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario*, Mecosan, 5: 24-35.

# IL CONCETTO DI QUALITÀ IN TERAPIA INTENSIVA

Stefania de Simone<sup>1</sup>, Giuseppe Servillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Economia Aziendale, Università degli Studi di Napoli «Federico II»

<sup>2</sup> Dipartimento di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La qualità in terapia intensiva - 3. Problematiche organizzative delle terapie intensive italiane - 4. Esperienza francese - 5. Discussione - 6. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Le prime terapie intensive sono state create intorno agli anni '60 per rispondere alla necessità di trattare i pazienti critici, ovvero i pazienti con una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita o insorgenza di complicanze maggiori, in aree di degenza diversificate, con personale qualificato ed attrezzature idonee al monitoraggio e al trattamento intensivo, funzionanti 24 ore su 24.

La terapia intensiva (Ti) è dispendiosa e responsabile di una notevole frazione delle spese di gestione dei pazienti ospedalizzati. Negli Stati Uniti, ad esempio, le Ti rappresentano il 5-10% dei posti letto ospedalieri, ma impegnano il 20-34% delle risorse stanziare per il trattamento dei pazienti acuti, in Europa rappresentano il 3% dei posti letto ospedalieri. In Ti sono quasi di routine ricoverati i pazienti critici ed in essa c'è, più che in ogni altra struttura ospedaliera, ampia disponibilità di tecniche di monitoraggio continuo e di supporto delle funzioni vitali affinché possano essere attuati trattamenti impegnativi ed una continua vigilanza da parte di medici ed infermieri specializzati. La Ti è divenuta oggi parte integrante del trattamento

ospedaliero, i suoi costi sono elevati (Chalfin, 1996) e, nonostante i sempre migliori risultati, c'è ancora un tasso di mortalità relativamente elevato.

Le pressioni economiche e i vincoli finanziari possono avere sulle prestazioni sanitarie un impatto positivo, poiché i processi e le strutture possono essere ottimizzati e lo spreco e la ridondanza eliminati senza peggioramento della qualità. In terapia intensiva questo può manifestarsi sotto forma di una migliore selezione ed identificazione del paziente, con una riduzione delle procedure e degli interventi non necessari e dei tempi di degenza. Tuttavia, la qualità del trattamento può essere particolarmente sensibile ai tagli finanziari, poiché il trattamento intensivo dipende fortemente dal lavoro e dal capitale.

## 2. La qualità in terapia intensiva

Gli operatori sanitari in terapia intensiva hanno un bisogno costante di migliorare la qualità del trattamento. Gli infermieri si stanno formando in questo ambito e gli anestesisti rianimatori dovranno essere spinti ad adottare un percorso di qualità.

Nonostante l'introduzione recente di programmi di verifica e revisione di qualità che adattano alle aziende sani-

tarie le strategie utilizzate nelle aziende industriali, non esiste una definizione di qualità accettata da tutti, in particolare in terapia intensiva e non vi sono strumenti di misura globale della qualità. Si possono identificare alcuni metodi e strumenti in grado di migliorare la qualità della pratica clinica. È difficile che una Ti possa da sola raggiungere questo obiettivo, senza che l'intera azienda ospedaliera sia coinvolta (Vinatier, 1998).

### 2.1. La qualità, per chi?

Fino a questi ultimi anni, i professionisti sanitari hanno avuto come obiettivo principale il miglioramento dello stato di salute dei pazienti e la qualità delle cure (aspetto tecnico, efficacia, sicurezza). Oggi, altri «attori» rivendicano la considerazione dei loro punti di vista e difendono i loro obiettivi legittimi. Lo scopo è di integrare i punti di vista dei diversi attori, i cui bisogni possono essere contraddittori.

Il paziente deve essere al centro del sistema; i suoi bisogni sono molteplici, e se il miglioramento del suo stato di salute resta l'obiettivo principale, il conforto psichico e fisico, la considerazione delle sue preferenze nell'assunzione delle decisioni, l'informazione fanno parte delle sue esigenze.

L'obiettivo principale della terapia intensiva è il miglioramento dello stato di salute dei pazienti e la qualità delle cure. In tali reparti, però, ove lo stress è frequente (carico di lavoro, mortalità elevata, confronto con i problemi etici), la soddisfazione del personale, in termini di condizioni di lavoro, di bisogni di formazione, di partecipazione alle decisioni, è ugualmente un obiettivo di qualità.

Nell'azienda ospedaliera, altri servizi, clienti o fornitori della Ti, rivendicano la soddisfazione dei loro bisogni specifici.

L'amministrazione dell'azienda (direzione generale, direzione amministrativa, direzione sanitaria) desidera che i bisogni dell'azienda siano soddisfatti al minor costo, nel rispetto dei vincoli legislativi.

Per gli organi istituzionali, criteri importanti sono probabilmente la sicurezza delle cure e il rapporto costo/efficacia della terapia intensiva.

## 2.2. La qualità, con che cosa?

### 2.2.1. L'audit clinico

È un metodo di valutazione che

permette, con l'aiuto di indicatori, di comparare le pratiche cliniche a pratiche di riferimento considerate ottimali (linee guida) (Bucci, 1996). L'audit concerne l'organizzazione del servizio, i locali, le risorse umane, i processi di cure, i materiali, la didattica, la gestione. Un audit esterno può essere la prima tappa di un percorso di miglioramento continuo di qualità.

L'audit di pratica clinica è uno strumento volontario, obiettivo, semplice e poco costoso, controllato dai medici stessi e permette di trattare ogni anno un piccolo numero di temi precisi. Comprende sei fasi: scelta del tema, scelta delle linee guida, individuazione degli indicatori, raccolta dei dati, analisi dei risultati, elaborazione di soluzioni.

### 2.2.2. Le linee guida

Le linee guida descrivono la pratica clinica ritenuta ottimale in comparazione alla pratica quotidiana; sono elaborate indipendentemente dalla loro utilizzazione nell'ambito dell'audit. Le linee guida esterne sono le Confe-

renze di Consenso e le conclusioni di lavori scientifici con un buon livello di sperimentazione. Le linee guida interne sono protocolli di cure o procedure operative standardizzate, elaborate dal gruppo Ti ed adattate alle linee guida esterne; è necessario un processo di continua valutazione per controllare e per aggiornare i protocolli (Roche, 1994).

La terapia intensiva ha delle caratteristiche peculiari: durata dei trattamenti, realizzazione di interventi di urgenza, rotazione del personale, rapidità di evoluzione delle tecniche. Ciò rende più difficile la diffusione dell'informazione e necessita che la documentazione sia facilmente accessibile. Un lavoro di raggruppamento e di sintesi delle informazioni ed in seguito un aggiornamento delle linee guida sono necessari ma pongono problemi metodologici non ancora risolti.

### 2.2.3. Gli indicatori

Sono criteri di misura della qualità, espressi in cifre o ai quali si può attribuire un valore (tabella 1).

Tabella 1 - *Chek-list* di valutazione di qualità

Indicatori struttura	Indicatori di procedure	Valutazione del paziente	Valutazione del personale	Costi e consumo	Indicatori di esito
Locali	Esistenza di un progetto di reparto	Tipo di ricovero	Turnover del personale	Prodotti ematici	Mortalità in rianimazione
Organizzazione	Politica di ricovero e dimissione	Indice di gravità	Soddisfazione del personale	Farmaci costosi	Mortalità ospedaliera
Formazione	Qualità di comunicazione	Numero di patologie associate		Durata della degenza	Qualità di vita dopo dimissione dalla Ti
Attrezzature	Indicazioni concernenti le sospensioni di terapie			Effetti costo per paziente sopravvissuto	Sopravvivenza post-ventilatoria
Indice del personale	Elaborazione e rispetto di procedure scritte				Successivo ricovero a 24/48 ore
	Relazioni con altri sanitari				Infezioni nosocomiali

L'approccio più immediato alla valutazione di qualità in terapia intensiva si focalizza sui risultati, in particolare sulla mortalità osservata messa in relazione con la mortalità attesa. Oltre alla mortalità, altre variabili di esito stanno diventando sempre più importanti, come ad esempio la qualità di vita post dimissione dalla Ti ed i costi per paziente sopravvissuto.

Ogni Ti deve formulare i propri indicatori di qualità e i propri *standard* per la verifica delle prestazioni. La misura continua degli indicatori può aiutare a verificare un miglioramento delle prestazioni nel tempo e l'uso di indicatori differenti serve per verificare sia i processi che la qualità degli esiti e, se ben standardizzati, questi potrebbero essere utili per comparare tra loro le diverse Ti. Qui di seguito vengono individuati esempi di indicatori per alcune funzioni svolte all'interno della Ti.

#### 1) Definizione e raggiungimento di obiettivi

L'obiettivo principale di una terapia intensiva è migliorare lo stato di salute dei pazienti e ridurre la mortalità. Gli indicatori non mancano in questo campo: mortalità in rianimazione, mortalità ospedaliera, mortalità attesa, indici di sopravvivenza e qualità di vita a sei mesi dopo dimissione dalla Ti (Hurel, 1997). Altri indicatori devono ugualmente essere individuati per valutare la soddisfazione dei pazienti concernente la loro degenza (dolore, sonno), la soddisfazione dei familiari (accoglienza e informazioni), la soddisfazione dei bisogni degli altri servizi dell'ospedale (disponibilità dei letti di rianimazione, disponibilità di rianimatori), il rispetto del *budget* allocato, il rispetto degli obiettivi di didattica e di ricerca (raggiungimento di obiettivi pedagogici, pubblicazioni).

#### 2) Acquisizione di risorse e adattamento

La Ti deve essere in grado di acquisire le risorse necessarie al suo funzionamento, deve adattarsi all'evoluzione tecnologica ed a quella dell'ambiente esterno e deve dunque potersi trasformare ed innovare. Gli indicatori riguardano il numero e la professionalità del personale, l'adeguamento delle risorse in caso di superamento del *budget*, l'evoluzione del reclutamento in base al numero di pazienti, la capacità di innovazione e di trasformazione (frequenza dell'aggiornamento delle linee guida), la qualità della formazione (esistenza e natura di una formazione specifica, piano di formazione).

#### 3) Mobilità delle risorse umane

Essa rivendica una adesione a valori ed a una cultura ben definiti. Gli indicatori devono esplorare il coinvolgimento e la motivazione del personale, il coordinamento, la comunicazione, la capacità di gestire i conflitti interni, l'efficacia del gruppo Ti. Gli indicatori di non qualità possono essere individuati nel *turnover* del personale, nell'assenteismo e nell'insoddisfazione del gruppo.

#### 4) Produzione

Gli indicatori quantitativi riguardano il numero di pazienti trattati, il volume di esami realizzati; gli indicatori qualitativi riguardano l'esistenza e l'accessibilità delle linee guida, la qualità della cartella clinica del paziente, la verifica dei gradi di infezioni nosocomiali, di patologie iatrogene (estubazione imprevista) e i ricoveri successivi non previsti.

Si dovrebbe, dunque, disporre di una lista di indicatori di qualità condivisa dai diversi operatori. Sarebbe preferibile creare una lista di indicatori

valida per tutto il territorio nazionale, così come avviene in alcune realtà europee, poiché l'assenza di accordo a livello nazionale esporrebbe al rischio di vedere pubblicate liste molto dissimili o che privilegierebbero un aspetto particolare della qualità (tabella 1). Gli indicatori devono essere di numero limitato, chiaramente definiti, facili da raccogliere, specifici e riproducibili.

#### 2.3. La qualità, con chi?

L'obiettivo del miglioramento continuo della qualità deve far parte dei «valori» della direzione generale, del personale medico e infermieristico, del progetto della Ti e dell'intera azienda ospedaliera.

Un sistema di gestione di qualità non può che svilupparsi con un management «partecipativo»: responsabilizzazione degli operatori, partecipazione fondata sulle competenze e sulla motivazione e non sulla gerarchia, rapidità di comunicazione e coordinamento.

#### 2.4. La qualità, come?

Non si dispone di un modello che possa servire da riferimento e poche sono le esperienze pubblicate al riguardo. Inoltre, la caratteristica principale della terapia intensiva, cliente e fornitore dell'intero ospedale, rende il compito ancora più difficile.

#### Scelta dei temi e organizzazione dei gruppi di progetto

La scelta dei temi si fa a partire da una valutazione sistematica delle disfunzioni attraverso l'*audit* esterno, su proposta dell'*équipe* della Ti o a partire da nuove indicazioni professionali e norme legislative. Il comitato qualità dà la priorità a casi che trattano problemi frequenti o che hanno potenzial-

mente conseguenze gravi, realizzabili in un periodo breve, compatibili con i vincoli locali e finanziari e percepiti come pertinenti dal personale o dai pazienti. La scelta del primo tema è particolarmente importante poiché un eventuale fallimento, sopraggiungendo dopo una mobilitazione dell'intero reparto, diminuirebbe la credibilità del sistema.

I gruppi di progetto sono incaricati di trattare i temi considerati e sono costituiti da operatori provenienti da tutti i gruppi professionali coinvolti, selezionati su base volontaria, formati al sistema qualità.

#### Applicazione delle soluzioni

L'informazione (ciò che deve essere fatto, da chi, come, quando) deve riguardare tutti i membri della Ti. La diffusione delle procedure individuate è garantita da un supporto leggibile e accessibile, di cui l'aggiornamento è possibile ed è completata da riunioni informative tra i differenti operatori. L'informazione riguarda anche lo stato di avanzamento dei lavori del comitato, i risultati ottenuti e le azioni programmate. La credibilità e la continuità del processo risiedono in gran parte nella qualità dell'informazione e nel modo di diffusione.

La formazione degli operatori coinvolti nel processo alle nuove metodologie di valutazione di qualità è effettuata dai responsabili della formazione, sia medici che infermieri. L'esperienza mostra che tale formazione deve essere ripetuta ai nuovi arrivati al fine di far diventare routine la nuova procedura. Il tempo dedicato all'informazione e alla formazione necessita una gestione del tempo lavorativo difficile in terapia intensiva, dove il carico di lavoro è elevato e solo in parte pianificabile.

### 3. Problematiche organizzative delle terapie intensive italiane

In Italia ogni ospedale dovrebbe essere dotato di un servizio di Ti in grado di gestire il paziente critico. Il numero e la dimensione delle Ti dovrebbero dipendere dalle dimensioni e dalle attività specialistiche del singolo ospedale al fine di poter far fronte alle necessità del relativo bacino di utenza. In realtà, i centri di rianimazione distribuiti su tutto il territorio nazionale sono di numero limitato, sono presenti soltanto in pochi ospedali e, talvolta, hanno un numero di posti letto estremamente basso rispetto ai posti letto dell'ospedale di cui fanno parte. In Italia meridionale, per esempio, a Napoli e a Bari nei due Policlinici Universitari rispetto ad un'utenza di circa 1200/1700 posti letto, ciascuna rianimazione è caratterizzata da solo diciotto posti letto, di cui otto intensivi (di primo livello) e circa dieci subintensivi (di secondo livello).

Negli Stati Uniti il 78% degli ospedali ha almeno una terapia intensiva (in questo caso definendo Ti anche le Unità coronariche) ed il numero di posti letto dedicati alle cure intensive rispetto a quelli totali è tra il 5-10% rispetto al 3% in Europa. In Italia su 1144 ospedali pubblici con un totale di 303286 posti/letto (pl) solo 5707 sono i pl per le cure intensive con evidenti differenze per regione (tabella 2) (Apolone, 1996).

Al fine ottenere un livello qualitativo del servizio adeguato alle esigenze del cliente finale, un servizio di terapia intensiva necessita di poter disporre di alcuni servizi all'interno dell'ospedale e di avere una propria idonea organizzazione interna sia per quanto concerne il personale che le attrezzature in funzione del volume e del *case-mix* trattato. Tali servizi dovrebbero essere organizzati su due livelli, monitoraggio intensivo (terapie subintensive) e trattamento intensivo (terapie intensive), presupposto che vedrebbe

Tabella 2 - Distribuzione per regione dei posti letto per le Ti italiane

Regione	Posti letto	Posti letto/ 100.000 abitanti
Piemonte .....	421	9.79
Valle d'Aosta .....	11	9.49
Lombardia .....	985	11.13
Provincia autonoma di Bolzano .....	72	16.33
Provincia autonoma di Trento .....	31	6.89
Veneto V.G. ....	486	11.10
Friuli .....	86	7.19
Liguria .....	247	14.77
Emilia-Romagna .....	496	12.70
Toscana .....	453	12.85
Umbria .....	78	9.61
Marche .....	128	8.96
Lazio .....	470	9.14
Abruzzo .....	150	12.00
Molise .....	38	11.48
Campania .....	363	6.45
Puglia .....	411	10.20
Basilicata .....	41	6.73
Calabria .....	139	6.72
Sicilia .....	478	9.63
Sardegna .....	123	7.47
<b>Totale .....</b>	<b>5707</b>	<b>10.06</b>

una diversa distribuzione delle risorse sia in termini di tecnologie che di personale. La presenza di terapie subintensive incrementerebbe le possibilità di accesso del paziente critico ai servizi per le cure intensive attraverso due percorsi: ricovero diretto del paziente che necessita di un'osservazione intensiva e trasferimento da una terapia intensiva di un paziente «postintensivo», consentendo un maggiore turnover dei pazienti.

In Italia una terapia intensiva è inserita all'interno di un Dipartimento di anestesia e rianimazione (DAR), dove lo stesso personale medico ed infermieristico, talvolta in numero insufficiente (tabella 3) (Apolone, 1996), esplica frequentemente differenti attività che si rivolgono a diversi ambiti assistenziali. Numerosi sembrano i casi in cui il personale sanitario di un DAR, oltre ad occuparsi della propria Ti, gestisce un ambulatorio (terapia del dolore, camera iperbarica), garantisce il servizio di anestesia nelle sale operatorie, interviene in situazioni di emergenza (Pronto soccorso), assiste l'esecuzione di procedure diagnostiche particolarmente complesse, è chiamato ad esprimere pareri presso altri reparti. Ciò genera una notevole complessità organizzativa, una forte integrazione con gli altri servizi dell'ospedale e una difficoltà a procedere ad una analisi dei costi.

In un reparto caratterizzato da un elevato grado di conflittualità interna, dovuta ai numerosi elementi da gestire, sembra difficile l'introduzione di un percorso di miglioramento di qualità. Nel corso di alcune interviste effettuate ad alcuni medici rianimatori sono emersi alcuni fattori che, a nostro avviso, ostacolano l'introduzione di strumenti di qualità nelle Ti italiane.

Le Ti possono essere definite «burocrazie professionali» in cui convivono due logiche gerarchiche, quella professionale e quella manageriale. Vi

sono da una parte i professionisti (in particolare i medici) i quali godono di un'ampia autonomia operativa al punto da sottrarsi, almeno in parte, al controllo esercitato dal *top management* e dall'altra gli altri membri dell'organizzazione inseriti in un contesto regolamentato e dipendenti dalla gerarchia amministrativa. A ciò si aggiunge la presenza di barriere tra i gruppi professionali di differenti unità operative storicamente orientati secondo le specialità cliniche e non secondo le esigenze del paziente. Tale situazione ostacola la creazione di una cultura basata su uno stile di gestione «partecipativo» e orientato alla soddisfazione del cliente, fondamento essenziale di un programma di qualità.

La cultura di valutazione dei professionisti sanitari in Italia è ancora limitata, soprattutto per ciò che concerne il personale infermieristico. Manca una formalizzazione scritta dei compiti e delle responsabilità delle differenti figure professionali, dei protocolli di cure mediche ed infermieristiche, delle politiche di reclutamento dei pazienti, dei bilanci di attività sanitarie e parasanitarie. L'assenza di protocolli scritti per ciò che concerne le cure rende difficile valutare le pratiche quotidiane. Manca un inventario completo del materiale utilizzato e ciò rende difficile effettuare una valutazione dei

costi ed un piano sistematico di rinnovamento. La valutazione della soddisfazione del personale e delle famiglie non è realizzata in maniera sistematica. Per ciò che concerne la distribuzione e l'ampiezza dei locali della Ti, le camere sono troppo piccole e non tengono conto della caratteristica particolare del malato di rianimazione.

Altri fattori che, a nostro avviso, possono rendere difficile l'introduzione di strumenti di qualità riguardano la difficoltà di tradurre i principi di gestione di qualità in un linguaggio comprensibile a tutto il personale e l'onerosa documentazione di supporto necessaria sia per l'implementazione e lo sviluppo di un programma di qualità sia per la valutazione dei risultati ottenuti. Il tempo e l'energia da dedicare allo svolgimento delle attività richieste dal programma di miglioramento sono indispensabili ed il personale sanitario e parasanitario, che già con difficoltà svolge l'oneroso carico assistenziale, è insufficiente e mal distribuito.

Altri fattori di difficoltà all'introduzione di strumenti di qualità sono la mancanza di «integrazione verticale» nel programma di qualità che deriva da uno scarso coinvolgimento del *management* nelle attività di miglioramento e la mancanza di «integrazione orizzontale» che risulta da una assen-

Tabella 3 - Rapporto infermiere/posti letto in due diverse fasce orarie

Generali	Chirurgiche	Pediatriche	Totale	
	235	44	9	<b>288</b>
Mattina feriale < 0.5	22%	27.3%	37.5%	<b>23.4%</b>
Notte festivo < 0.5	60%	47.7%	75.0%	<b>58.9%</b>
Dimensione Terapia intensiva (posti letto)				
	1-4	5-7	8	<b>&gt; 8</b>
	47	124	53	<b>63</b>
Mattina feriale < 0.5	2.17%	21.0%	30.2%	<b>38.1%</b>
Notte festivo < 0.5	6.52%	65.3%	69.8%	<b>75.8%</b>



za di cooperazione tra le differenti unità operative nei programmi di qualità. Gli anestesisti rianimatori hanno difficoltà a considerare gli altri servizi (medici, tecnici e amministrativi) come «clienti interni».

Il miglioramento continuo della qualità è ancora poco attuato nelle terapie intensive italiane anche perché pochi sono i lavori scientifici sull'organizzazione delle Ti e sulla validità degli indicatori di qualità. Ciò nonostante, gli anestesisti rianimatori mostrano un interesse crescente alle tematiche di qualità e si stanno formando in quest'ambito, come dimostra l'inserimento di sessioni dedicate alla qualità e all'organizzazione nei congressi di rianimazione. Molto ancora si dovrà fare sia per cercare di risolvere i suindicati problemi organizzativi che non potranno mai consentire l'attuazione di un qualsivoglia strumento di qualità sia per trasmettere una cultura di valutazione al personale sanitario e parasanitario tale da mettersi al passo con alcune realtà europee presenti in Gran Bretagna e in Francia, dove si applicano sistematicamente programmi di controllo di qualità.

#### 4. Esperienza francese

Nel corso di un periodo trascorso presso il centro di rianimazione di uno dei più grandi ospedali d'Europa, l'*Hôpital Henri Mondor* di Parigi, dove è applicato sistematicamente un programma di miglioramento di qualità, abbiamo partecipato alle attività assistenziali e scientifiche svolte nel servizio ed effettuato interessanti interviste ad alcuni membri dell'*Assistance Publique* francese e ad alcuni esperti di qualità. Ciò è stato utile per meglio comprendere come alcune difficoltà esistenti in Italia, circa l'applicazione di programmi di qualità, sono state risolte in alcuni centri francesi.

L'*Hôpital Henri Mondor* è uno dei dodici ospedali universitari di Parigi, si trova a Creteil, nella «Region Parisienne» ed è oggi uno dei più grandi e conosciuti ospedali europei, sia per la quantità dei posti letto (1800 circa), sia per la presenza di alcuni servizi tra i più accreditati in Europa come la cardiocirurgia o la rianimazione medica. In esso sono presenti sei terapie intensive specialistiche più due terapie intensive polyvalenti (una medica ed una chirurgica). Ciò determina senza dubbio un più selezionato reclutamento di pazienti e snellisce il carico di ricoveri destinato alle rianimazioni polyvalenti. Una tale organizzazione interna determina una più equa distribuzione delle risorse e facilita l'attuazione di un programma di qualità.

Il servizio di rianimazione medica, diretto dal professor Francois Lemaire, è caratterizzato da 25 posti letto con una distribuzione su tre livelli: il primo livello è un'unità intensiva di sei posti letto di cui due riservati esclusivamente ai pazienti trapiantati ed ai pazienti con immunodepressione, il secondo livello è caratterizzato da un settore postacuto, ma con necessità di monitoraggio intensivo ed il terzo livello è caratterizzato da posti letto predimissione. Sono presenti due figure professionali: i medici che rappresentano circa il 10% dello *staff* e gli infermieri il 90%. Tecnici e personale amministrativo, sebbene considerati indispensabili per il buon funzionamento del servizio, rappresentano una piccola parte dello *staff*. Durante la nostra visita è stato chiesto al leader del servizio di disegnare la struttura organizzativa della Ti (l'organigramma), per identificare in particolare le posizioni organizzative e le interdipendenze professionali tra i medici e gli infermieri. Il vertice strategico di un Ti ossia il direttore del servizio (il primario), responsabile delle politiche generali della Ti (gestione delle risorse

umane, delle attrezzature, dell'aspetto finanziario e dell'utilizzazione delle risorse) è all'interno dell'unità, da cui dipendono il responsabile infermieristico e il responsabile medico della Ti che condividono informazioni, *leadership* e potere decisionale. L'attribuzione di compiti di *leadership* è basata sulle competenze professionali (medici e infermieri).

La «*réanimation médicale*» di Mondor ci stupisce per l'impeccabile assetto organizzativo; per quel che concerne l'assistenza, la continuità delle cure è assicurata da un personale fisso, specializzato unicamente in rianimazione (in Italia il rianimatore è anche anestesista) e non soggetto a *turnover*; inoltre la documentazione clinica del paziente, che sottrae tempo ad un turno assistenziale di un rianimatore italiano, a Mondor viene registrata dai medici soltanto su cassetta e un segretario amministrativo provvede alla compilazione del materiale cartaceo (storia clinica, cartella clinica e diaria di terapia). Questo migliore assetto organizzativo snellisce il carico assistenziale e di conseguenza lascia molto più tempo all'attività scientifica.

Nel servizio di Mondor è applicato sistematicamente una metodologia di audit e dall'analisi dei risultati emerge una buona organizzazione del lavoro e una buona qualità delle cure erogate. È presente una forte motivazione della *équipe* sanitaria e parasanitaria, una sensibilizzazione diffusa a tutti i livelli gerarchici alle politiche di qualità, una partecipazione ai lavori di ricerca clinica sia dei medici che degli infermieri. Risalta la formalizzazione dei compiti e delle responsabilità delle differenti figure professionali, anche per ciò che concerne il personale infermieristico; esistono protocolli scritti di cure mediche ed infermieristiche e due pomeriggi alla settimana, tutto lo *staff* si riunisce sistematica-

mente per valutare le pratiche quotidiane, le politiche di reclutamento dei pazienti e discutere eventuali modifiche dei protocolli di terapia. Inoltre, se è vero che l'obiettivo principale dell'*équipe* resta il miglioramento dello stato di salute dei pazienti, è tenuto in considerazione fortemente anche il *comfort* psichico e fisico, l'informazione e molta attenzione è dedicata all'accoglienza dei familiari.

Durante la nostra visita, risalta un'adeguata distribuzione e ampiezza dei locali con il rispetto di uno spazio adatto al malato di rianimazione. È presente un'accurata formazione all'arrivo di nuovo personale infermieristico ed i compiti svolti da tale personale tengono conto delle responsabilità definite dai testi ministeriali. Nadine Soubrier, la caposala del servizio suddetto, ci racconta che ogni infermiere professionale nuovo all'arrivo nel servizio effettua un periodo di formazione supplementare di sei settimane e riceve un *dossier* concernente i testi di legge che definiscono le funzioni, i diritti, i doveri, i principi dell'organizzazione del servizio e i principi generali di gestione (studia perfino i comportamenti da adottare secondo le differenti religioni nei confronti delle famiglie in caso di decesso di un paziente).

In effetti, però, l'elevato livello qualitativo osservato in questa rianimazione, che come suddetto fa parte di un grande ospedale a carattere universitario, non è la norma in Francia. Alain Tenaillon, presidente dal 1994 di un gruppo di ricerca sull'*audit* negli ospedali francesi, ci riferisce che in alcune Ti di ospedali francesi, così come emerso dai risultati di 4 *audit* realizzati nell'anno universitario 1996/97, sono presenti alcune problematiche organizzative che, a nostro avviso, poco si discostano dalle problematiche esistenti in molte terapie intensive italiane.

## 5. Discussione

Nella rianimazione di Mondor, dove è applicato in maniera sistematica un programma di miglioramento di qualità, l'*équipe* medica e paramedica ha acquisito una cultura di valutazione che permette di accettarlo ed affrontarlo adeguatamente. All'interno del reparto la soddisfazione dei bisogni del paziente è un obiettivo importante, il coordinamento tra lo *staff* e le relazioni interprofessionali sono soddisfacenti, la responsabilizzazione del personale è acquisita ed esiste un gruppo Ti che svolge il suo ruolo.

L'introduzione di un percorso di miglioramento, invece, sembrerebbe più difficile in una realtà, come quella dell'Italia meridionale, in cui sono presenti problematiche organizzative che rallentano la sua realizzazione. Riteniamo che la mancanza di una adeguata organizzazione del servizio, la carenza di personale, la distribuzione non equa del personale stesso, la inadeguata localizzazione dei servizi di supporto alla rianimazione (radiologia, servizio di analisi), l'oneroso carico assistenziale e burocratico siano le difficoltà maggiori all'applicazione di un programma di qualità. Non si può pensare ad implementare correttamente un *audit* in una rianimazione in cui il personale medico oltre a preoccuparsi dei problemi clinici dei pazienti, deve interessarsi a risolvere i problemi organizzativi del servizio; spesso i pazienti sono in esubero rispetto ai posti letto ed il numero degli infermieri è limitato rispetto alle necessità dei pazienti.

Un ulteriore ostacolo alla realizzazione del programma di controllo di qualità è di natura culturale. È difficile realizzare un tale programma quando l'ambiente interno è ostile e vi è una resistenza dei medici a sottoporsi a valutazioni di qualsiasi tipo, così come ad accettare l'idea di dover riconoscere l'inadeguatezza dei propri metodi

di lavoro, al punto da doverli cambiare. Isabelle Durand, responsabile dell'unità di studi di valutazione di Mondor, sottolinea la comprensibile difficoltà di introdurre un progetto di miglioramento nella pratica di tutti i giorni, poiché la efficace realizzazione del progetto richiede un cambiamento delle abitudini e delle relazioni tradizionali all'interno dell'unità di cura. La difficoltà principale risiede, comunque, nella continuità di un processo di valutazione.

Alla luce delle esperienze maturate si possono evidenziare alcuni elementi «effettivamente» rilevanti per l'efficace introduzione della qualità:

- l'acquisizione da parte di tutto lo staff della Ti di un orientamento alla qualità, inteso come sforzo continuo per migliorare giorno dopo giorno le proprie prestazioni;

- un'adeguata considerazione delle esigenze del paziente;

- una formazione del personale alle metodologie di qualità e alle tematiche organizzative;

- una formazione iniziale, all'arrivo in Ti, e continua per ogni attore tale da far sì che ciascuno svolga al meglio il suo ruolo finalizzato alla soddisfazione del paziente e dei clienti interni;

- un coordinamento tra i differenti livelli gerarchici della Ti, siano essi medici, infermieri o amministrativi, poiché tutti devono tendere alla soddisfazione del cliente finale;

- la condivisione da parte di tutta l'*équipe* degli obiettivi del programma di miglioramento di qualità e la comprensione dell'importanza che riveste un tale programma;

- una diffusione dell'informazione a tutto lo *staff* circa gli eventuali risultati di miglioramento ai fini di aumentare la motivazione di ciascuno;

- un consenso alla realizzazione di un programma di miglioramento da parte del direttore dell'ospedale.

## 6. Conclusioni

Un percorso di miglioramento di qualità comprende tutte le misure per verificare e migliorare la qualità dell'organizzazione, dei processi (medici e non) e degli esiti della Ti. L'*audit* deve essere inteso come uno degli strumenti possibili per introdurre un tale percorso e per analizzare la situazione esistente al fine di rilevarne le eventuali disfunzioni. La realizzazione dell'*audit* richiede dunque all'interno dell'unità organizzativa una preparazione ed una forte motivazione alla ricerca di qualità; l'*audit* è, infatti, considerato il punto di partenza di un percorso di miglioramento soprattutto per il personale paramedico. Alexandra Fourcade, responsabile del servi-

zio di valutazione e di qualità di Mondor, durante un colloquio, sottolinea nella sua esperienza di *audit* che la ricerca di qualità organizzativa fa sperare in un miglioramento della qualità delle cure ma non assicura il miglioramento della qualità dei risultati.

L'obiettivo di un percorso di *audit* non è di raggiungere la qualità in tutti i suoi aspetti, continuamente e per tutti, ciò è poco realistico, ma di ottenere un livello qualitativo del servizio adeguato alle esigenze e alle aspettative del cliente finale.

### BIBLIOGRAFIA

- APOLONE G. (1996), *GIVITI. Un gruppo per la Terapia intensiva*, Minerva Medica, Torino.
- BUCCI R., LOIUDICE M. (1996), *Il dibattito sulla qualità in ambito sanitario*, Mecosan, 18: pagg. 156-167.
- CHALFIN D.B., COHEN I.L., LAMBRINOS J. (1996), *Economia e rapporto costo-efficacia in terapia intensiva*, Intensive Care Medicine, 2: pagg. 114-123.
- HUREL D., LOIRAT P., SAULNIER F., NICOLAS F., BRIVET F. (1997), *Quality of life 6 months after intensive care: results of a prospective multicenter study using a generic healthstatus scale and a satisfaction scale*, Intensive Care Medicine, 23: pagg. 331-337.
- ROCHE N., DURIEUX P. (1994), *Clinical practice guidelines: from methodologic to practical issues*, Intensive Care Medicine, 20: pagg. 593-601.
- VINATIER I., LOIRAT P. (1998), *Le concept qualité en réanimation*, Actualité en Réanimation et Urgences, Arnette, Paris.

# IL SISTEMA QUALITÀ ISO: LEVA ORGANIZZATIVA NEI SERVIZI SANITARI. LA STRUTTURA «PULCE» DEL SERVIZIO MENTALE DELL'AUSL DI REGGIO-EMILIA

Maria Moscara<sup>1</sup>, Corrado Ruozi<sup>2</sup>, Massimo Jesi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servizio Salute Mentale AUSL di Reggio Emilia

<sup>2</sup> Ufficio Qualità, Comunicazione, Formazione AUSL di Reggio Emilia

<sup>3</sup> Consulente S.O.A. Srl Bologna

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Qualità e cambiamento organizzativo - 3. Analisi organizzativa: lo stato di partenza del SQ (1) - 4. «Pulce» - 5. La SR Pulce - 6. Le premesse organizzative preesistenti al SQ: documentazione, evidenza - 7. Gli effetti organizzativi - 8. Riflessioni conclusive.

## 1. Introduzione

Questo lavoro presenta l'esperienza di costruzione ed applicazione di un Sistema qualità (SQ) secondo la norma ISO 9000-1 (UNI Qualità 1998) realizzato c/o la Struttura residenziale (SR) Pulce del Servizio salute mentale (SSM) dell'AUSL di Reggio Emilia. L'attenzione è rivolta ad evidenziare come un SQ ISO possa rappresentare una leva per la gestione di organizzazioni del Servizio sanitario nazionale (SSN). Soprattutto in settori, quali la salute mentale ed altri campi della patologia cronica, in cui è essenziale presidiare la qualità delle prestazioni erogate, per non assistere ad un abbassamento dei livelli di assistenza connesso, anche, al basso livello di contrattualità dell'utenza.

## 2. Qualità e cambiamento organizzativo

L'AUSL di Reggio Emilia lavora dal 1990 all'applicazione dei modelli della qualità per l'organizzazione dei propri servizi (Brambilla e altri, 1994).

Il progetto descritto non è la prima esperienza di certificazione ISO dell'Azienda: nel novembre 1996, il Ser-

vizio infermieristico domiciliare (SID) ha ottenuto la certificazione secondo la norma ISO 9000-1 (Bianchi e altri, 1996).

Avendo verificato, nel contesto specifico, l'applicazione delle ISO ai servizi sanitari rivolti alla persona e dopo aver valutato positivamente il primo anno di gestione del SQ del SID, con la SR Pulce la connotazione dell'attività di certificazione cambia. L'ipotesi che ha catturato il nostro interesse è stata di verificare quanto il modello ISO possa essere una tecnologia utile alla ricerca di soluzioni organizzative e a problemi considerabili come «costituzionali» al servizio pubblico.

Nelle descrizioni problematiche dei servizi ci si confronta spesso con: scarsa motivazione, conflittualità nei gruppi di lavoro, debole attenzione all'innovazione, chiusura organizzativa e difficoltà di relazione fra diversi settori. Si incontra, inoltre, la difficoltà nel programmare-attuare il *turnover* delle figure professionali apicali, senza compromettere il *know-how* tecnico-organizzativo acquisito.

Ci siamo proposti di verificare quanto la costruzione di un SQ conforme alle ISO, possa rappresentare una modalità per dare evidenza e garanzia alla qualità di un prodotto-servizio e

costituire una traccia metodologica, sulla quale indirizzare lo sviluppo organizzativo di unità operative in condizioni critiche, dal punto di vista organizzativo, per uno o più fattori fra quelli elencati.

Per le Aziende sanitarie, in regioni quali l'Emilia-Romagna, dove l'investimento nel servizio pubblico è sempre stato forte, la pressione del mercato, la concorrenza, la necessità di acquisire nuovi clienti, sono ancora leve deboli. Leve non sufficienti a motivare, come può avvenire nell'azienda manifatturiera, l'investimento nelle ISO come sistema di garanzia della qualità. Non solo, programmi di garanzia della qualità più tarati sul contesto sanitario, come l'accreditamento (proposto dalla nostra Regione), sembrano avere caratteristiche migliori per costituire un modello più generalizzato di valutazione della qualità dei servizi sanitari.

Da parte sua, il modello ISO, ci sembra possedere alcune caratteristiche interessanti per la progettazione organizzativa:

a) è un modello trasversale a tutte le organizzazioni.

Il livello di qualità offerta è così comprensibile anche a chi non conosce i dialetti specifici di settore ed ap-

partiene ad altre culture di riferimento. La difficoltà a declinare le ISO nelle organizzazioni sanitarie, alla luce di questa considerazione, può ridefinirsi come punto di forza se vista nell'accezione del superamento dei modelli autoreferenziali e delle chiavi di lettura monoculturali;

b) è un modello che esige un alto livello di definizione delle responsabilità e delle competenze dei ruoli.

Questo è un punto di forza per i servizi sanitari pubblici che storicamente, hanno sedimentato modelli organizzativi centrati sull'evitamento delle responsabilità e la non valorizzazione delle competenze;

c) richiede un livello di definizione delle procedure condiviso e documentato.

Questo è un aspetto dirompente nella realtà di molti servizi in cui spesso il riferimento operativo è rappresentato, quasi esclusivamente, dalla trasmissione verbale della memoria storica degli operatori;

d) il sistema di verifica è a cura di esperti esterni all'organizzazione;

Questi professionisti per lo più non appartengono al mondo sanitario e possono portare un punto di vista che può produrre differenza ed evitamento dell'autoreferenzialità;

e) produce una forte evidenza della qualità del lavoro svolto.

Le analisi organizzative (vedi progetto «AUSL Ascolta», Abbate e altri, 1997) evidenziano tra le cause di sofferenza professionale: la mancanza di visibilità del lavoro quotidiano, la criticità di sistemi premianti che non riconoscono le differenze e l'omogeneizzazione livellante al basso. Le ISO, forse solo fino a quando le esperienze in sanità manterranno un carattere pionieristico, accendono un riflettore sul gruppo di lavoro che si trova ad essere ingaggiato nella sfida per l'eccellenza.

### 3. Analisi organizzativa: lo stato di partenza del SQ della Struttura residenziale «Pulce»

Pulce presentava all'inizio del progetto alcuni problemi:

1) difficoltà a mantenere alta la motivazione del personale. Il gruppo di lavoro dopo un primo periodo, caratterizzato dall'alto investimento nella costruzione della metodologia di lavoro (anni 89-91) e un secondo periodo in cui la metodologia era stata applicata con buoni risultati (anni 91-96 vedi tabelle 1 e 2), mostrava una condizione di stallo che impediva, tra l'altro, di percepire i buoni risultati ottenuti sul piano clinico e privilegiava modelli di descrizione negativa nell'analisi del proprio contesto professionale;

2) chiusura organizzativa. Difficoltà si evidenziavano nei rapporti di interfaccia con gli altri segmenti del SSM (vedi box 1 e 2), producendo incoerenza nei progetti di cura;

3) conflittualità nel gruppo di lavoro. Connessa anche al non poter individuare meccanismi premianti per figure professionali per cui non è previsto contrattualmente uno sviluppo verticale di rilievo (capo sala, infermieri, educatori);

4) difficoltà a realizzare il turnover della dirigenza.

Quest'ambito di problematicità era poco collegato alle specifiche caratteristiche del gruppo di lavoro e, l'idea di sperimentare una sorta di reingegnerizzazione del sistema utilizzando il modello ISO, ci pareva avesse alcune buone ragioni per essere proposta:

— nella pratica riabilitativa psichiatrica è difficile avere una percezione chiara del risultato del proprio lavoro, spesso i miglioramenti dei pazienti sono percettibili solo nel lungo periodo e i *feedback* di rinforzo per gli operatori sono difficili, di conseguenza, da ottenere nella quotidianità. Avere come riferimento un SQ, che presidia costantemente il processo di lavoro, poteva determinare quattro condizioni utili al contenimento di questa criticità:

1) il mantenimento delle conformità produce una costante informazione sul cosa (oggetto) si sta facendo e sul come (processo) lo si sta facendo;

2) l'attenzione a documentare l'attività svolta può evidenziare i risultati diluiti nel lungo periodo;

3) le verifiche del SQ possono costituire un momento di consapevo-

Tabella 1

	Indice di occupazione
Anno 1993.....	9,76
Anno 1994.....	10,2
Anno 1995.....	11,77
Anno 1996.....	12
Anno 1997.....	12,27

Tabella 2

	Turn over
Numero pazienti/anno 1993.....	19
Numero pazienti/anno 1994.....	26
Numero pazienti/anno 1995.....	31
Numero pazienti/anno 1996.....	34
Numero pazienti/anno 1997.....	25

**Box 1 - Servizio di salute mentale**

Il Servizio salute mentale del Distretto di Reggio Emilia ha un bacino di utenza di 154.617 abitanti adulti, comprende il capoluogo di provincia con 135.406 abitanti e sei Comuni limitrofi omogenei per caratteristiche socio-demografiche. Il contesto di riferimento è quello di una cittadina di provincia.

Già prima degli anni '70 il SSM di Reggio Emilia si è caratterizzato per il decentramento dell'attività assistenziale fuori dal manicomio e per una cultura ed una prassi della deistituzionalizzazione attraverso modelli di assistenza territoriale integrata.

Il SSM del Distretto di Reggio Emilia comprende:

— due Centri di salute mentale per l'attività ambulatoriale e domiciliare programmata e urgente;

— un Servizio di diagnosi e cura ospedaliero (con bacino di utenza provinciale);

— tre Strutture residenziali;

— tre Centri diurni;

— tre Comunità terapeutiche residenziali.

L'attuale organizzazione dipartimentale è funzionale a garantire che i vari momenti dell'intervento psichiatrico siano tra loro collegati in un progetto coerente e dotato di continuità, in grado di rispondere ai complessi bisogni di cura e riabilitazione dei pazienti gravi (vedi box 2).

denziare le ridondanze organizzative esistenti fra le varie strutture residenziali del DSM, consentendone la riorganizzazione e la gestione come sistema di rete integrato.

**4. «Pulce»**

Pulce è una delle SR di cui il SSM di Reggio Emilia, sin dal 1978, si è dotato.

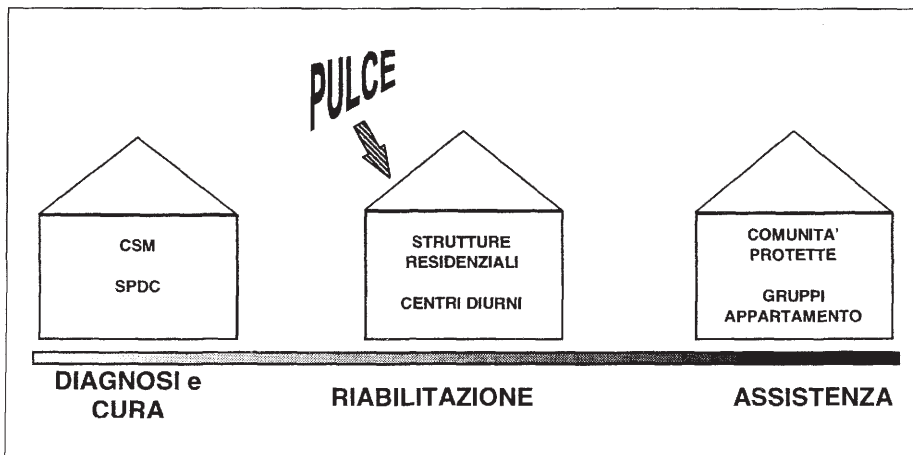
Le SR avevano la finalità di favorire la deistituzionalizzazione di pazienti con esperienza più o meno protratta nell'Ospedale psichiatrico e di rispondere ai bisogni dell'utenza con disagio psichiatrico grave che, «pur non avendo avuto esperienza di istituzionalizzazione, non pare trarre sufficienti benefici dai progetti terapeutici attuati dai CSM» (Asioli, 1988).

La SR Pulce deve il suo nome alla località in cui è sita. È ubicata in un edificio a due piani (a suo tempo scuola elementare), dista 2,5 km dalla più vicina frazione (Canali) e circa 7 km da altre sedi del SSM.

Dal 1989 la SR Pulce è stata designata dalla Direzione del SSM a svolgere la funzione di «accoglimento di utenti gravi del Servizio di salute mentale del Distretto di Reggio Emilia, con progetti terapeutico-riabilitativi specifici tesi a perseguire la massima autonomia possibile».

I pazienti sono inviati alla SR dagli operatori di altri settori del Servizio salute mentale, in primo luogo i CSM.

Pulce ha un'equipe multiprofessionale e come responsabile un Medico psichiatra. L'equipe è composta da operatori dipendenti dalla AUSL. La dotazione di personale non-medico è stata variabile per numero (da 13 a 15 unità) e professionalità: la composizione è stata determinata dall'offerta di risorse (talora più favorevole per gli educatori, talora per gli infermieri) e da equilibri istituzionali più ampi (il SSM nel suo complesso).

**Box 2**

lezza-apprendimento per il gruppo di lavoro che può determinare la riprogrammazione del sistema organizzativo utilizzando l'apprendimento dall'errore (non conformità);

4) l'evidenza interna al gruppo di lavoro può essere trasmessa ai clienti interni del SSM (gli operatori dei CSM, inviati dei pazienti) e ai clienti esterni (pazienti e famiglie) che come tutti i protagonisti del ciclo riabilitativo possono avere difficoltà nel riconoscere il cambiamento ottenuto:

— l'idea di un operatore psichiatrico eclettico, eredità storica di una diffusa cultura psichiatrica degli anni

70, ha determinato confusione e crisi dei ruoli professionali: il SQ richiede la definizione di precise responsabilità e ciò può aiutare a strutturare l'identità professionale e la competenza di ruolo;

— la definizione delle procedure può produrre chiarezza nelle condizioni di interfaccia fra la struttura e gli altri soggetti organizzativi.

Dal punto di vista dell'organizzazione aziendale ci sembrava che un SQ ISO, per i suoi effetti di standardizzabilità nel processo e quindi di trasferibilità dell'esperienza, poteva essere un buon punto di partenza per evi-

A Pulce sono disponibili 12 posti per accoglimenti residenziali e 2-3 posti per accoglimenti semiresidenziali (nell'arco delle ore diurne). Negli anni questo non è stato un vincolo rigido nel senso che talora si è superato, per alcuni giorni, il numero di ospiti residenti, se al momento non vi erano ospiti in semiresidenza o viceversa (vedi tabelle 1 e 2).

L'esperienza di costruzione di un SQ nella SR Pulce si inserisce in un percorso che ha visto per oltre un decennio un'equipe multidisciplinare impegnata nel gestire operativamente e nel fondare una metodologia dell'intervento in SR con finalità terapeutico-riabilitativo (Pascarelli, 1990; Tagliabue, 1993). La metodologia fondata trova le basi teoriche nella psichiatria di comunità (vedi box 3).

## 5. Le premesse organizzative preesistenti al SQ

### Documentazione

Nel tempo si è evidenziato il valore di documentare i dati complessivi inerenti il volume di attività di ogni singola SR. Tale documentazione ha avuto un valore nel gestire i cambiamenti organizzativi-amministrativi che l'AUSL ha affrontato e per distinguere con i l'equipe il carico di lavoro (oggettivo), dalla faticosità (soggettiva, individuale e/o di gruppo).

Faticosità connessa al confronto quotidiano con pazienti portatori di notevole sofferenza psichica, per i quali sono necessari mediamente tempi lunghi per la acquisizione di una o più abilità e per il consolidamento di una rete relazionale di riferimento e altresì sono necessari tempi lunghi, perché tali cambiamenti siano visualizzati. Cioè che il paziente e il suo contesto significativo siano consapevoli del miglioramento senza che questo sia vissuto come destabilizzante o

in qualche modo «pericoloso» per l'equilibrio del contesto significativo.

Si è perseguito l'obiettivo di avere documentazione attendibile sul singolo caso clinico e sul volume di attività. Documentazione, quale strumento di comunicazione-riflessione-formazione permanente all'interno dei gruppi di lavoro e all'esterno, per confrontarsi con le équipes di altre SR, di altre Agenzie del SSM e con i livelli gerarchici superiori dell'amministrazione dell'AUSL.

La cura della documentazione ha permesso nel tempo di migliorarla ponendosi via via l'obiettivo di docu-

mentare, con maggiore efficienza, la complessità del lavoro svolto e consentire, in un processo di formazione sul campo, il miglioramento della pratica clinica quotidiana. L'attenzione del gruppo di lavoro della SR Pulce alla documentabilità del proprio lavoro era già alta a questi aspetti, così da consentirle di partecipare attivamente al Progetto qualità totale dell'allora USL 9 (Prandi F. e Ravelli M., 1994), gestendo, in 2 anni successivi, due Circoli di qualità (Badaloni e Altri, 1998). Tale esperienza ha permesso al gruppo di lavoro di sperimentarsi:

### Box 3 - La psichiatria di comunità

Prevede che il trattamento del paziente psichiatrico grave (affetto da disturbi psicotici o da gravi disturbi di personalità) sia gestito da servizi specialistici in rete con le risorse della comunità di appartenenza: famiglia, contesto sociale (reti primarie) e con altri servizi e/o istituzioni (reti secondarie). Tale approccio prevede il ricorso all'ospedalizzazione solo come eccezionale in un iter terapeutico-riabilitativo integrato. L'approccio psicoterapeutico individuale si integra con l'intervento psicofarmacologico e con l'attenzione-cura (a seconda delle necessità) al contesto familiare in un progetto di cura complessivo. L'approccio integrato può prevedere momenti di cura in contesti specializzati in senso riabilitativo (Centri diurni e/o SR). Si tratta di interventi riabilitativi orientati all'acquisizione-riacquisizione di abilità relazionali e nella cura di sé (compromesse dal processo patologico), volte a recuperare la maggiore autonomia possibile per ogni paziente. La riacquisizione di tali abilità ha l'obiettivo di consentire o riconsentire al paziente la vita nel contesto abituale: famiglia, gruppo-appartamento e la riacquisizione, qualora possibile, di un qualche livello di autonomia lavorativa.

Questa metodologia attribuisce particolare rilievo al lavoro in équipe e alla formazione permanente degli operatori. Formazione tesa ad acquisire capacità di contatto empatico e di relazione duratura con il paziente con disturbo psichiatrico grave. Relazione significativa che diviene il principale «strumento» terapeutico perché funge da organizzatore di tutto il progetto di cura.

In una prima fase (fine anni '70 e inizio anni '80) i gruppi di lavoro nei diversi settori del SSM di Reggio Emilia erano stati costituiti sulla base della motivazione professionale di ciascun operatore e sulla condivisione delle linee del progetto generale.

Con il passare del tempo i principi metodologici sono stati fatti propri dai gruppi di lavoro che sono diventati i protagonisti della trasmissione di una cultura di base (Burani e Altri, 1982) ai colleghi neofiti. Si sono perfezionate poi le modalità di formazione all'ingresso degli operatori, anche tenendo conto che non era più possibile, per il diminuire delle risorse, basarsi sulla motivazione per formare i gruppi di lavoro e/o per garantire il turnover (Moscara e Roveta, 1996).

L'esperienza sul campo ha fatto emergere l'esigenza di perfezionare i meccanismi operativi esistenti. Tra cui, sono ritenuti fondanti questa pratica, i momenti formalizzati e strutturati di lavoro di gruppo:

- riunione di consegne ad ogni cambio turno degli operatori,
- riunione d'equipe settimanale, riunione di valutazione-programmazione annuale.

In questi momenti di lavoro, in una prima fase, è prevalsa la funzione di messa in comune dei principi generali del progetto, della metodologia e dei vissuti emozionali con i pazienti della SR. La progressiva professionalizzazione dei gruppi ha consentito, oltre a questa funzione, di strutturare maggiormente i momenti di lavoro. Sono stati così individuati obiettivi specifici per ogni momento di lavoro di gruppo e migliorati gli strumenti scritti per testimoniare il lavoro svolto (consegne personali per ciascun ospite, consegne generali per documentare l'attività per la gestione della SR, verbali per le riunioni d'equipe).

— con l'applicazione di una metodologia strutturata di *problem-solving*;

— con la necessità di documentare l'attività del Circolo. Funzione affidata al coordinatore e al segretario del Circolo che non si identificavano con le figure professionali tradizionalmente responsabili di tali compiti (medico e caposala).

Per il gruppo di lavoro, il Circolo, ha rappresentato l'occasione organizzativa-formativa per sperimentarsi con l'attribuzione di responsabilità delegata. Una responsabilità di tipo documentale esplicita, che ha avuto un'evidenza esterna alla SR e al servizio di appartenenza. Mentre nel primo anno il Circolo è stato utilizzato per apprendere e sperimentarsi con una metodologia strutturata di *problem-solving* in piccolo gruppo, nel secondo anno il Circolo è stato utilizzato per affrontare un tema che già da tempo occupava il gruppo di lavoro: dal lavoro del Circolo è derivato un protocollo di lavoro utilizzabile dall'intero gruppo di lavoro nell'attività riabilitativa quotidiana.

L'attenzione alla documentazione ha trovato un metodo strutturato nelle Norme ISO che prevedono procedure codificate per la gestione della documentazione, riaffermando la circolarità tra documentazione e miglioramento del processo di erogazione delle prestazioni. La documentazione scritta ha consentito di dare evidenza al lavoro riabilitativo svolto e ha consentito a molti pazienti la dimissione dalla SR evidenziando l'efficacia (risultati ottenuti sui singoli casi) e l'efficienza (negli anni si è ottimizzato l'uso delle risorse: indice di occupazione e *turnover* dei pazienti: vedi tabelle 1 e 2).

### Evidenza

L'affinamento della metodologia di intervento ha portato il gruppo di lavoro

a cimentarsi nell'evidenziare gli elementi terapeutici della complessa relazione paziente-sistema curante della SR.

Si è evidenziato il valore dell'alleanza terapeutica tra SR, paziente e contesto significativo (famiglia, operatori invianti). Una buona relazione terapeutica ha rappresentato la condizione sine qua non per la progettazione di un programma terapeutico-riabilitativo capace di mobilitare le risorse positive del paziente e del contesto. Programma che aveva la finalità di favorire l'acquisizione di abilità e la trasferibilità delle competenze in contesti esterni alla SR. L'individuazione di obiettivi specifici e tempizzati, espliciti e concordati con il paziente-famiglia e gli operatori invianti ha consentito di poter dare avvio ad un «contratto» sulle funzioni della SR e ad orientare in modo realistico le aspettative.

L'evidenza sull'oggetto del lavoro (il cosa si sta facendo) della riabilitazione e sul processo (il come lo si fa) è stato un obiettivo generale che il gruppo di lavoro si è posto perché la documentazione puntuale comporta che ci sia evidenza sul percorso (processo) e questo ha:

— una valenza interna ai gruppi di lavoro in quanto assume significato di apprendimento dall'esperienza (nell'ottica del miglioramento continuo delle prestazioni e delle modalità di erogazione delle stesse) utile, nei casi con risultati clinici apprezzabili così come, nei casi in cui a fronte dello sforzo professionale, non vi è evidenza di risultati. È utile per differenziare l'offerta «riabilitazione» per le diverse tipologie di utenti;

— una valenza esterna utile per esempio nella fase del «contratto» tanto con i clienti interni del SSM (gli operatori invianti degli utenti alle SR) che con l'utente-famiglia. Lì dove i risultati sono evidenziabili e lo stesso processo riabilitativo è progettato per

rendere evidenti i risultati, il sistema familiare e il sistema curante è tenuto ad orientarsi tenendo conto dei risultati che non possono essere misconosciuti. L'evidenza può consentire di passare da una delega riabilitativa ad un «contratto» per la riabilitazione (per questi argomenti si rinvia alla letteratura di settore) che (analogamente ad altri settori della medicina), una volta ottenuti i risultati posti in contratto e specifici per ogni fase di malattia, si pone in ottica di superamento del progetto riabilitativo intensivo per passare a progetti riabilitativi di mantenimento-sostegno.

Abbiamo, inoltre, inteso l'evidenza sul processo e sui risultati come strumento metodologico che può aiutare ad uscire dall'autoreferenzialità i diversi contraenti del processo riabilitativo.

Evidenza, come supporto alle decisioni programmatiche alla dirigenza della SR e del SSM e alle decisioni strategiche alla Direzione del DSM e dell'AUSL per orientare le scelte su quali risorse attivare e mantenere nel territorio di competenza.

L'evidenza è un requisito fondamentale di un SQ ISO che trova le radici nel sistema documentale e che consente un sistema di valutazione largamente inteso perché applicabile:

— al processo di erogazione delle prestazioni nel suo complesso e a singole componenti del processo;

— ai meccanismi operativi che consentono al gruppo di operare e di interagire con altri segmenti di interfaccia;

— al sistema di attribuzione-conferma delle responsabilità: i processi di valutazione sono sistemi ampiamente auspicati, ma non ancora entrati a pieno titolo nella pratica professionale corrente. Per il contesto descritto, pensiamo che un SQ rappresenti la base per l'implementazione di un sistema di valutazione. Sia nell'accezio-



ne di sistema di valutazione del processo riabilitativo, che non può che basarsi sulla documentazione e l'evidenza, che nell'accezione di sistema di valutazione delle risorse utilizzate (sia in senso quantitativo che qualitativo).

## 6. Gli effetti organizzativi

Il percorso descritto può ritenersi in itinere. L'ottenimento del certificato ISO 9000-1 per Pulce è solo l'evidenza della conclusione della prima fase di costruzione ed implementazione del SQ.

La possibilità di confronto con altri servizi che hanno affrontato prima tale percorso (SID ed alcuni servizi dell'Azienda Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia) ci consente, con sufficiente approssimazione, di prevedere le prossime fasi che si prefigurano come non meno problematiche e faticose. Possiamo delineare i primi evidenti effetti organizzativi:

— durante la costruzione del SQ si è realizzato un cambio nella direzione della SR (già programmato in precedenza), questo cambiamento è stato ben tollerato organizzativamente da un orientamento al compito (costruzione del SQ) esplicito per tutto il gruppo di lavoro e per il SSM nel suo complesso;

— sono state esplicitate le attribuzioni di responsabilità di tutto il gruppo tenendo conto dell'esperienza professionale maturata e di specifiche competenze. Attribuzione di responsabilità che sono andate nel doppio versante di rendere sempre più evidente il processo di erogazione delle prestazioni, di esplicitare i compiti-funzioni di ogni operatore nella costruzione-manutenzione del SQ;

— è stato migliorato il sistema di documentazione soprattutto per quanto concerne: il processo riabilitativo, la codificazione del contratto con gli

inviati, la valutazione sia all'interno della SR che con gli operatori inviati;

— il SQ ha richiesto una attenzione ancora maggiore (documentata ed evidente) per i segmenti di interfaccia (inviati e servizi di supporto aziendali verso cui è ancora in atto un processo di sensibilizzazione rispetto alla documentazione-evidenza).

## 7. Riflessioni conclusive

Dal SQ ci aspettiamo che:

— i vertici del DSM e dell'AUSL trovino in esso l'evidenza necessaria ad orientare le scelte di competenza;

— renda più agevole i prossimi *turnover* della dirigenza che fino ad ora ha richiesto fasi di contrattazione lunghe e non sempre facili. Il SQ può rappresentare una codificazione dello stato dell'arte del saper fare e dell'assetto organizzativo del servizio di cui il dirigente medico deve tener conto come livello di partenza per ulteriore miglioramento;

— possa essere uno degli strumenti della formazione all'ingresso degli operatori per il SSM e di formazione costante per il gruppo della SR Pulce;

— possa agevolare il confronto con gruppi operativi di altri servizi territoriali che, pur lavorando in altri ambiti, si trovino a condividerne alcune caratteristiche:

alto profilo tecnico-professionale di tipo specialistico,

alto numero di interfacce all'interno del servizio di appartenenza e con altri servizi,

*équipe* multiprofessionale in cui le competenze tecniche si coniugano con la motivazione professionale (che va mantenuta) e le abilità di buona comunicazione con i diversi clienti (interni ed esterni) del sistema.

Quanto descritto è il resoconto di come abbiamo lavorato per costruire una condizione organizzativa nella quale verificare le ipotesi sopracitate.

Il lavoro fino ad oggi è durato un anno e mezzo. Tempo lungo per una azienda pubblica continuamente esposta agli effetti della sua complessità. Cambi nella dirigenza, variazioni nel gruppo di lavoro, modificazioni delle procedure di attivazione dei servizi di supporto, sono state condizioni che hanno costituito un costante disturbo all'andamento lineare del progetto. Riteniamo questo tempo necessario per una reale metabolizzazione del SQ nella pratica quotidiana.

Allo stato attuale non è possibile valutare se il SQ abbia migliorato il prodotto «riabilitazione» erogato dalla SR Pulce, in quanto le ISO garantiscono «un presidio formalizzato dei processi attraverso l'individuazione di precise responsabilità per pianificazione, svolgimento e controllo di ogni fase» (Brusoni, 1998) e, quindi, i possibili effetti sul prodotto necessitano di tempi non ancora raggiunti dal SQ della Pulce.

Non pare possibile, inoltre, affermare che i SQ ISO orientati siano proponibili, in modo generalizzato, a tutte le UO costituenti una AUSL o una Azienda ospedaliera.

La costruzione di un SQ richiede risorse di tempo ed economiche, alta motivazione dei gruppi di lavoro protagonisti, coordinatori di progetto con responsabilità ufficialmente riconosciuta e grande disponibilità della Direzione aziendale ad affrontare le zone d'ombra della propria organizzazione che possono essere messe in luce dall'esplicitazione delle regole del gioco, di una o più delle UO di cui è costituita. Disponibilità ad affrontare i naturali conflitti tra l'UO che inizia un percorso di costruzione di un SQ ISO e le molteplici interfacce che operano con le consuete modalità (basate spesso sulla scarsa definizione e sulla tradizione orale).

La storia dei servizi alla persona certificati è ancora troppo recente per

poter trarre conclusioni definitive sui costi diretti e indiretti di un SQ ISO e per valutare attraverso follow up clinici ed organizzativi il miglioramento del prodotto-prestazione erogato nel tempo.

Il SQ ha fornito gli strumenti metodologici per contribuire al miglioramento della qualità delle prestazioni: i sistemi di controllo del SQ portano alla verifica tempizzata (predefinita) di programmi riabilitativi progettati per ciascun paziente ospitato e degli specifici contratti con gli operatori in-vianti. Questi sistemi di controllo determinano un monitoraggio costante del processo riabilitativo.

La verifica del processo: contratto, obiettivi, risultati, è un elemento a cui è riconosciuta grande importanza per il settore specifico, ma è esperienza comune come il processo di verifica abbia necessità di essere costantemente presidiato, perché le caratteristiche dell'utenza, precedentemente richiamate, possono portare allo scadimento della qualità delle prestazioni erogate, per la difficoltà del gruppo di lavoro a mantenere nel tempo la duplice attenzione alla relazione paziente-contesto e al perseguimento degli obiettivi definiti.

Il sistema di controllo del processo previsto dal SQ ISO obbliga, potremmo dire, al presidio sia dei programmi riabilitativi di successo, che dei programmi riabilitativi per i pazienti per cui è difficile nel breve tempo osservare dei cambiamenti significativi (elemento comune a molti settori della medicina che si occupano di patologie con andamento cronico). Solo il *follow up* dei SQ nel tempo e un confronto/dibattito tra i professionisti coinvolti potrà dare, a nostra avviso, delle

risposte e degli stimoli per l'approfondimento di questi aspetti.

L'esperienza aziendale che si sta muovendo sul doppio binario della certificazione ISO di alcune UO e dell'accREDITamento come richiesto dalle normative regionali e nazionali, non ha evidenziato elementi di contraddizione fra i due modelli. Questo può essere ascritto all'attenzione a non intendere la certificazione come un sistema di tipo ispettivo (Erlicher e Rossi, 1996), ma come uno dei possibili strumenti metodologici per perseguire il miglioramento continuo del prodotto-prestazione e delle modalità organizzative per UO che già avevano dimostrato livelli *standard* di buona professionalità.

Il confronto su tali temi ci vede esploratori attenti e curiosi.

Attenti a salvaguardare-migliorare i livelli tecnici acquisiti dai gruppi di lavoro, curiosi perché riteniamo che la buona pratica clinica quotidiana meriti un atteggiamento professionale di base improntato alla ricerca e alla verifica dei processi e dei risultati per orientarsi verso una clinica e una modalità organizzativa basate sull'evidenza dell'efficacia.

Consapevoli che l'entusiasmo per il lavoro svolto può aver orientato la trama narrativa ad una connotazione positiva che non dà giusta evidenza agli errori, alle difficoltà che hanno segnato il percorso del progetto, ci proponiamo all'attenzione critica del lettore invitandolo a farci pervenire suggerimenti, critiche, richieste, esitate dalla lettura di questo articolo.

(1) Abbreviazioni contenute nel testo:

- AUSL, Azienda unità sanitaria locale;
- CSM, Centro di salute mentale;

- DSM, Dipartimento di salute mentale;
- SID, Servizio infermieristico domiciliare;
- SQ, Sistema qualità;
- SR, Struttura residenziale;
- SSM, Servizio salute mentale;
- SSN, Servizio sanitario nazionale;
- UO, Unità operativa.

#### BIBLIOGRAFIA

- ABBATE L., BEGNINO C., GAMBINI F., SOLA D. (1997), *Progetto AUSL Ascolta*, 12° MBA Bocconi, ad uso interno.
- ASIOLI F. (1988), *Qualche puntualizzazione in tema di strutture intermedie*, Rivista Sperimentale di Freniatria, CXII, 3.
- BADALONI D., CAMA L., CONTINI G., PRANDI F., RUOZI C. (1998), *Gli artefici della qualità*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- BIANCHI E., GANASSI E., PEDRONI C., TEGGI G. (1996), *Procedure per la certificazione*, Infermiere informazione, 10.
- BRAMBILLA A., FROSI G., PRANDI F. (1994), *Un progetto qualità per il Servizio sanitario*, Mecosan, 9.
- BRUSONI M. (1998), *La certificazione del Sistema qualità aziendale nel settore sanitario*, Mecosan, 25.
- BURANI A.M. E ALTRI (1982), *Note per una discussione in tema di formazione degli operatori*, Riv. Sper. Frenatr., CVI, 1.
- ERLICHER A., ROSSI G. (1996), *AccREDITamento e certificazione dei servizi sanitari*, in: Bonoldi A., Focarile F., Torreggiani A. (1996), «Curare la qualità», Guerrini Associati, Milano.
- MOSCARA M., ROVETA F. (1996), *Esperienza di costruzione di un «protocollo di inserimento professionale» in un centro comunitario per pazienti psicotici gravi*, Rivi. Sper. Frenatr., CXV, 5.
- PASCARELLI P. E ALTRI (1990), *Riabilitazione e continuità terapeutica: aspetti organizzativi e metodologici*, in Burti L. (a cura di) (1990), «Riabilitazione psicosociale», Franco Angeli, Milano.
- PRANDI F., RAVELLI M. (1994), *Qualità ed approccio organizzativo globale. Qualità, speciale Qualità nella sanità*, settembre 1994.
- TAGLIABUE L. (1993), *La riabilitazione*, in Asiola F. e Altri (a cura di) (1993), «Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica», Bollati-Boringhieri, Torino.

# 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>



# LA NUOVA RIFORMA DEL NHS: È MORTO IL FUNDHOLDING, VIVA IL FUNDHOLDING

Francesco Longo, Emanuele Vendramini

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

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. La storia recente dello schema di *fundholding* - 3. Cause ed obiettivi della nuova riforma - 4. Il nuovo schema istituzionale per la funzione acquisti e la produzione territoriale - 5. Le fasi attuative della nuova riforma - 6. Alcune ipotesi interpretative del possibile processo attuativo - 7. Quali riflessioni dalla lezione NHS per il SSN?

## 1. Premessa

Il nuovo Governo Laburista del Regno Unito ha definito le proprie linee di riforma per il sistema sanitario inglese (NHS) nel dicembre del 1997 con un atto di indirizzo, «The New NWS», cercando di applicare quanto aveva promesso nella campagna elettorale della primavera precedente. Il 1998 è stato un anno di definizione analitica dei contenuti della nuova riforma e di preparazione preliminare delle nuove strutture istituzionali ed organizzative, che hanno iniziato ad operare concretamente dall'aprile 1999, in coincidenza con l'inizio del nuovo esercizio finanziario del NHS, che, per tradizione, inizia appunto in primavera. Il nuovo riordino del NHS rispetta le strutture fondamentali del sistema costruito dai precedenti governi conservatori, a partire dalle intuizioni espresse nel primo documento di riforma «Working for Patient» del 1989: vengono però introdotti significativi e sostanziali aggiustamenti tecnici ed organizzativi e si modificano alcuni accenti nelle politiche sanitarie. Il dibattito nel Regno Unito, soprattutto quello politico e giornalistico, discute di queste innovazioni istituzionali come se modificassero

profondamente la natura del sistema. Nei fatti invece i principali capisaldi della riforma generata dal primo libro bianco del '89 sono rimasti inalterati, sia dal punto di vista degli attori, che dei meccanismi generali di funzionamento, all'interno di un sistema sanitario nazionale a copertura universale e gratuita. Continueranno infatti ad operare i 4 attori protagonisti del NHS, che ricordiamo essere: la *Health Authority* (azienda responsabile della funzione di programmazione e acquisto), il *Trust* ospedaliero (azienda di produzione specialistica ed ospedaliera), il *Community Care Trust* (azienda di produzione di servizi territoriali e residenziali), i *GP fundholders* (MMG con la doppia funzione di acquirenti e produttori per i propri assistiti, la cui percentuale copre circa il 50% dei MMG inglesi). Rimangono inalterati i principi portanti della precedente riforma, così riassumibili:

a) separazione tra le funzioni di acquisto e produzione;

b) competizione tra produttori (prevalentemente pubblici), arbitrati in parte dall'azienda d'acquisto e in parte dai GPfh;

c) distinzione tra aziende di produzione ospedaliera e quelle territoriali;

d) prevalenza della funzione di acquisto-programmazione da parte delle *Health Authority* (le aziende di acquisto) sulla libertà di scelta dell'utente (1).

Ciò nonostante le linee di riforma proposte, da attuarsi a partire dal 1 aprile '99, vanno ad incidere sulla architettura istituzionale di sistema e su alcune sue declinazioni organizzative, cercando di modificare profondamente i meccanismi e gli attori del gioco di «public competition». Come vuole la tradizione anglosassone, la nuova riforma verrà implementata attraverso precise tappe attuative, per le quali il governo ha già previsto un dettagliato cronogramma.

Scopo del presente articolo è quello di illustrare le principali linee di riforma, analizzarne i livelli di indeterminazione, delineare i possibili futuri scenari attuativi, cercare di interpretare le possibili architetture complessive di sistema che si potranno ottenere, discutere alcuni spunti utilizzabili per il caso italiano, focalizzando l'attenzione

---

Pur nella corresponsabilità complessiva per il testo da parte dei due autori, i paragrafi 1, 2, 3, 6 e 7 sono stati redatti da F. Longo ed i paragrafi 4 e 5 sono stati redatti da E. Vendramini.

ne soprattutto sulla funzione di acquisto delle prestazioni sanitarie, sul *fundholding* e sulla produzione di prestazioni e servizi territoriali.

## 2. La storia recente dello schema di *fundholding*

Il *fundholding*, vale a dire l'attribuzione di un fondo per l'acquisto di prestazioni sanitarie per i propri iscritti a gruppi associati di MMG, è uno schema che ha vissuto un complesso e articolato processo di trasformazione e sviluppo. Esso fu introdotto all'inizio degli anni '90 con dei vincoli per l'adesione abbastanza rigidi (i MMG dovevano essere associati all'interno di una pratica di gruppo ed ogni gruppo avere almeno 9000 iscritti) e con un portafoglio di competenze relativamente limitato (la percentuale del fondo complessivo pro capite assegnato non raggiungeva il 25 % e comprendeva prestazioni e servizi ospedalieri di elezione, assistenza infermieristica domiciliare, prestazioni erogate direttamente negli ambulatori dei MMG, esami diagnostici e di laboratorio, farmaci e presidi sanitari, lo *staff* infermieristico, amministrativo e di supporto per l'ambulatorio). Il *fundholding* è sempre stato basato sull'assoluta volontarietà dei MMG partecipanti, i quali hanno raggiunto una percentuale di adesione prossima al 50% dei medici inglesi, con una percentuale sulla popolazione assistita leggermente superiore, a causa del numero di iscritti per medico *fundholder* superiore alla media nazionale (2).

Durante la fase intermedia di sviluppo del *fundholding* i criteri di ingresso sono diventati più elastici permettendo l'adesione allo schema anche a gruppi di MMG che raggiungessero meno pazienti e che presentassero forme di associazionismo più deboli, anche semplici legami funzionali (condivisione e corresponsabilità nella

gestione del fondo), senza condividere necessariamente la pratica medica e i relativi spazi ambulatoriali. Inoltre, con gli anni, è progressivamente aumentata anche la percentuale di quota capitaria assegnata ai *fundholders*, incrementando parallelamente il portafoglio di prestazioni e competenze da essi garantiti (acquistati o prodotti direttamente) (3). L'ammontare del fondo assegnato, oltre a svilupparsi nel tempo, ha registrato crescenti livelli di variabilità tra una *Health Authority* e l'altra, diventando sempre più una leva aziendale, manovrata in base a scelte e sensibilità contingenti e locali, e non più in base a previsioni normative centrali.

Gli ultimi 3-4 anni di vita dello schema, interessanti perché propedeutici ai più recenti sviluppi introdotti dalla nuova riforma Blair, hanno registrato, nelle esperienze pilota e di punta, due linee evolutive, che non sono né logicamente né empiricamente alternative, ma spesso sono risultate l'una l'*incipit* per l'altra:

- a) il *multi-fund*;
- b) il *total purchasing* (TPP).

a) Il *multi-fund* aggrega tra loro più gruppi di MMG, i quali operano come se fossero un consorzio o una cooperativa dotata di un fondo pari alla sommatoria delle risorse assegnate ai singoli gruppi. L'accresciuta dimensione del fondo di acquisto rafforza la rilevanza dei medici nei confronti della propria *Health Authority* e accresce il peso negoziale nei confronti dei produttori, nel momento di negoziazione dei contratti di fornitura di prestazioni ospedaliere e specialistiche per evidenti economie di scala d'acquisto. I *multi-fund* hanno quindi aumentato significativamente il numero dei MMG legati ad un unico fondo, rimettendo in discussione le logiche storiche dell'associazionismo medico, basate prevalentemente sulla condivisione degli ambulatori e quindi con un numero li-

mitato di membri. Tra coloro che spingono a favore di un sempre maggiore ruolo per i MMG nel governo del NHS vi sono molti sostenitori di questa evoluzione. Essi credono che l'aggregazione attorno ad un unico fondo di un numero maggiore di medici, aumentando le dimensioni del *budget* e le relative strutture organizzative ed operative, accresca il peso relativo dei singoli gruppi di MMG nei confronti dei restanti attori sanitari locali. I detrattori di questa soluzione sostengono invece che l'eccessiva numerosità dei medici, renda la forma associativa *multifund* di dimensioni eccessive, impossibilitata a coinvolgere direttamente nelle decisioni gestionali ogni medico. Il *multifund* rischierebbe di essere lontano ed estraneo alla maggior parte dei MMG, gestito e diretto da pochi *leader*, indebolendo il livello di coinvolgimento degli altri medici, i quali rimarrebbero estranei ad un vero e profondo processo di innovazione culturale ed operativa.

b) Il *total purchasing* (TPP) è la proposta evolutiva dello schema (o forse si potrebbe dire dell'intero NHS) portata avanti dai Conservatori, per la quale erano già state attuate e diffuse alcune specifiche sperimentazioni. In questo assetto l'ammontare del fondo concesso ai MMG coincide con l'intera quota capitaria disponibile per i loro iscritti. I MMG si trovano quindi ad assolvere l'intera funzione di programmazione e acquisto sanitario, sostituendo in ciò la *Health Authority*, la quale rimane in una posizione più di controllo-supervisione e di supporto consulenziale ai MMG. In questa variante dello schema la funzione di acquisto delle prestazioni sanitarie viene quindi completamente assegnata ai MMG. I sostenitori di questo approccio ritengono che una variabile critica di successo per l'NHS potrebbe essere costituita proprio dall'assegnare la funzione di acquisto a coloro che me-

glio conoscono e quindi meglio possono rappresentare gli utenti, cioè i MMG, arrivando a costruire ciò che è stato definito un «Primary Care-led NHS» (Department of Health, 1994), cioè un SSN guidato dai MMG.

In sintesi, le spinte evolutive principali che hanno caratterizzato lo schema di *fundholding* sono state la crescita numerica dei medici afferenti ad un unico fondo di acquisto e l'aumento del portafoglio di competenze e di finanziamento assegnato ai *fundholder*.

### 3. Cause ed obiettivi della nuova riforma

Il nuovo Governo inglese ha definito come obiettivi della propria riforma i tre seguenti concetti chiave (NHS, 1997):

a) aboliamo il sistema «two tiers» (a due livelli);

b) concertazione *versus* competizione;

c) qualità *versus* produttività.

a) La nuova riforma muove dalla constatazione che gli utenti corrono il rischio di ricevere un *mix* di prestazioni diverse e delle modalità di erogazioni differenziate a seconda del MMG presso il quale sono iscritti, dipendendo dal fatto che questi sia *fundholder* o meno. È stato infatti dimostrato (J. Bain, 1994) che lo schema di *fundholding* influenza significativamente il *mix* di prestazioni ottenute dagli utenti rispetto al caso in cui l'agenzia d'acquisto è la *Health Authority*. I sostenitori di questa critica asseriscono provocatoriamente che il tipo di assistenza dipenda dallo «ZIP code» (il codice di avviamento postale), cioè dal luogo di residenza e quindi dalla presenza o meno di MMG che aderiscono allo schema. Questo esito dello schema è una naturale conseguenza della volontarietà all'ingresso che ha caratterizzato l'impianto complessivo. La ricerca di maggiore

uniformità nel sistema impone pertanto l'abbandono dell'opzione volontaria e l'assunzione di uno schema obbligatorio per tutti i MMG. Questo comporta però la rivisitazione di un assetto che era stato pensato e costruito a partire dall'ipotesi di non obbligatorietà dell'adesione.

b) Se l'intuizione più importante che ha caratterizzato la riforma del NHS dopo il *White Paper* del '89 è stata la separazione istituzionale tra soggetti responsabili dell'acquisto e della produzione, la riforma Blair non intende certo tradirla, ma spostarne il focus. L'accento precedente è caduto maggiormente sul concetto di competizione tra i produttori «arbitrati» dalla *Health Authority*, l'agenzia d'acquisto. Oggi il *focus* dovrebbe spostarsi sul concetto di concertazione tra i produttori, o di collaborazione competitiva (Borgonovi, 1997) (4), coordinati dalla *Health Authority*. Operativamente questo dovrebbe avvenire utilizzando contratti di acquisto stabili e di lunga durata, modificando almeno parzialmente la natura degli acquirenti (soprattutto ripensando il *fundholding*), utilizzando maggiormente prezzi *standard* di fornitura per spostare l'attenzione dell'acquisto su elementi legati alla qualità, riducendo lo spazio del mercato interno (NHS, p. 69, 1997). Trattandosi in genere prevalentemente di produttori pubblici, che hanno in essere relazioni stabili (seppur ufficializzate annualmente da contratti per l'anno di competenza), è difficile intuire quale sarà la reale differenza attuativa tra l'indirizzo politico precedente e quello attuale, al di là di un generale principio ispiratore. Un rilancio del principio di concertazione, e quindi di programmazione, impone una nuova centralità ad una funzione di acquisto pubblica (*Health Authority*), diretta oppure svolta attraverso significativi poteri di regolazione, che comporta una necessaria rivisi-

tazione critica dello schema di *fundholding*, che per sua natura «esterenalizza» la funzione di acquisto.

c) La riforma del NHS vorrebbe spostare parte dell'attenzione che nel recente passato è stata dedicata all'efficienza e alla produttività alla qualità, all'appropriatezza e alla pratica basata sull'evidenza scientifica. Le due focalizzazioni (produttività e qualità) non sono dal punto di vista teorico inconciliabili ed in contrasto tra loro, ma rischiano di essere in concorrenza rispetto alle reali energie attuative che un sistema può mettere in campo, nello sforzo di raggiungere un obiettivo considerato politicamente centrale.

La novità sostanziale è che il governo della qualità non dovrebbe avvenire attraverso il solo autocontrollo professionale dei medici o delle loro società scientifiche, ma attraverso precisi organismi interni ed esterni alle singole aziende e a correlati strumenti. Questi sono stati definiti da un ulteriore atto di indirizzo «A First Class Service. Quality in the New NHS» e classificati in tre livelli di intervento: definizione di *standard* di servizi (attraverso *National Institute for Clinical Excellence* e *National Service Frameworks*), erogazione di servizi qualitativamente crescenti (attraverso lo sviluppo di strumenti di *clinical governance*, la formazione permanente e l'auto-regolazione professionale), il controllo della qualità erogata (*Commission for Health Improvement*, *National Performance Framework* e *National Patient and User Survey*) (NHS, 1998/2). In altri termini si vorrebbe riuscire a introdurre tra gli strumenti di *management* (inter-aziendali come i contratti d'acquisto di prestazioni sanitarie, ed aziendali come i sistemi di programmazione e controllo) anche codificate variabili di governo della qualità e dell'appropriatezza sanitaria (H. Glennerster, 1998).



Discutiamo nel paragrafo seguente come i predetti principi ispiratori dovrebbero essere declinati nella nuova architettura del NHS.

#### 4. Il nuovo schema istituzionale per la funzione acquisti e la produzione territoriale

Il processo di riforma ha preso avvio con la pubblicazione del nuovo *White Paper* e l'esplicitazione dei sei capisaldi su cui si dovrà basare il nuovo NHS (*The New NHS*, p. 11, 1997).

Essi sono identificati in:

a) l'NHS deve svilupparsi come sistema sanitario nazionale, omogeneamente presente sul territorio, che garantisca a tutti livelli di accesso soddisfacenti, equità, e servizi di buona qualità;

b) la responsabilità del raggiungimento di questi importanti obiettivi è assegnata al livello locale e, in particolare, ai suoi medici e a suoi infermieri, che si trovano nella migliore posizione organizzativa ed informativa per guidare i servizi;

c) gli attori del NHS devono lavorare in *partnership* tra di loro, superando le barriere inter-aziendali e cercando stretti legami con gli enti locali per riuscire a mettere al centro dei processi i bisogni dei pazienti;

d) ottenere l'efficienza attraverso un approccio più orientato all'ottimizzazione delle *performance*, anche eliminando inutili passaggi burocratici, affinché tutte le risorse siano spese a favore dei pazienti;

e) spostare il *focus* sulla qualità delle cure affinché l'eccellenza sia garantita ai pazienti e la qualità diventi il concetto guida dei processi decisionali ad ogni livello;

f) riconquistare la stima degli utenti nel NHS percepito come servizio pubblico, responsabilizzato sui pazienti, orientato agli utenti e guidato dal loro punto di vista.

#### 4.1. Gli attori e gli strumenti del processo di riforma e le responsabilità formali

In una visione d'insieme la nuova architettura del NHS può essere rappresentata dalle figure 1 e 2, che confrontano lo schema in essere e la proposta contenuta nella nuova riforma. I grafici cercano di illustrare soprattutto i diversi livelli di responsabilità e i relativi flussi finanziari.

All'interno del processo di riforma quasi tutti gli attori presenti vedono modificarsi sostanzialmente il proprio ruolo, ad eccezione dei *Trust* ospedalieri, e vengono introdotte nuovi soggetti istituzionali (*Primary Care Groups: PCG's*) e nuovi strumenti di programmazione (*Health Improvement Programme: HIP*). Illustriamo pertanto il nuovo ruolo che gli attori istituzionali sono/saranno chiamati a ricoprire all'interno del NHS riformato.

#### A) *Primary Care Group's (PCG's)*

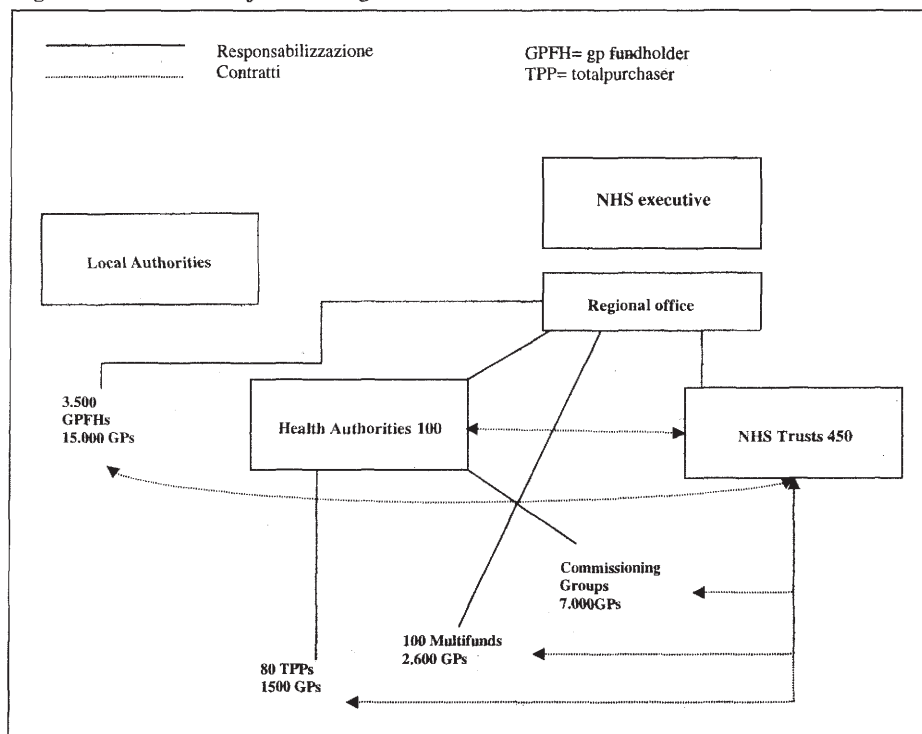
I *Primary Care Group* costituiscono un nuovo soggetto operativo formato da professionisti provenienti sia dal mondo socio-sanitario che da quello socio-assistenziale. Ognuno opererà su di un territorio con una popolazione che di norma dovrebbe essere di 100.000 abitanti, potendo però adottare dimensioni diverse in base a specifiche caratteristiche locali.

Essi saranno composti da MMG (da 40 a 80), infermieri, assistenti sociali, tecnici. L'adesione ai PCG è obbligatoria per i MMG, anche per coloro che prima non aderivano allo schema di *fundholding*.

I PCG avranno le seguenti funzioni:

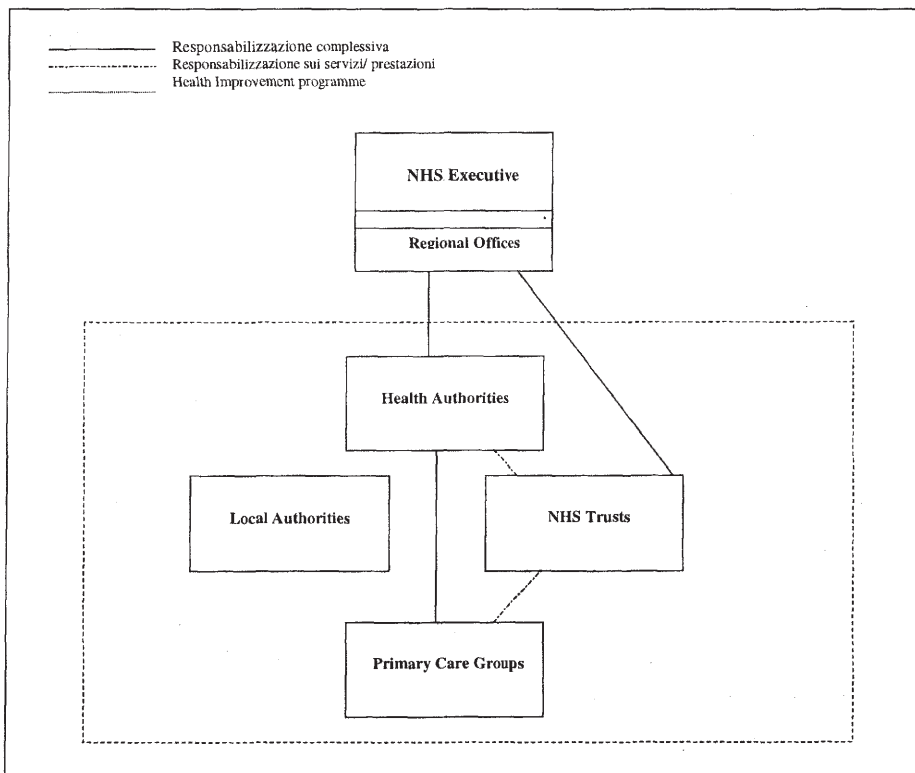
1) supportare la *Health Authority* nella costruzione del Piano sanitario locale (*Health Improvement Programme, HIP*) affinché questo rifletta anche il punto di vista delle comunità locali e le esperienze dei pazienti;

Figura 1 - Lo schema di *fundholding*



Fonte: NHS 1997.

Figura 2 - La riforma 1999



Fonte: NHS 1997.

2) promuovere la salute della popolazione locale, lavorando in *partnership* con altre istituzioni;

3) acquistare i servizi sanitari per i propri cittadini, rispettando le direttive del piano sanitario locale (HIP), garantendo qualità ed efficienza;

4) controllare il rispetto dei contratti di acquisto sottoscritti inizialmente dalle *Health Authority* e successivamente dai PCG's stessi;

5) sviluppare le cure primarie attraverso l'integrazione tra diverse professionalità, condividendo le diverse specializzazioni, istituendo un *forum* per lo sviluppo professionale, l'*audit* e il *peer review*; garantire la qualità e sviluppare un nuovo approccio alla *clinical governance*; sviluppare le risorse locali per la medicina generale;

6) aumentare l'integrazione tra le cure primarie e i servizi sanitari territoriali e sviluppare la collaborazione

con i servizi sociali sia nella fase di programmazione, sia nei momenti di erogazione.

I PCG avranno quindi una funzione complessa e articolata: quella di programmazione (definire il *mix* tra prestazioni/servizi territoriali ed ospedalieri), quella di acquisto/negoziazione dai produttori e quella di produzione o comunque di offerta diretta (fornire cure primarie, servizi residenziali e/o semiresidenziali).

I PCG sono diretti da un comitato (*Board*) composto da:

- 4-7 MMG;
- 1 o 2 infermieri;
- 1 referente del locale settore socio-assistenziale;
- 1 membro laico;
- 1 rappresentante politico per l'*Health Authority*;
- il direttore/*manager* del PCG (membro d'ufficio).

Il processo di riforma prevede che i PCG vengano differenziati tra loro sulla base di distinti livelli di responsabilità e competenze, a cui corrispondono 4 distinti gradi di sviluppo del nuovo schema (NHS, 1997).

### Livello 1

Il PCG supporta (senza un *budget* specifico) la *Health Authority* nei processi di programmazione/acquisto e di erogazione delle prestazioni/ servizi alla popolazione di riferimento. In questi primo stadio, propedeutico al cambiamento, il PCG dovrebbe concentrarsi soprattutto sull'auto-organizzazione interna e sull'apprendimento del necessario *know-how* per espletare le funzioni fino ad oggi di competenza dalla *Health Authority*. Il livello 1 è da intendersi sostanzialmente come un momento propedeutico e di preparazione al cambiamento: esso lascia sostanzialmente inalterati gli assetti preesistenti: la *Health Authority* programma e acquista le prestazioni dai *Trust*, i *Trust* (ospedalieri e di *Community Care*) producono, i MMG garantiscono le cure primarie, abbandonando però lo schema di *fundholding*. Questo stadio dovrebbe essere utile soprattutto per arrivare alla concreta costituzione dei PCG's e per permettere la costruzione dei primi piani sanitari locali (*Health Improvement Program*, HIP) concertati tra *Health Authority* e PCG's stessi.

### Livello 2

Al PCG viene attribuito un *budget* sia relativo alla sua produzione diretta, sia relativo agli acquisti di tutte le prestazioni sanitarie erogate da altri produttori a favore della sua popolazione residente; aumentano i suoi gradi di libertà, sebbene rimanga sotto il controllo della *Health Authority*, che con-

tinua ad essere formalmente titolare delle sue tradizionali funzioni di programmazione e acquisto. Il PCG inizia ad operare internamente già come soggetto responsabile della produzione territoriale e degli acquisti per la propria popolazione di riferimento, ma ancora sotto la responsabilità istituzionale della *Health Authority*: esso si configura come una unità organizzativa autonoma della *Health Authority* e non ancora come soggetto istituzionale a se stante. In questo stadio non vengono quindi ancora modificati il ruolo e le funzioni delle *Health Authority* e dei *Trust* di produzione, mentre aumenta significativamente l'autonomia del PCG. Essi potranno gestire con significativi gradi di libertà i fattori produttivi assegnati direttamente alle cure primarie (personale amministrativo e infermieristico di supporto, ambulatori, farmaci e presidi, piccole tecnologie biomedicali, ecc.) potendone modificare il *mix* all'interno del *budget* complessivo assegnato, come era tipico dello schema del *fundholding*, ora però esteso a tutti i MMG, attorno ad una base associativa (40-80 membri) molto più ampia.

#### Livello 3

Il PCG assume una posizione istituzionale autonoma ed un ruolo esterno all'HA, con la quale contratta i volumi finanziari per poter procedere autonomamente all'acquisto delle prestazioni per i propri residenti, pur dovendo rispettare gli indirizzi del HIP. In altri termini, aumenta significativamente il livello di responsabilizzazione sul processo di acquisto dei servizi alla popolazione assistita. Sul lato della produzione interna rimangono invece inalterate le caratteristiche di autonoma gestione dei fattori produttivi diretti assegnati dal *budget* (come nel livello 2), così come rimane invariata la configurazione dei *Trust* (ospedalieri

e *Community Care*), i quali si trovano però di fronte un nuovo soggetto acquirente, il PCG di livello 3 e non più la *Health Authority*. Questo stadio evolutivo dei PCG's stressa quindi soprattutto lo sviluppo del loro ruolo di acquirenti sanitari per la popolazione assistita.

#### Livello 4

Il PCG diviene un *Primary Care Trust* (PCT) ed offre tutte le prestazioni/servizi territoriali, assorbendo al proprio interno tutti i fattori produttivi precedentemente assegnati ai *Community Care Trusts*. Questi ultimi sono destinati a confluire organicamente all'interno dei PCG's, sciogliendosi come soggetto istituzionale autonomo. Il PCG diviene l'unico produttore di prestazioni territoriali, assommando le precedenti funzioni delle cure primarie con le funzioni dei *Community Care Trust* (assistenza residenziale, semi-residenziale e domiciliare per la riabilitazione e lungodegenza, gli anziani, l'*handicap*, la psichiatria, le dipendenze, i minori, ecc.). Questo si somma al ruolo di acquirente delle prestazioni per i propri residenti, già ottenuto nel livello 3 degli stadi evolutivi. In questa quarta fase si sottolinea quindi soprattutto l'evoluzione del PCG come produttore di prestazioni territoriali, dovendo assorbire tutti i relativi fattori produttivi presenti. Quest'ultima fase è naturalmente la più indeterminata allo stadio attuale della programmazione della riforma.

#### B) *Health Authority*

Il ruolo della *Health Authority*, almeno nei primi due stadi del nuovo schema, sembra rafforzarsi, in quanto oltre a definire un Piano strategico triennale (HIP), recupera la responsabilità di acquistare prestazioni sanitarie anche per i fondi precedentemente

assegnati ai MMG *fundholders*, in parallelo all'estinzione del *fundholding* stesso. In media ogni HA avrà tra i 3 e i 5 PCG's con cui relazionarsi. Attraverso la propria presenza nel *Board* dei singoli PCG e al suo supporto tecnico, la HA rafforza il proprio ruolo di governo del settore socio-sanitario e delle cure primarie (almeno per i primi due stadi dei PCG's).

A partire dal terzo stadio evolutivo del nuovo schema sembra invece che il governo dell'assistenza sanitaria di base passi direttamente in capo ai PCG's, mentre all'HA rimane la definizione dei macro obiettivi strategici (*Health Improvement Programme*) e la negoziazione dei volumi finanziari assegnati ai singoli PCG's per la propria produzione diretta e per la funzione di acquisto sanitario. In realtà, come vedremo più avanti, la negoziazione per il riparto dei fondi, si dovrà focalizzare prevalentemente sulla verifica del rispetto degli indirizzi del HIP, su aspetti qualitativi e di *case mix*, in quanto il riparto finanziario dovrebbe rispettare soprattutto logiche perequative di distribuzione delle risorse per quota capitaria. In particolare la definizione del piano triennale (HIP) rappresenta una delle funzioni di maggior rilievo delle nuove HA. In esso sono contenuti la strategia, la programmazione dei servizi sanitari, l'analisi dei bisogni della popolazione, le modalità di erogazione ed il fabbisogno in termini economici dei progetti in analisi. L'*Health Improvement Programme* dovrebbe costituire il piano strategico di indirizzo entro il quale i PCG possono operare.

#### C) *Hospital Trust*

La riforma prevede che vengano introdotti nuove modalità di vendita/acquisto delle prestazioni sanitarie. I contratti dovranno essere di medio-lungo periodo a sottolineare l'accento

sulla concertazione. Essi dovranno essere definiti congiuntamente tra HA, PCG e *Trust*. Non ci dovrebbero più essere contratti annuali e/o legati a limitati pacchetti di prestazioni, i quali avevano caratterizzato soprattutto l'applicazione dello schema di *fundholding* (che tra l'altro aveva portato ad un incremento significativo dei costi amministrativi).

### 5. Le fasi attuative della nuova riforma

Dal punto di vista attuativo il processo di riforma è impostato con un preciso cronogramma che prevede puntuali passaggi «tecnici». Tali passaggi iniziati già nel corso del 1998 sono terminati, come precedentemente affermato, con il nuovo anno amministrativo, cioè con il 1° aprile 1999.

Al momento della stesura del presente lavoro i principali momenti che hanno caratterizzato il processo sono stati:

- 1) definizione del modello di costruzione del *budget* per i PCG (entro il 25 settembre 1998);
- 2) nomina dei *Board* provvisori dei PCG (31 ottobre 1998);
- 3) definizione degli obiettivi strategici e dei piani d'azione da parte dei PCG da presentare all'HA (31 dicembre 1998);
- 4) nomina dei membri definitivi del *Board* (31 marzo 1999);
- 5) inizio della riforma (1° aprile 1999).

In particolare, due sono i punti cruciali della fase attuativa iniziale: i criteri per la definizione dei *budget* dei PCG e la negoziazione dei piani d'azione dei PCG (*Program of action and support*).

La definizione del *budget*, con il progetto di riforma, prevede in primo luogo l'unificazione di tre voci di spesa, precedentemente distinte nello schema di *fundholding*: il finanzia-

mento delle funzioni erogate direttamente dai MMG, il fondo per i ricoveri (per acuti, di riabilitazione sia estensiva che intensiva) ed il fondo relativo alla prescrizione dei MMG (farmaceutica e specialistica).

I *budget* attribuiti ai PCG non sono negoziati con l'HA, ma sono definiti da un meccanismo regolato centralmente, basato su di una procedura di riparto definita a partire da una quota capitaria, pesata per età e per sesso. Saranno possibili solo modesti aggiustamenti locali dovuti ad elementi marginali (collaborazione tra due o più PCG, o programmi sanitari particolari).

In realtà sembra alquanto improprio interpretare i trasferimenti tra l'HA ed i PCG come dei *budget* negoziali, meglio sarebbe definirli come dei tetti di spesa, programmati centralmente. Il razionale di ciò è l'esplicita volontà di diminuire i differenziali di spesa locali.

Il piano d'azione rappresenta il documento programmatico del PCG in cui sono inseriti gli obiettivi da raggiungere nel corso dell'anno, definisce le priorità, le aree di alta criticità sociale e sanitaria. Esso costituisce un documento di programmazione non solo a valenza sanitaria ma, in quanto definito dal *Board* del PCG, anche a valenza socio assistenziale (NHS, 1998). Dal punto di vista operativo il piano triennale della HA non influenza solamente il piano d'azione ma anche la definizione degli obiettivi operativi, il piano di sviluppo organizzativo ed il piano degli investimenti (infrastrutture, *information technology*, ecc.). Quest'ultimo dovrebbe esprimere il vero momento negoziale tra il PCG e l'HA. Il potere contrattuale dei PCG dipenderà oltre che da fattori esogeni dallo stadio di sviluppo del PCG stesso (dal I al IV).

### 6. Alcune ipotesi interpretative del possibile processo attuativo

Come è possibile notare il processo di riforma delineato per il sistema sanitario inglese lascia alcune zone d'indeterminatezza e propone articolate riflessioni relative ad alcune variabili critiche. Il livello di indeterminatezza non sembra preoccupare il legislatore Anglosassone, il quale ritiene che solo dopo le prime evidenze attuative si potranno meglio definire i futuri stadi evolutivi del nuovo schema e che molto debba essere lasciato all'autonomia aziendale dei singoli soggetti istituzionali. In particolare gli stadi evolutivi finali dei PCG's (fase 3 e 4) sono solo abbozzati, non essendo delineati con precisione i ruoli e le funzioni dei *Primary Care Trust* nei confronti della *Health Authority* e dei *Community Care Trust*, soprattutto rispetto alla questione se il PCT debba essere soprattutto un soggetto produttore di prestazioni territoriali (come enfatizzato dal livello 4 di sviluppo dello schema) o prevalentemente un acquirente di prestazioni per i propri residenti (come enfatizzato dal livello 3 dello schema). Questo lascia ancora molti gradi di autonomia sull'incidenza che avranno i piani sanitari locali (HIP) rispetto all'autonomia programmatica dei PCG's. Inoltre anche la struttura organizzativa interna dei PCG's deve essere ancora largamente definita.

Partendo dalle citate questioni aperte ci sembra importante, pur nella relativa indeterminatezza della nuova riforma indagare i possibili e probabili scenari evolutivi del NHS, nei loro possibili esiti e nelle relative coerenze e contraddizioni.

A) Una prima criticità da analizzare è la natura del rapporto che si instaurerà tra le *Health Authority* e i PCG's, per capire chi otterrà sul campo il primato gerarchico o se si instaurerà un rapporto paritetico e dinamico tra le

parti. Visto da un altro punto di vista la questione si traduce sul ruolo che giocherà il «Health Improvement Program (HIP)», atto di indirizzo della *Health Authority* nei confronti dei PCG's, propedeutico al piano di acquisto. Se la *Health Authority* guadagnerà una posizione di prevalenza gerarchica, riuscendo a controllare il *Board* con i propri rappresentanti oppure influenzando l'architettura dei sistemi operativi e decisionali che verranno adottati, o ancora per superiore capacità tecnica o politica, l'HIP risulterà un atto di indirizzo vincolante e quindi la funzione di programmazione, e indirettamente di acquisto, rimarrà saldamente nelle mani dell'attuale agenzia d'acquisto. Viceversa, invece, il potere di programmazione/acquisto si muoverà nelle mani dei PCG's e sarà quindi l'esito della loro dinamica interna a determinare il possibile esito della nuova riforma. In questo caso l'HIP risulterà un atto di pianificazione debole, prevalentemente di principi e di indirizzi politici. Per facilitare al lettore l'elaborazione delle proprie personali suggestioni, ricordiamo che la *Health Authority* è una istituzione con un consiglio di amministrazione (*Board*) di nomina politica composto in parte da politici in parte da dirigenti dell'azienda stessa e rappresenta quindi il livello di governo locale del sistema. Le *Health Authority* hanno delle tecnostutture dotate di un buon livello qualitativo e quantitativo di risorse umane, orientate soprattutto all'indagine epidemiologica, alla programmazione sanitaria, alle negoziazioni e alla contrattazione di *mix* e volumi di attività. Nel caso di un ridimensionamento del ruolo delle *Health Authority* (con un HIP di indirizzo debole e con la funzione acquisti sostanzialmente sotto la responsabilità dei PCG's) parte della tecnostuttura dovrebbe essere trasferita nei PCG's stessi.

B) I PCG's nascono in qualche modo in contraddittorio con l'ipotesi precedente del *total purchasing* (TPP). Entrambi gli assetti assegnano un ruolo rilevante ai MMG nella funzione di acquisto, la quale è di competenza quasi esclusiva dei medici stessi. Ma per quale elemento le due soluzioni differiscono sostanzialmente? Nel primo schema (TPP) la funzione acquisti era sostanzialmente esternalizzata, posta in capo a medici liberi professionisti convenzionati con l'NHS, nei PCG's si cerca invece di contemperare il disegno di un «Primary care led NHS» con l'internalizzazione della medicina di base, o, se si preferisce, si cerca di mantenere un forte presidio pubblico sulla funzione acquisti, pur coinvolgendo in essa, e a fondo, i MMG. In realtà non vi è una garanzia assoluta che i PCG's riescano a recuperare un significativo presidio pubblico sulla funzione di acquisti (come probabilmente auspicato dal Governo), vista la relativa numerosità dei MMG nel *Board* e il loro attuale contratto libero professionale, che potrebbero comunque prefigurare significativi gradi di autonomia dei PCG's.

L'idea di esternalizzare la funzione acquisti (come previsto esplicitamente dal TPP) è sicuramente originale, anche perché nelle recenti evoluzioni delle architetture del *welfare* frequentemente si sono disegnati assetti in cui il pubblico acquista (e quindi programma) lasciando ad altri soggetti istituzionali la produzione. Invece è eterodosso uno schema, come quello TPP, in cui un soggetto privato acquista (e quindi definisce i *mix* di prestazioni all'interno di volumi finanziari prestabiliti), mentre una pluralità di soggetti pubblici produce le prestazioni ed i servizi. Con l'istituzione dei PCG's si cerca invece di collocarsi di nuovo nell'alveo della tradizione della «public competition», inseguendo una complessa sintesi tra acquisto/pro-

grammazione pubblica e coinvolgimento in essa di liberi professionisti convenzionati.

C) Sviluppando la precedente riflessione ci si interroga sul futuro rapporto contrattuale dei MMG del Regno Unito: rimarranno, come oggi, dei liberi professionisti convenzionati con il NHS, o, coerentemente con la loro accresciuta funzione pubblica, diventeranno dei dipendenti del NHS a tutti gli effetti. Nel dibattito pare emergere una relativa disponibilità dei MMG inglesi, soprattutto tra le leve più giovani, a passare a forme contrattuali di dipendenza, anche nella speranza di alleggerire alcuni pesanti carichi di lavoro attuali, causati soprattutto dall'onere della continuità assistenziale notturna e festiva. Non ci sono quindi delle resistenze insormontabili o delle preclusioni ideologiche assolute in questa direzione. Nel medio periodo il processo attuativo potrebbe autoregolarsi. Infatti tanto più ai PCG's verrà assegnata una funzione di programmazione/acquisto pubblica, tanto più si potrebbe sentire il bisogno di internalizzare i medici e di passarli a forme contrattuali di dipendenza e viceversa.

D) Le diverse fasi attuative che sono previste nello sviluppo della nuova riforma prevedono un costante e progressivo aumento dei fattori produttivi e delle competenze assegnati ai PCG's, che dovrebbero arrivare ad essere dei *Primary Care Trust*. Già dalle prime fasi, ma in maniera crescente nelle ultime, sorge l'interrogativo se questi dovranno qualificarsi maggiormente come soggetti di produzione (sostitutivi dei *Community Care Trust*) o prevalentemente come soggetti responsabili della programmazione e dell'acquisto (sostitutivi della *Health Authority*). In altri termini, non ci si interroga se i PCG's dovranno fare scelte di *make or buy*, ma se diverranno un nuovo soggetto responsabile della produzione territoriale, al-

ternativo a quelli attuali, oppure se diventerà un soggetto prevalentemente responsabile della funzione di programmazione e acquisto sanitaria. Possono determinarsi lungo il processo attuativo differenti *mix* tra funzione di produzione e funzione di acquisto e le relative configurazioni organizzative interne ai PCG's. Questo influenzerà la natura istituzionale ed il posizionamento delle *Health Authority* e dei *Community Care Trust*. Qualora i PCG's evolvessero prevalentemente sul versante della produzione territoriale, questo porterebbe all'indebolimento dei *Community Care Trust*, magari fino ad un loro reale esautoramento nel medio-lungo periodo, mentre rafforzerebbe la posizione della *Health Authority* come istituzione responsabile della funzione di programmazione e regolazione complessiva del sistema locale. Si configurerebbe un assetto tripolare in cui la *Health Authority* manterrebbe la funzione di programmazione/acquisto, con i PCG's come aziende di produzione territoriale e con i *Trust* ospedalieri responsabili della produzione specialistica. Viceversa, qualora il *focus* dei PCG's divenisse prevalentemente la funzione di programmazione/acquisto (come previsto dal livello 3), si avrebbe un indebolimento della *Health Authority*, mentre molto probabilmente si lascerebbe inalterata la forza del *Community Care Trust* come produttore territoriale. In altri termini, il nuovo schema tripolare vedrebbe protagonisti i PCG's come acquirenti e i due *Trust* (*Community Care* e ospedaliero) sarebbero le aziende di produzione, con un progressivo esautoramento della *Health Authority*. Qualora invece i PCG's determinassero un *mix* equilibrato tra funzione di produzione e funzione di programmazione/acquisto questo probabilmente lascerebbe in piedi la *Health Authority* e il *Community Care Trust*, seppur par-

zialmente indeboliti. In questo caso lo schema diventerebbe quadripolare con il PCG azienda composta di programmazione/acquisto e produzione, la *Health Authority* come acquirente/programmatore debole, il *Community Care Trust* come produttore debole e il *Trust* ospedaliero in posizione invariata.

Nessuno è oggi in grado oggi di fare delle previsioni, mentre si impongono delle riflessioni. L'esito quadripolare emerge dalla lettera del nuovo *White Paper*, ma sicuramente rappresenta la configurazione più confusa, con un soggetto forse eccessivamente complesso (il PCG che acquista e produce per quote significative: come regola il proprio vantaggio competitivo data dalla doppia funzione?) e con altri due soggetti istituzionali che vengono indeboliti e possono realizzare solo parzialmente le rispettive finalità istituzionali (*Health Authority* e *Community Care Trust*). Gli altri due esiti sono più semplici e chiari con una più precisa attribuzione delle competenze e delle responsabilità, ma impongono l'esautoramento o la marginalizzazione di uno degli attori istituzionali dell'arena in essere (la *Health Authority* o il *Community Care Trust*). Questa difficile e delicata scelta istituzionale e politica è stata forse rimandata, o si è voluto implicitamente celarla, oppure la si ritiene più facilmente attuabile davanti alle evidenze o necessità imposte dal processo applicativo che non oggi, in maniera neo-razionalistica *ex ante*.

E) I singoli PCG che insistono su uno stesso territorio di competenza di una unica *Health Authority* trovano importanti stimoli sia per competere, sia per collaborare, come spesso accade tra gli attori istituzionali di una stessa arena. Da un lato sono in competizione sulle risorse ripartite dalla *Health Authority*, sui migliori contratti con i *Trust*, sulla divisione delle spo-

glie del *Community Care Trust* o forse della *Health Authority* con l'avanzare delle fasi della riforma, sui migliori fattori produttivi della zona (*in primis* risorse umane), sulla rapidità dei rispettivi processi di sviluppo lungo le fasi previste dalla riforma. Da un altro punto di vista sono incentivati ad adottare politiche di cartello sia rispetto alla *Health Authority*, sia rispetto ai produttori di prestazioni. Difficile prevedere quali delle due spinte preverrà e se ciò sarà uniforme sul territorio del Regno Unito. La stessa eventuale prevalenza della *Health Authority* sui PCG's non ci regala elementi di determinazione, perché potrebbe favorire spinte competitive sotto la sua ala protettrice, così come potrebbe creare collaborazione interistituzionale tra tutti i PCG's. Probabilmente risulterà più importante il *mix* che si determinerà a livello di PCG's tra funzione di produzione e funzione di programmazione/acquisto. Se essi diverranno principalmente dei produttori forse prevarranno spinte competitive, soprattutto laddove manterranno significativi differenziali l'uno con l'altro rispetto agli stadi evolutivi e quindi dovranno richiedere livelli di finanziamento differenziati. Se invece si qualificheranno soprattutto come acquirenti la logica delle economie di scala nell'acquisto e del rafforzamento del potere nei confronti sia della *Health Authority*, sia dei *Trust* di produzione dovrebbe sostenere processi prevalentemente di collaborazione.

## 7. Quali riflessioni dalla lezione NHS per il SSN?

Pur sottolineando l'impossibilità di trasferire modelli istituzionali da un Paese all'altro per diversità di storia, di potenzialità e limiti strutturali, di sensibilità e politica, molti sono gli spunti di riflessioni e di stimolo che

possiamo trarre dalla nuova riforma inglese per il nostro SSN.

a) Il sistema inglese, separando acquirenti e fornitori, ha esplicitato, attribuendola ad un preciso soggetto istituzionale, la funzione di programmazione sanitaria e governo della domanda. La recente svolta politica ha determinato il desiderio di cambiare il più possibile, ma ciò non è bastato a rinnegare la separazione tra acquirenti e fornitore, segno che questo modello gode di un diffuso livello di consenso tra tutti gli schieramenti. Pur non volendosi in questa sede schierare né a favore né contro questo impianto (preferenza che del resto non può essere accordata prescindendo da altre variabili di contesto), ciò che si impone a tutti i sistemi sanitari è comunque la necessità di strutturare la funzione di governo della domanda o, se si preferisce, di governo dei consumi sanitari. Le logiche e gli strumenti di *management* si sono occupati per troppo tempo esclusivamente del governo della produzione, ritardando lo sviluppo della necessaria attenzione sulla programmazione e controllo dei consumi. Vista da questa angolatura, la nuova riforma inglese può essere osservata prevalentemente come riordino della funzione di acquisto e quindi di programmazione e regolazione del consumo/domanda, che continua ad essere al centro del dibattito e delle evoluzioni, forse anche a causa della sua recente genesi, che non ha ancora permesso un consolidamento delle teorie e degli approcci empirici, contrariamente ad altri settori più tradizionali della pianificazione e gestione sanitaria. Ciò trova riscontro anche nel fatto che il segmento meno toccato dalla nuova riforma è quello ospedaliero.

b) Il *focus* della riforma è infatti sicuramente il riordino dei soggetti responsabili della produzione di prestazioni e servizi territoriali. La logica di fondo è quella di creare nuovi soggetti

istituzionali imperniati sui MMG, scomponendo e ricomponendo i fattori produttivi territoriali all'interno di nuove modalità organizzative. Per la prima volta ciò avverrà, dopo gli anni di sperimentazione con il *fundholding*, in maniera obbligatoria per tutti i medici. Sicuramente anche il SSN ha bisogno di un ridisegno complessivo delle unità organizzative di produzione territoriali, oggi eccessivamente frammentate tra le varie funzioni tecnico-specialistiche e con una prevalenza di professionisti convenzionati (MMG, PLS e Sumaisti) che lavorano isolati dai colleghi e dalla propria azienda. Ciò che possiamo invidiare agli inglesi è di trovarsi in mezzo ad una discussione che non è più «se associare i MMG e se riorganizzare i servizi territoriali», ma è ormai tutta tesa al «come strutturare ciò». Anche l'SSN, dopo aver annunciato con il D.L.vo 502 nel lontano 1992 l'associazionismo medico, la continuità assistenziale, il governo dei consumi ed avviato molteplici sperimentazioni, ha la necessità di avviare una stagione di cambiamenti «obbligatoria», basati su soluzioni istituzionali, organizzativi ed operative definite, per raggiungere risultati certi e diffusi in tempi più rapidi.

c) Il PCG e ancora di più il futuribile *Primary Care Trust* assomigliano moltissimo al nostro «distretto socio-sanitario di base», sia per dimensioni, sia per fattori produttivi assegnati, sia per competenze (produzione e governo della domanda). Da questo punto di vista il SSN dispone quindi di una preziosa esperienza che purtroppo è stata declinata per ora solo in alcune regioni italiane, a cui manca però ancora un elemento portante: strutturarsi attorno ai MMG e coinvolgerli nel governo del distretto stesso. Questo passaggio è più complesso di quanto si possa immaginare perché impone la rivisitazione della micro-organizzazione in-

terna ai distretti, che deve ridefinirsi per aree di domanda generali e meno per funzioni tecnico-specialistiche. Ciò è imposto dalla natura generale dell'intervento delle cure primarie, che per antonomasia cerca di ricondurre ad unitarietà l'approccio diagnostico-terapeutico al paziente, ad integrare competenze plurispecialistiche, così come cerca di ricomporre in maniera unitaria i percorsi di fruizione. Il distretto ricostruito attorno ad un baricentro di MMG non può più essere quindi la semplice sommatoria di tanti servizi o unità operative specialistiche, ma una divisione, capace di esprimere un approccio generale, unitario sia dal punto di vista della clinica che dell'erogazione (F. Longo, 1999).

d) Le incertezze sull'esito della riforma inglese (il PCG soffocherà la *Health Authority* o il *Community Care Trust*, oppure indebolirà entrambi?) sottolineano la difficoltà di dove posizionare la funzione di governo dei consumi sanitari e di creare agenzie miste di produzione e governo della domanda. Al proposito citiamo due interessanti parallelismi con due opposti casi regionali italiani: il caso lombardo e quello emiliano-romagnolo, perché entrambi sottolineano la medesima difficoltà dal momento in cui si decide di voler esplicitare la funzione di governo dei consumi. In Lombardia si è optato per un modello che, come nel Regno Unito, separa l'ASL acquirente dalle reti ospedaliere, aziende di produzione. L'ASL è però una azienda mista di acquisto e produzione e si trova davanti la decisione critica di dove posizionare la funzione acquisti rispetto quella di produzione (nel caso inglese l'ASL lombarda sarebbe stata divisa in due aziende: il *Community Care Trust* e la *Health Authority*). In Emilia-Romagna il nuovo piano sanitario regionale separa all'interno del territorio due funzioni: quella di produzione in capo al

dipartimento delle cure primarie e quella di programmazione/regolazione dei consumi in capo al direttore di distretto, che viene avvicinato alla direzione strategica della Azienda USL. Come emerge anche da questi casi la collocazione e la regolazione organizzativa della funzione di governo della programmazione/consumi sanitari è critica e complessa. Nel caso lombardo si è scelto di intervenire su questo punto a livello di progettazione dell'assetto istituzionale, optato per la presenza di un'azienda, l'ASL, che ha tra i propri fini prevalenti la funzione di programmazione e acquisto sanitario. In Emilia-Romagna, al contrario, cioè è stato definito prevalentemente attraverso il disegno della macrostruttura organizzativa interna, delineando nel settore territoriale due linee di attività prevalenti, l'una dedicata alla produzione territoriale, l'altra alla regolazione dei consumi sanitari.

e) L'NHS sembra essere in un processo di cambiamento permanente, un po' come tutti gli altri sistemi sanitari occidentali. Ciò che può colpire l'osservatore esterno è la relativa condivisione di tutti i principi di fondo anche da parte di soggetti politici opposti, che non vengono quindi messi costantemente in discussione e la conseguente focalizzazione su aspetti di tipo organizzativo/operativi, in coerenza alla cultura pragmatica anglosassone.

f) La riforma trasmette in tutti i suoi documenti preparatori, program-

matori ed operativi una significativa tensione attuativa. I documenti sono di semplice e godibile lettura, sintetici e chiari. Per ogni fase evolutiva sono identificate tappe, risorse e tempi. Si tende a definire una pluralità di tappe attuative intermedie, indicandone i relativi tempi ed i finanziamenti necessari, lasciando alla singola azienda la libertà di definire le procedure e le modalità organizzative di tipo operativo. Questa duplice tensione (definire risultati intermedi e autonomia nei processi) lascia respirare l'aria refrigerante di un compiuto processo di aziendalizzazione.

(1) *Working for patient* del 1989 esprimeva questi principi nei 7 previsti «Key changes» (pagg. 4 e 5): 1) delega di autonomia e responsabilità ai livelli locali di governo del sistema; 2) trasformazione degli ospedali in *Trust* ospedalieri; 3) i finanziamenti seguono i pazienti; 4) inserimento nel sistema di ulteriori 100 consulenti gestionali; 5) istituzione del *fundholding* per i GP; 6) modifica delle strutture organizzative dei diversi livelli (regionale e locale) di governo del sistema in senso divisionale, riforma degli organi di governo, composti da dirigenti delle aziende e da rappresentanti politici; 7) controllo della qualità e della produttività.

(2) Per approfondimenti si rimanda a Fattore-Longo (1996) e Vendramini (1997) e alla bibliografia ivi contenuta

(3) L'elenco delle competenze dei GP *fundholders* è rimasta inalterata, ma all'interno di ogni categoria di spesa, sono stati ampliati nel tempo i volumi di attività e relative competenze finanziarie assegnate.

(4) In prima istanza i concetti di competizione e collaborazione sono in contraddizione

tra loro: il loro accostamento tende a sottolineare la possibilità di coordinamento e coordinamento tra soggetti istituzionali, senza, che questo comporti la loro automatica rinuncia al perseguimento del proprio equilibrio economico-finanziario d'azienda e delle loro finalità istituzionali, le quali potrebbero anzi essere rafforzate proprio dai frutti della collaborazione.

#### BIBLIOGRAFIA

- J. BAIN (1994), *Fundholding: a two tier system?*, BMJ, 309.
- E. BORGONOV (1997), *Il comportamento economico dell'impresa tra il modello della competizione concorrenziale e il modello della competizione collaborativa*, sta in «Il governo dell'economia e delle istituzioni», Giuffrè, Milano.
- G. FATTORE, F. LONGO (1996), *Il Fundholding nel Regno Unito: appunti da un viaggio di studio*, Mecosan, 18.
- H. GLENNERSTER (1998), *Competition and Quality in Health Care: the UK Experience*, International Journal for Quality in Health Care, n. 5
- F. LONGO (1999), *ASL, distretto, MMG: logiche e strumenti di management*, EGEE, Milano.
- NHS (1989), *Working for patients*.
- NHS (1994), *Developing NHS Purchasing and GP Fundholding - Towards a primary Care-led NHS*.
- NHS (1997), *The New NHS*.
- NHS (1998), *For a Healthier Nation*.
- NHS (1998), *A First Class Service-Quality in the New NHS*, 98/2.
- PHD (1998), *Simple Guide to PCG's*, Doctor.
- E. VENDRAMINI (1997), *Lo schema di Fundholding e la sua implementazione: un'analisi attraverso la documentazione ufficiale*, Mecosan, 21.
- A. WALL (1998), *From Paper to Practice*, Health Service Journal, feb. 1998.



# 1999 European Healthcare Management Association Annual Conference

## «MANAGING HEALTHCARE ACROSS PUBLIC-PRIVATE BOUNDARIES»

Grand Hotel Baglioni, Parma (Italy)

June 30<sup>th</sup> - July 2<sup>nd</sup>, 1999

### Wednesday June 30<sup>th</sup>, 1999

13.00	<i>Grand Hotel Baglioni</i>	Registration desk opens
15.00-16.30	<i>Grand Hotel Baglioni</i>	Annual General Assembly (EHMA Members only)
17.30	Coach departure	
18.00	<i>Monastero di S. Giovanni Evangelista</i>	Opening session
	<b>Keynote paper</b>	Prof. Elio Borgonovi, Bocconi University, Milano (I)
		«The Public and Private Mix in the Italian NHS Reform»
	<b>Keynote paper</b>	Prof. R. in't Veld, State University of Utrecht (NL)
		«Allocating Responsibilities between the Public and Private Sectors»
20.00	<i>Monastero di S. Giovanni Evangelista</i>	<i>Buffer</i>
22.00	Coaches return to hotels	

### Thursday July 1<sup>st</sup>, 1999

08.00	<i>Grand Hotel Baglioni</i>	Registration desk opens
09.00	<b>Keynote paper</b>	Dr. Alex Preker, The World Bank, Washington (USA)
		«Public and Private Management Cultures: Integration or Differentiation?»
10.00		<i>Coffee</i>
10.30	<b>Workshops:</b>	Policy and regulation (A)
		Culture, leadership, ethics & training (B2)
		Managing integrated care (B1)
		Public-private partnerships (B3)
13.00		<i>Lunch</i>
14.30	<b>Workshops:</b>	Policy and regulation (A)
		Culture, leadership, ethics & training (B2)
		Managing integrated care (B1)
		Public-private partnerships (B3)
15.30		<i>Coffee</i>
16.00	<b>Workshops:</b>	Policy and regulation (A)
		Culture, leadership, ethics & training (B2)
		Managing integrated care (B1)
		Public-private partnerships (B3)
18.00		<i>Finish</i>
<b>EVENING FREE</b>		

### Friday July 2<sup>nd</sup>, 1999

08.00	<i>Grand Hotel Baglioni</i>	Registration desk opens
09.00	<b>Keynote paper</b>	Ms. Catherine McLoughlin, Chair NHS Confederation (UK)
		«Managing across Public-Private Boundaries: Meeting the Challenge»
10.00		<i>Coffee</i>
10.30	<b>Workshops:</b>	Outcomes (C)
		Culture, leadership, ethics & training (B2)
		Managing integrated care (B1)
		Public-private partnerships (B3)
13.00		<i>Lunch</i>
14.15	<b>Special Workshops:</b>	
	<b>EU and public health:</b>	Mr. Bernie Merkel, European Commission
	<b>WHO and management</b>	Dr. Mikko Vienonen
	<b>EHMA Members research projects</b>	
15.45		<i>Coffee</i>
16.15	<b>Final plenary session</b>	
17.45		<i>Finish</i>
19.30	Coach departure	
20.30	Castello di Fontanellato	<i>Dinner</i>
23.00	Coaches return to hotels	

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>



## RECENSIONI

### Il percorso del paziente

Giorgio Casati (a cura di)

EGEA  
Milano, 1999  
pagg. 299, L. 45 000

(a cura  
di Isabella Mastrobuono)

La riforma del Servizio sanitario nazionale prevista dal D.L.vo 502/92 ha determinato una profonda trasformazione nella struttura e nel modello di funzionamento del sistema sanitario italiano attraverso l'introduzione di concetti nuovi quali la ridefinizione del ruolo e dei compiti dei soggetti istituzionali impegnati nel governo della sanità e l'avvio di un processo di aziendalizzazione delle strutture coinvolte nella produzione di servizi. Il riconoscimento dell'Azienda sanitaria quale fulcro dell'intero sistema pone all'attenzione di tutti, ancora una volta, il problema della centralità del paziente, così come trattato all'art. 14 D.L.vo 502 che, nel disciplinare alcuni principi in materia di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, individua nella personalizzazione, nell'umanizzazione e nel diritto all'informazione, i principali fattori della qualità dei servizi. Qualità intesa non solo come soddisfazione del cittadino ma, soprattutto, come miglioramento continuo dei servizi da ottenersi, tra l'altro, attraverso una maggiore partecipazione dei cittadini stessi alla programmazione e alla valutazione delle attività delle aziende sanitarie, così come riportato nella recente legge delega per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, la legge n. 419 del 30 novembre 1998.

L'Azienda dunque, che ruota intorno al paziente, con tutte le sue componenti umane: la comunità dei medici, il personale infermieristico, i tecnici e il personale amministrativo. Per realizzare questo importante obiettivo è necessario approntare strumenti gestionali in grado di recuperare la centralità del paziente attraverso un maggiore coordinamento tra le attività svolte dalle diverse figure professionali, secondo una visione unitaria che consenta di gestire le risorse a disposizione, soprattutto quelle finanziarie, sempre più limitate, nel modo migliore. Solo così sarà possibile dare concretezza al processo di aziendalizzazione, dotando le strutture di quegli strumenti che consentano loro di comportarsi davvero come aziende, attente ai bisogni dei cittadini e alle dinamiche gestionali interne.

La logica della gestione per processi fondata sui concetti dell'*Activity Based Management* e che si concretizza attraverso l'adozione di percorsi del paziente, rappresenta un nuovo modo di analizzare le attività svolte all'interno della struttura sanitaria, chiamando tutto il personale, e soprattutto i medici, ad una maggiore collaborazione e a una più intensa opera di *auditing* al fine di raggiungere quel grado di responsabilizzazione che consenta la migliore gestione del paziente e delle risorse disponibili. Il percorso del paziente è inteso come l'*iter* assistenziale che il malato segue all'interno della struttura e la sua adozione consente di stabilire la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere per gestire una condizione patologica. Esso rappresenta un metodo di lavoro che prevede, da una parte, lo studio del percorso effettivamente seguito dal paziente, dall'altra, la creazione di un percorso di riferimento, che dovrà costituire il termine di confronto con quanto rilevato. Il percorso di riferimento non viene, però, adottato sulla base di protocolli precostituiti, e questa è la principale e fondamentale differenza rispetto ai percorsi diagno-

stico-terapeutici previsti dalla normativa vigente; esso è frutto di una riflessione su quanto sta accadendo a livello internazionale e nazionale e prevede lo studio e l'eventuale adozione di linee guida o di raccomandazioni, da adattare alle singole realtà, alle risorse a disposizione, alle conoscenze tecniche del personale. Ciò consente di conferire dinamicità al percorso di riferimento che può essere adeguato, migliorato, cambiato. *Iter* di cura così strutturati rappresentano la garanzia, per il cittadino, che le cose vengano gestite nel modo più confacente alla soluzione del suo problema di salute, per il professionista, che le attività da lui svolte siano improntate ad uno stile di cooperazione con gli altri colleghi e di maggiore responsabilizzazione, per l'Azienda, che le risorse siano utilizzate al meglio.

Di tutto questo si parla nel volume a cura di Giorgio Casati, un contributo essenziale alla comprensione delle nuove modalità con cui le aziende sanitarie possono porsi nell'ambito dell'analisi di processo. Nel testo si ritrovano l'esperienza e la competenza tecnico-scientifica di uno studioso attento ai cambiamenti in corso in questi anni nel mondo della sanità, sia a livello italiano che internazionale, di un ricercatore che molto sta dedicando alla conoscenza e all'approfondimento della situazione delle aziende sanitarie nel nostro Paese, facendosi promotore di iniziative rilevanti. È grazie a contributi scientifici come questo che sarà possibile tendere tutti al raggiungimento dell'obiettivo principale, che è e deve rimanere quello di porre il paziente al centro di ogni nostra iniziativa in campo organizzativo ai più diversi livelli istituzionali.

**Gli strumenti del management sanitario**

R. Vaccani, A. Dalponte,  
C. Ondoli (a cura di)

Carocci editore  
Roma, 1998

**Il management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000**

G. Pontello

Masson editore  
Milano, 1998

**La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere dirigente e del caposala**

C. Calamandrei,  
C. Orlandi (a cura di)

McGraw-Hill editore  
Milano, 1998

(a cura di Enrico Guarini  
e Elisabetta Trincherò)

In un periodo storico in cui il sistema sanitario del nostro Paese si caratterizza per la continua tensione verso il raggiungimento di più elevati livelli di economicità, l'investimento nelle conoscenze, competenze e abilità delle risorse umane infermieristiche rappresenta per le aziende sanitarie una condizione di successo duratura per assicurare ai pazienti il miglior livello di qualità assistenziale compatibile con le risorse disponibili. È stata probabilmente questa considerazione che ha portato gli Autori dei volumi presentati a concentrare l'attenzione sullo sviluppo di contenuti manageriali per l'infermiere che ricopre posizioni di responsabilità gestionale, sia a livello di unità operativa/dipartimento (caposala) sia a livello complessivo d'azienda (ad esempio nella posizione di responsabile del servizio infermieristico). Tali ruoli sono determinanti in quanto, attraverso il governo del personale infermieristico, garantiscono l'efficace e efficiente raggiungimento degli obiettivi assistenziali. La rilevanza è pertanto connessa direttamente alla funzione gestionale dei ruoli menzionati, che si esplica non in termini di erogazione diretta di prestazioni specialistiche ma come presidio delle condizioni organizzative all'interno delle quali vengono erogate le prestazioni stesse. Le pubblicazioni analizzate si caratterizzano non tanto per la proposta di modelli di riferimento specifici quanto invece per la valenza «culturale» (diffusione delle conoscenze) con cui sono presentati e analizzati modelli e strumenti già esistenti in letteratura, applicandoli ad un ambito particolare quale è appunto la gestione dei servizi infermieristici.

Nel volume «Gli strumenti del *management* sanitario», i contributi dei vari Autori, pur con approcci e chiavi di lettura differenziati, propongono alcuni modelli di riferimento concettuali e esemplificazioni operative che aiutano il caposala ad interpretare l'azienda e a trarne utili indicazioni per migliorare l'integrazione organizzativa e rendere efficace la gestione del personale. Innanzitutto emerge come sia necessario effettuare una buona analisi del contesto organizzativo: a tal fine vengono richiamati gli elementi di base dell'approccio sistemico come modello di analisi delle organizzazioni complesse, fornendo una chiave di lettura riferita al contesto delle aziende sanitarie e al ruolo specifico dell'assistenza infermieristica. Altro nodo critico affrontato è l'esigenza del caposala di individuare modalità di gestione del personale che tengano conto non solo delle necessità operative ma anche del potenziale dei singoli e della *équipe*. È infatti fondamentale poter comprendere la comples-

sità del comportamento degli individui e le relative attitudini, fattori questi che svolgono una forte influenza sulle conoscenze e le abilità dei professionisti. Il lavoro cerca di cogliere inoltre i meccanismi operativi necessari per favorire una logica di integrazione organizzativa sia a livello di azienda che di singola unità operativa. Da questo punto di vista, dopo aver chiarito i criteri per diagnosticare il fabbisogno di integrazione, vengono descritti gli strumenti operativi utilizzabili per risolvere i problemi di integrazione, non senza trascurare il riferimento ad alcune esemplificazioni tratte da casi aziendali. Infine, il volume affronta il problema della gestione del personale infermieristico, analizzando quattro tematiche centrali: la misurazione dei carichi di lavoro, la professionalità, i meccanismi operativi per la direzione del personale, la qualità come approccio al miglioramento del servizio assistenziale.

Il volume «Il *management* infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000» fornisce una presentazione dei temi che caratterizzano il *management* e che, in quanto posti in relazione alle problematiche della gestione infermieristica, secondo la prospettiva dell'Autore possono più propriamente configurare temi specifici di «*management* infermieristico». Seguendo questa logica di fondo, attraverso una rilettura storica, culturale e normativa dell'evoluzione della funzione infermieristica in Italia e in Europa, vengono presentati alcuni spunti di riflessione ritenuti utili per indirizzare il comportamento dei professionisti infermieri tanto sul fronte delle competenze specifiche sanitarie quanto su quello delle competenze gestionali. Si sottolinea infatti l'importanza per gli operatori infermieri, da un lato di conoscere in profondità le regole che governano il Sistema sanitario, dall'altro di possedere solidi modelli di analisi della realtà. Dopo aver ripreso i criteri generali di analisi organizzativa esistenti in letteratura l'Autore presenta in chiave critica le leggi di riordino del SSN e il loro impatto sulle aziende sanitarie, evidenziando in particolare le implicazioni per il caposala. Nell'ultima parte del libro l'Autore seleziona temi di particolare interesse per gli operatori infermieristici quali, la direzione per obiettivi, il dipartimento, il *budget*, l'accreditamento, la programmazione del personale infermieristico e li tratta attraverso la presentazione sia di aspetti teorici sia di esempi applicativi. E su questo fronte è interessante l'analisi relativa alle modalità di organizzazione del sistema dei ruoli infermieristici nell'ambito di un dipartimento. Volendo peraltro evidenziare un elemento di criticità nei contenuti presentati in questo volume, occorre rilevare come sia di difficile attuazione una logica teorica specifica di «*management* infermieristico» sostenuta dall'Autore, poiché si ritiene che, in chiave epistemologica, non ci siano le condizioni per giustificarne una concezione autonoma. Ad evidenza, ciò non vuol dire che le problematiche di gestione dell'assistenza infermieristica non abbiano una specificità nell'applicazione degli strumenti di *management*.

Proprio con riferimento a questa ultima esigenza si può invece inquadrare il contributo fornito dall'opera di Calamandrei-Orlandi che, oltre allo stile concreto proprio del «manuale», si caratterizza in modo particolare per la sistematica e puntuale declinazione di alcuni schemi concettuali e strumenti di *management* rispetto alle problematiche della gestione e organizzazione dei servizi infermieristici.

**ASL, distretto, medico di base: logiche e strumenti manageriali**

Francesco Longo  
(a cura di)

Egea  
Milano, 1999, pagg. 240

Il libro «ASL, distretto, medico di base» curato da Francesco Longo giunge con tempestività in un particolare momento storico per il Sistema sanitario nazionale italiano. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 e la riforma *ter* del SSN recepiscono e danno rilievo a tendenze ormai da tempo consolidate a livello internazionale, e cioè di spostare il *focus* assistenziale dalla cura alla prevenzione, di promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari, di riequilibrare il rapporto ospedale-territorio, di aumentare l'integrazione socio-sanitaria.

L'evoluzione legislativa induce a riflettere sul ruolo che le cure primarie e i distretti sono chiamati a svolgere per realizzare questi principi. A ciò bisogna aggiungere la centralità della figura del medico di medicina generale riscoperta in questi anni sia per l'oggettiva

importanza che la stessa ricopre nell'indirizzo dei flussi di domanda e nella mobilitazione delle risorse, sia per le sperimentazioni di *budget* specifici avviate sulla base di alcuni dettami normativi, già presenti nel D.L.vo 502/92, ma richiamati con forza dalla convenzione nazionale per la medicina di base e dalla legge finanziaria del 1997.

D'altronde l'ipotesi di fondo dell'intero lavoro è che potenziare il mondo delle cure primarie (distretto, medicina di base) consente, da un lato, di governare effettivamente la domanda di servizi sanitari (ribaltando in tal senso la tradizionale impostazione che si concentra esclusivamente sul controllo dell'offerta) per permetterle di orientarsi verso forme ed ambiti di assistenza appropriati e con un buon rapporto costo-efficacia, e dall'altro di predisporre le condizioni adeguate per la creazione di logiche assistenziali integrate (continuità terapeutica e assistenziale).

Il libro, in cui trova sintesi il lavoro di due anni di studi condotti dal gruppo di ricerca Strumenti di gestione-Medicina di base del CeRGAS Bocconi, si articola in tre aree tematiche:

- le convenienze strategiche aziendali alla luce del D.L.vo 502/92;
- le relazioni tra azienda, distretto e medici di medicina generale in termini di sistema di programmazione e controllo e forme organizzative che possono adottarsi per la costruzione dei centri di responsabilità;
- le tipologie organizzative dell'associazionismo in medicina di base e gli strumenti di responsabilizzazione economica che possono applicarsi.

Nella prima area si analizzano i presupposti logici che ridefiniscono le convenienze economiche delle aziende sanitarie, in primis i meccanismi di finanziamento scelti dalle Regioni per la ripartizione dei Fondi sanitari regionali. Il mutato scenario strategico in cui si trovano a operare le aziende sanitarie italiane comporta la riconsiderazione, e quindi il rafforzamento, del mondo distrettuale, specialmente nel caso di quelle aziende USL finanziate a quota capitaria, per le quali, essendo eccessivamente oneroso il pagamento della mobilità in uscita, appare più conveniente trattenere i pazienti all'interno dei circuiti aziendali, chiaramente fin quando possibile.

La prima parte del testo si chiude con la presentazione dell'intero ventaglio delle convenienze strategiche aziendali per i diversi modelli di finanziamento regionali identificati, descritti ed analizzati.

La seconda area tematica disamina le relazioni tra *budget* aziendale, *budget* distrettuale e *budget* per i MMG/PLS, le architetture organizzative che possono definirsi per l'articolazione dei centri di responsabilità e la logica dello strumento di *budget* del distretto. L'indagine congiunta delle due tematiche lascia affiorare le profonde interdipendenze dei diversi aspetti che suggeriscono alle aziende USL l'adozione di approcci complessivi per l'implementazione di sistemi di responsabilizzazione economica.

Questa parte, a differenza della precedente in cui trova posto soltanto il momento informativo/descrittivo e l'analisi comparativa di modelli, si caratterizza per il contributo propositivo, in termini di soluzioni operative per la misurazione e la valutazione delle attività e dei risultati dei servizi territoriali. Operazioni non agevoli in un ambito organizzativo, qual è appunto il distretto, orientato all'integrazione funzionale tra attività diverse, alla prevenzione e all'attività ambulatoriale. L'approccio metodologico proposto consiste, viste le difficoltà strutturali di monitorare e misurare l'attività territoriale, di valutare il *mix* e i volumi di servizi sanitari consumati dai residenti del distretto all'esterno delle strutture territoriali, in qualche modo «proxy» dell'efficacia del lavoro svolto dai servizi territoriali stessi.

La terza e ultima area prende in rassegna:

- i possibili modelli organizzativi dei servizi territoriali ed il posizionamento della funzione di governo della medicina generale;

- le forme associative dei medici (medico singolo *gatekeeper*; *team*; medicina in rete; medicina di gruppo; mmg inseriti nel distretto);
- le tipologie di obiettivi e incentivi che possono fissarsi;
- le accezioni di *budget* in medicina di base (tetto di spesa, fondo d'acquisto, sistema operativo con obiettivi sanitari).

Quest'ultima tematica è affrontata analizzando l'evoluzione dei *budget* applicati alla medicina di base, da una responsabilizzazione prettamente finanziaria (tetto di spesa) a forme di *budget* incentrate su obiettivi sanitari, quali possono essere ad esempio i percorsi diagnostico-terapeutici.

La peculiarità di questa parte del lavoro è rappresentata dalla sistematizzazione concettuale di contenuti evidentemente innovativi nel contesto italiano, dove soltanto il 2% del totale dei medici di famiglia pratica la professione in forme associate e dove è ancora ridotto il numero delle sperimentazioni di *budget* in medicina di base, le cui esperienze sono condotte a macchie di leopardo sul territorio nazionale.

A questi tre blocchi logici, costituenti l'ossatura del libro, fanno seguito alcuni capitoli che completano lo sforzo degli autori di considerare, all'interno della stessa pubblicazione, una panoramica ampia e completa dello stato dell'arte attuale sulle logiche e gli strumenti manageriali per la cure primarie: in particolare la gestione dell'innovazione in medicina di base, i percorsi assistenziali di cura ed assistenza come strumenti di responsabilizzazione all'interno di una logica di *management* complessivo della patologia, la presentazione di esperienze innovative/sperimentazioni di *budget* in medicina generale.

In definitiva, un testo, quello di F. Longo, attuale, esaustivo, agile ed accessibile a chi effettivamente deve utilizzare le logiche e gli strumenti manageriali per i servizi territoriali, che si segnala per il giusto equilibrio tra speculazione scientifica, con la presentazione di modelli e teorie, e praticabilità/applicabilità delle soluzioni suggerite.



## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

MAURO BARNI

**Diritti-doveri  
responsabilità del medico  
dalla bioetica al biodiritto**

Giuffrè Editore  
Milano 1999  
pagg. 379, L. 46 000

*Le nuove frontiere tecnico-scientifiche della biomedicina spesso in dissonanza con dottrine e normative esistenti hanno posto in luce la necessità di definire nuovi diritti e doveri di tutela della vita, della salute, della giustizia, ma anche della libertà e della dignità personale. Premessa e fondamento di ciò è una diversa cultura del medico, del giurista e, più in generale, del cittadino. Il volume, frutto di una ventennale riflessione dell'autore, si propone quale contributo specifico che offre ai partecipi della vicenda sanitaria alcuni profili etici, in cui si tenta di coniugare in una difficile alleanza la società, la legge, la scienza, la medicina, la sofferenza umana.*

INDICE: PRESENTAZIONE - CAPITOLO I. BIOETICA, DEONTOLOGIA E FORMAZIONE MEDICA - CAPITOLO II. BIOETICA E PROFESSIONE - CAPITOLO III. SALUTE E CONTROLLO SOCIALE - CAPITOLO IV. LA DEONTOLOGIA DEL MEDICO ITALIANO - CAPITOLO V. IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA - CAPITOLO VI. LIBERTÀ E POTESTÀ DI CURARE - CAPITOLO VII. IL DOVERE DI CURARE - CAPITOLO VIII. L'INFORMAZIONE E IL CONSENSO INFORMATO - CAPITOLO IX. IL C.I. ED I LIMITI DELL'ATTIVITÀ DIAGNOSTICA - CAPITOLO X. IL C.I. I LIMITI DELL'ATTIVITÀ TERAPEUTICA E LA MEDICINA ALTERNATIVA - CAPITOLO XI. GLI INVALIDI E I LIMITI DEL CONSENSO E DELLA MEDICINA - CAPITOLO XII. SPERIMENTAZIONE E RICERCA BIOMEDICA - CAPITOLO XIII. IL TRATTAMENTO DEI MORENTI - CAPITOLO XIV. LE TERAPIE BIOLOGICHE E I TRAPIANTI - CAPITOLO XV. LA SESSUALITÀ E LA RIPRODUZIONE - CAPITOLO XVI. LA RIPRODUZIONE ASSISTITA - CAPITOLO XVII. LA TUTELA DELLA RISERVATEZZA - CAPITOLO XVIII. I DOVERI DI INFORMATIVA - CAPITOLO XIX. LA DOCUMENTAZIONE DELL'ATTO MEDICO - CAPITOLO XX. LA RESPONSABILITÀ MEDICA - APPENDICE.

*Il libro, che si presenta come una «piccola enciclopedia di management sanitario», raccoglie i contributi dei relatori agli «Incontri CIMO di aggiornamento professionale per la dirigenza medica» tenuti a Vicenza nell'autunno-inverno 1997, sui temi di budget, controllo di qualità e nuclei di valutazione.*

INDICE: A) IL BUDGET 1) ASPETTI LEGALI (F. SCAGLIOTTI) - 2) ASPETTI AMMINISTRATIVI: IL BUDGET NELLA VALUTAZIONE DI UNA UNITÀ OPERATIVA (E. BORTIGNON) - 3) ASPETTI AMMINISTRATIVI: LE SCHEDE DI BUDGET (D. ZARANTONELLO) - 4) ASPETTI PROFESSIONALI: PARTE PRIMA. ASPETTI GENERALI (G. MARCON) - 5) ASPETTI PROFESSIONALI: PARTE SECONDA. IL BUDGET IN SCHEMI (G. MARCON) - 5) ASPETTI PROFESSIONALI: PARTE TERZA. NEGOZIAZIONE E GESTIONE DEL BUDGET (G. MARCON) - 7) DRG'S E BUDGET (DAL MASO) - B) I NUCLEI DI VALUTAZIONE 1) ASPETTI CONTRATTUALI: LE PROPOSTE DELLA CIMO (DAL MASO) - 2) ASPETTI AMMINISTRATIVI: PARTE PRIMA. CRITERI DI COSTITUZIONE E DI FUNZIONAMENTO DEI NUCLEI DI VALUTAZIONE NELL'AZIENDA SANITARIA (E. BORTIGNON) - 3) ASPETTI AMMINISTRATIVI: PARTE SECONDA. IL NUCLEO DI VALUTAZIONE IN SCHEMI (E. BORTIGNON) - 4) ASPETTI CLINICI: I NUCLEI DI VALUTAZIONE ED IL BUDGET (G. MARCON) - C) IL CONTROLLO DI QUALITÀ 1) ASPETTI SINDACALI NAZIONALI: POSIZIONE DELLA CIMO E DOCUMENTAZIONE RELATIVA (A. CATALANO) - 2) ASPETTI AMMINISTRATIVI (E. BORTIGNON) - 3) ASPETTI PROFESSIONALI: LA QUALITÀ NEI SERVIZI SANITARI. UN QUADRO ORIENTATIVO (G. MARCON) - 4) ASPETTI PROFESSIONALI: LA QUALITÀ NEI SERVIZI SANITARI. 12 SCHEDE ESPLICATIVE (G. MARCON).

BORTIGNON, CATALANO,  
DAL MASO, MARCON,  
SCAGLIOTTI

**Budget.  
Nuclei di valutazione  
Controllo di qualità**

Edizioni CIMO, Service  
1998  
pagg. 207, s.p.

BRUNO PRIMICERIO  
MIRELLA TRONCI

**Total quality management  
in sanità**

Edizioni Luigi Pozzi  
Roma, 1998  
pagg. 334, L. 45.000

*Il testo costituisce una disamina articolata e ragionata della possibilità pratica di applicare alle aziende sanitarie istituti gestionali tipici del mondo produttivo privato, con particolare riguardo ai diversi modelli della qualità globale; si esaminano, anche in chiave critica, i sistemi più frequentemente adottati per la garanzia della qualità, individuando nel Total Quality Management il modello più indicato ed il sistema più avanzato per le aziende sanitarie pubbliche, in quanto monitorizza la prestazione sanitaria (obiettivo principale dell'erogazione del servizio sanitario), il processo operativo assistenziale, il personale aziendale e l'organizzazione e la gestione della struttura e in quanto fornisce le maggiori garanzie di risultato.*

INDICE: PRESENTAZIONE - CAPITOLO PRIMO. LA VERIFICA E LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ: PRINCIPI GENERALI E MODELLI OPERATIVI - CAPITOLO SECONDO. LA QUALITÀ NEI SERVIZI PUBBLICI - CAPITOLO TERZO. I PRINCIPI GENERALI E I SISTEMI CHE REGOLANO LA QUALITÀ SANITARIA - CAPITOLO QUARTO. LA POLITICA DELLA QUALITÀ IN SANITÀ - CAPITOLO QUINTO. APPLICARE LA QUALITÀ GLOBALE IN SANITÀ: IL MODELLO TQM - CAPITOLO SESTO. RISORSE UMANE E POLITICA DELLA QUALITÀ - CAPITOLO SETTIMO. LA QUALITÀ DELLA PRESTAZIONE SANITARIA - CAPITOLO OTTAVO. L'ORGANIZZAZIONE DELLA QUALITÀ NELLE AZIENDE SANITARIE - CAPITOLO NONO. LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA - CAPITOLO DECIMO. LA QUALITÀ IN LABORATORIO - CONCLUSIONI.

*Lo studio che, con approccio metodologico e schemi interpretativi dell'economia aziendale, si rivolge a USL e ospedali intesi appunto come «aziende», dopo una breve premessa sulle modifiche apportate all'assetto istituzionale del Servizio sanitario nazionale ed una verifica preliminare di alcuni caratteri distintivi riferibili alle aziende pubbliche operanti nel sistema sanitario, esamina il nuovo sistema informativo disegnato per le aziende sanitarie pubbliche nel cui ambito assume particolare rilievo il sistema riformato di contabilità generale e di bilancio. Lo scopo è soprattutto quello di verifica dei principali problemi applicativi derivanti dall'implementazione del nuovo sistema contabile anche alla luce delle proposte e, in alcuni casi, delle soluzioni formulate sinora.*

INDICE: PRESENTAZIONE - INTRODUZIONE - PARTE PRIMA: U.S.L. e OSPEDALI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. EVOLUZIONE ISTITUZIONALE E PROFILO ECONOMICO AZIENDALE - CAPITOLO I. L'EVOLUZIONE DELL'ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO - CAPITOLO II. SUI CARATTERI DI «AZIENDALITÀ» DI U.S.L. e OSPEDALI PUBBLICI - PARTE SECONDA: IL SISTEMA CONTABILE E DI BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - CAPITOLO III. CONTABILITÀ E BILANCIO NEL SISTEMA INFORMATIVO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE. LINEE EVOLUTIVE - CAPITOLO IV. INTRODUZIONE AL MODELLO DI CONTABILITÀ ECONOMICO-PATRIMONIALE: CARATTERISTICHE FONDAMENTALI E FINALITÀ CONOSCITIVE - CAPITOLO V. CONTABILITÀ E BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE. IL NUOVO MODELLO ECONOMICO-PATRIMONIALE - CAPITOLO VI. CONTABILITÀ E BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE SECONDO IL NUOVO MODELLO ECONOMICO-PATRIMONIALE. CAPACITÀ SEGNETICA ED ELEMENTI INTERPRETATIVI.

MICHELE A. REA

**Le aziende sanitarie  
pubbliche.  
Profilo economico-aziendale  
modello contabile  
e problematiche di bilancio**

G. Giappichelli Editore  
Torino, 1998  
pagg. 341, L. 43 000

## SPOGLIO RIVISTE

**Bisogno e domanda di servizi sanitari**

NYMAN J.A.

*The value of health insurance: the access motive*

Journal of Health Economics, vol. 18, n. 2 (1999), 141-152

LEE S.J., LILJAS B., NEUMANN P.J., WEINSTEIN M.C., JOHANNESSON M.

*The impact of risk information on patients' willingness to pay for autologous blood donation*

Medical Care, vol. 36, n. 8, 1162-1173

FRANKEL D.H., ROVNER J.

*Heading up the American dream of health*

The Lancet, vol. 352, n. 9132, 978-981

COOPER H., SMAJE C., ARBER S.

*Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey*

BMJ, n. 7165, 1047-1050

LATTIMER V., GEORGE S., THOMPSON F., THOMAS E., MULLUE M.,  
TURBULL J., SMITH H., MOORE M., BOND H., GLASPER A.*Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out hours primary care: randomised controlled trial*

BMJ, n. 7165, 1054

FREIMAN M.P.

*The demand for healthcare among racial / ethnic subpopulations*

Health Services Research, vol. 33, n. 4, 867-890

**Meccanismi di mercato**

HIRTH R.A.

*Consumer information and competition between non-profit and for-profit nursing homes*

Journal of Health Economics, vol 18, n. 2 (1999), 219-240

KEELER E.B., MELNICK G., ZWANZIGER J.

*The changing effects of competition on non-profit hospital pricing behaviour*

Journal of Health Economics, vol 18, n. 1 (1999), 69-86

DRANOVE D., LUDWICK R.

*Competition and pricing by non profit hospitals: a reassessment of Link's analysis*

Journal of Health Economics, vol 18, n. 1 (1999), 87-98

**Sistemi di finanziamento**

MENKE T.J., ASHTON C.M., PETERSEN N.J., WOLINSKY F.D.

*Impact of an All — Inclusive Diagnosis — Related Group payment*

Medical Care, vol. 36, n. 8, 1126-1137

RIZZO J.A., FRIEDKIN R., WILLIAMS C.S., NABORS J., ACAMPORA D.,  
TINETTI M.E.*Health care utilisation and costs in a Medicare population by fall status*

Medical Care, vol. 36, n. 8, 1174-1187

CURTIS E.

*Child health and the international monetary fund: the Nicaraguan experience*

The Lancet, vol. 352, n. 9140, 1622-1624

**Economia del farmaco**

STRANG J., SHERIDAN J.

*Effect of government recommendations on methadone prescribing in south east England: comparison of 1995 and 1997b survey*

BMJ, n. 7171, 1489-1490

*Cambiano le regole per l'ammissione alla rimborsabilità dei farmaci*

Insero Agenzia Sanitaria Italiana, n. 3, 7

### **Programmazione e organizzazione del lavoro**

STREET A., HAYCOCK J.

*The economic consequences of reorganising hospital services in Bishkek, kyrgyzstan*

Health Economics, vol. 8, n. 1, 53-64

### **Controllo di gestione e sistemi informativi**

POWSNER S.M.

*Opportunities for and challenges of computerisation*

The Lancet, vol. 352, n. 9140, 1617-1621

EYSEMBACH G., DIEPGEN T.L.

*Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling, and filtering of information*

BMJ, n. 1771, 1496-1499

MCCOLL A., RODERICK P., GABBAY J., SMITH H., MOORE M.

*Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach*

BMJ, n. 7169, 1354-1360

MASTROBUONO I., CASATI G., SCOMPARIN L., GUZZANTI E.

*Il processo di aziendalizzazione: indagine sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie nel 1997*

Agenzia Sanitaria Italiana, vol. II, n. 2, 3-26

CASATI G.

*Il sistema di budget*

Agenzia Sanitaria Italiana, vol. II, n. 2, 93-214

### **Analisi dei sistemi sanitari**

CHUNHUEI CHI

*An Event Count model for studying health services utilisation*

Medical Care, vol. 36, n. 12, 1639-1659

CASSELS A., JANOVSKY K.

*Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future?*

The Lancet, vol. 352, n. 9142, 1777

RESCHOVSKY J.D.

*The roles of Medicaid and economic factors in the demand for nursing home care*

Health Services Research, vol. 33, n. 4, 787-814

### **Altro**

SURANOVIC S.M., GOLFARB R.S., LEONARD T.C.

*An economic theory of cigarette addiction*

Journal of Health Economics, vol. 18, n. 1 (1999), 1-30

SEIDMAN J.J., BASS E.P., BUBIN H.R.

*Review of studies that compare the quality of cardiovascular care in HMO versus non-HMO settings*

Medical Care, vol. 36, n. 12, 1607-1625

MUKAMEL D.B., MUSHLIN A.I.

*Quality of care information makes a difference: an analysis of market share and price changes after publication of the New York State cardiac surgery mortality reports*

Medical Care, vol. 36, n. 7, 945-954

### **Valutazione economica delle attività sanitarie**

JOYCE T.

*Impact of augmented prenatal care on birth outcomes of Medicaid recipients in New York City*

Journal of health economics, vol. 18, n. 1 (1999), 31-68

JONES A.M.

*Adjustment costs, withdrawal effects, and cigarette addiction*

Journal of health economics, vol. 18, n. 1 (1999), 125-138

LYNK W.J., NEUMANN L.R.

*Price and profit*

Journal of health economics, vol. 18, n. 1 (1999), 99-116

BROWN A.D., GARBER A.M.

*Cost-effectiveness of 3 methods to enhance the sensitivity of Papanicolaou testing*

The journal of the American Medical Association, vol. 281, n. 4, 347-353

HENDERSON R.A.

*Long-term results of RITA - I trial: clinical and cost comparisons of coronary angioplasty and coronary-artery bypass grafting*

The Lancet, vol. 352, n. 9138, 1419-1425

## Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study

WILLEM JAN MEERDING, health economist  
 LUC BONNEUX, medical epidemiologist  
 JOHAN J. POLDER, health economist  
 MARC A. KOOPMANSCHAP, health economist  
 PAUL J. VAN DER MAAS, professor of public health

BMJ 1998;317:111-115 (11 July)

**Objectives:** To determine the demands on healthcare resources caused by different types of illnesses and variation with age and sex.

**Design:** Information on healthcare use was obtained from all 22 healthcare sectors in the Netherlands. Most important sectors (hospitals, nursing homes, inpatient psychiatric care, institutions for mentally disabled people) have national registries. Total expenditures for each sector were subdivided into 21 age groups, sex, and 34 diagnostic groups. Setting: Netherlands, 1994.

**Main outcome measures:** Proportion of healthcare budget spent on each category of disease and cost of health care per person at various ages.

**Results:** After the first year of life, costs per person for children were lowest. Costs rose slowly throughout adult life and increased exponentially from age 50 onwards till the oldest age group (95). The top five areas of healthcare costs were mental retardation, musculoskeletal disease (predominantly joint disease and dorsopathy), dementia, a heterogeneous group of other mental disorders, and ill defined conditions. Stroke, all cancers combined, and coronary heart disease ranked 7, 8, and 10, respectively.

**Conclusions:** The main determinants of healthcare use in the Netherlands are old age and disabling conditions, particularly mental disability. A large share of the healthcare budget is spent on long term nursing care, and this cost will inevitably increase further in an ageing population. Non-specific cost containment measures may endanger the quality of care for old and mentally disabled people.

La metodologia per la determinazione dei costi delle diverse malattie, anche se non riportato esplicitamente nel testo, è di tipo *top-down*; infatti i dati di costo sanitari per settore sono stati ricavati da stime aggregate a livello nazionale e ripartiti in 1428 gruppi omogenei, identificati in base al sesso, a 21 classi di età e a 34 gruppi diagnostici (classificazione internazionale delle malattie ICD IX).

Il metodo *top-down* è appropriato quando si vuol prediligere la semplicità all'accuratezza, quando siano disponibili apposite basi di ripartizione dei costi, e soprattutto quando si richiede una coerenza dei costi attribuiti ad una patologia con i costi afferenti a tutto il sistema sanitario nazionale.

L'applicazione di tale metodologia rappresenta uno dei punti di forza del lavoro; infatti l'utilizzo di dati secondari, cioè non appositamente raccolti per lo studio e di buona qualità è stato possibile in quanto il sistema sanitario olandese è prevalentemente pubblico e presenta un efficiente sistema di rilevazione dei dati sanitari di spesa. Di conseguenza tali dati registrati a livello nazionale sono una buona *proxy* delle risorse assorbite per la diagnosi e trattamenti delle malattie. L'utilizzo di dati epidemiologici relativi alla prima diagnosi, come registrata routinariamente, ha il pregio di fornire una classificazione standardizzata anche se non sempre accurata.

Nella discussione gli autori evidenziano il limite della metodologia seguita che comporta l'utilizzo di valori di spesa medi (costo di giornate di degenza) che non tengono in nessun conto la diversa intensità di cura delle diverse patologie.

Per giungere al costo di una malattia in alternativa a quello utilizzato, si potrebbe utilizzare il metodo *bottom-up*, ripercorrendo il percorso diagnostico terapeutico del paziente, identificando, misurando e valorizzando tutte le risorse assorbite da una patologia. In tal caso si applica quindi il costo dei singoli fattori (una visita, un ricovero, ecc.) alle relative frequenze. Tale procedimento necessita la raccolta di dati sui singoli pazienti in modo dettagliato e stime di costo specifiche e puntuali sui singoli fattori; richiede quindi un maggior impegno in termini di tempo e risorse per la conduzione rispetto alla metodologia *top-down*. Da un punto di vista decisionale quindi i COI con procedura *bottom-up* sono più potenti perché consentono l'analisi di costo per sottocategorie di pazienti e permettono quindi non solo di descrivere ma anche di spiegare i costi di una malattia.

Il punto di vista di analisi è un punto cruciale negli studi economici, in quanto i risultati dipendono dalla prospettiva assunta. Nell'articolo il punto di vista è quello del servizio sanitario nazionale, non vengono presi in considerazione eventuali altri costi sanitari che ricadono sui pazienti. Per lo stesso motivo non vengono presi in considerazione né i costi indiretti dovuti alla perdita di produttività e neppure i costi intangibili legati al deterioramento della qualità della vita, che si sarebbero potuti rilevare con una metodologia *bottom-up*. La determinazione di queste tipologie di costo avrebbe reso la ricostruzione dei bisogni dei pazienti più completa al fine di fornire indicazioni su come modulare l'offerta di servizi sanitari.

Gli studi COI possono utilizzare la metodologia sia *top-down* che *bottom-up*, la scelta dipende sempre dallo scopo dello studio che si vuole intraprendere. Anche se l'articolo qui presentato utilizza la

### Commento

L'articolo presenta un'analisi dei costi di malattia (*Cost Of Illness* - COI). Tale disegno di studio è indicato per una valutazione dell'impatto delle malattie sulla società che tenga in considerazione non solo gli usuali indicatori epidemiologici di mortalità e morbilità, ma anche aspetti economici legati al consumo di risorse indotto da tali patologie. Gli studi sui costi di malattia forniscono informazioni di supporto al decisore per l'allocazione delle risorse scarse (offerta di servizi sanitari) in funzione delle priorità sanitarie (bisogni e domanda di servizi sanitari). I COI sono al centro di un acceso dibattito nella comunità scientifica perché ritenuti di scarso interesse a fini decisionale, in quanto si limitano a stimare i costi relativi alla diagnosi e trattamento di patologie senza considerare il lato dei benefici. Tuttavia la pubblicazione su riviste scientifiche di tali studi è notevole e in continuo aumento.

Lo scopo dello studio è di determinare quali tipologie di malattie e classi di età presentano la più grande domanda di risorse per cure sanitarie, evidenziando in tal modo lo stretto legame tra studi economici ed epidemiologici.

metodologia coerentemente e correttamente, va rilevato che gli studi *top-down* pubblicati tendono ad essere non sempre di buona qualità per la difficoltà di rilevare dati di costo aggregati e trovare adeguate basi di ripartizione.

L'articolo tuttavia ha il grosso pregio di fornire i dati di costo di diverse patologie, di classificare le malattie in base alle risorse sa-

nitare consumate e soprattutto di identificare le determinanti demografiche ed epidemiologiche, quali l'età e la disabilità, di un maggior ricorso ai servizi sanitari. I risultati forniscono indicazioni di politica sanitaria circa i servizi sanitari da potenziare che dovrebbero basarsi più sull'assistenza che sulla cura, dato l'invecchiamento della popolazione.

### Health care costs of therapy-refractory schizophrenic patients treated with clozapine: a study in a community psychiatric service in Italy

PERCUDANI M., FATTORE G., GALLETTA J., MITA P.L., CONTINI A., ALTAMURA A.C.

Acta Psychiatrica Scandinavica, 1999; 97:1-7

#### Abstract

The study evaluates the utilisation of clozapine in the treatment of therapy-refractory schizophrenia in terms of patterns of care and in terms of health care costs in a Community Psychiatric Service in Italy.

Data covering the year prior to commencing clozapine and the year following the initiation of the therapy were collected. Clinical outcome was assessed by means of the CGI and GAF scales. Cost analysis followed a two step procedure:

- i) to record all health care services provided to patients;
- ii) to assign to each service a monetary value, three of the 15 patients enrolled into the study dropped out before the termination of the twelfth-month period of therapy. Considering the 12 patients on clozapine treatment for at least one year, clinical improvements are associated with a substantial modification of the pattern of care; while patients in the pre-clozapine period were mainly managed in hospital settings, patients on clozapine were prevalently placed in the community and participated to intensive rehabilitative programmes. The higher cost for drug therapy and community services in the post-clozapine period were more than offset by lower costs of acute hospital care.

#### Commento

Si tratta di uno studio di analisi dei costi in cui vengono confrontati i modelli di assistenza e il consumo di risorse sanitarie in pazienti schizofrenici refrattari a terapie convenzionali trattati con clozapina.

Il disegno dello studio viene descritto in modo accurato esponendo chiaramente anche i limiti. Il punto di forza di questo lavoro sta nel fatto che trattandosi di uno studio osservazionale, che non altera quindi la normale gestione dei pazienti, si presta a valutare i modelli assistenziali così come questi vengono intrapresi in un servizio psichiatrico territoriale. Ciò consente di generalizzare i risultati alla pratica clinica quotidiana.

L'articolo è un esempio di come possano essere utilizzati dati raccolti routinariamente per effettuare una valutazione dell'assi-

stenza, di terapie, di attività e costi di pazienti psicotici. Inoltre la chiarezza espositiva, la contestualizzazione del tema affrontato nell'ambito del dibattito scientifico lo rendono particolarmente interessante sia a chi voglia approfondire l'argomento sia a chi desideri comprendere come realizzare uno studio di analisi dei costi.

Il disegno dello studio «a specchio» consiste nell'osservazione di pazienti prima e dopo un trattamento, questo implica da un lato la riduzione della variabilità individuale rispetto ad uno studio con un gruppo di controllo, dall'altro comporta l'influenza della variabile tempo sui risultati dello studio stesso; infatti durante i due anni di osservazione possono essersi verificati fatti, oltre all'introduzione di clozapina, tali da influire sul consumo di risorse e sull'outcome. Gli autori consapevoli di questo limite evidenziano come negli ultimi 5 anni i ricoveri presso il Servizio psichiatrico territoriale di Magenta abbiano avuto un andamento costante e quindi l'introduzione del nuovo trattamento farmacologico possa effettivamente avere contribuito ad una diminuzione dei ricoveri nei pazienti arruolati.

Un limite dello studio è quello di non avere una numerosità campionaria sufficiente per dimostrare con significatività statistica che la terapia con clozapina, sebbene sia più costosa, risulti complessivamente più conveniente quando si considera il percorso terapeutico seguito dal paziente.

Tuttavia nelle discussioni i risultati vengono corroborati dal confronto con quelli di altri studi analoghi e contribuiscono al dibattito scientifico sul tema trattato.

Lo studio che si configura come un'analisi dei costi, prende tuttavia in considerazione anche variabili di *outcome*, permettendo di dare indicazioni sul decorso della malattia in seguito al trattamento seguito. L'utilizzo di due scale di sintomi validate e standardizzate ha consentito di rilevare un miglioramento dei pazienti trattati con clozapina.

La parte centrale dello studio resta comunque l'analisi dei costi che è stata effettuata valorizzando il consumo delle risorse assorbite dai trattamenti.

L'utilizzo di dati di costo dovrebbe rappresentare lo *standard* per qualsiasi studio di valutazione economica. Tuttavia, ancora oggi, un numero rilevante di studi pubblicati su riviste scientifiche adotta dati di spesa o tariffe che raramente riflettono il costo delle risorse impiegate.

# TESI DI LAUREA

*Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni internazionali, A.A. 1997-1998. Relatore Elio Borgonovi. Correlatore Claudio Jommi*

## **IL RUOLO DELLE REGIONI NEL GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA**

**di Alessandra Bonetti**

La riforma del SSN, iniziata con D. L.vo 502/92 e 517/93, così come i decreti legislativi attuativi della legge Bassanini, hanno modificato il ruolo degli attori coinvolti, procedendo ad una redistribuzione di compiti e responsabilità tra i differenti livelli dell'amministrazione pubblica. Uno degli effetti più evidenti di tale riforma è il rafforzamento del ruolo delle Regioni nella definizione delle regole di gestione del servizio sanitario, tant'è che ad oggi si può parlare di Servizi sanitari regionali (SSR).

Nel quadro di decentramento delle funzioni il settore farmaceutico può considerarsi un fenomeno «anomalo»; infatti rispetto alla relativa libertà di cui godono le Regioni nella determinazione di alcune funzioni del servizio sanitario, risulta forte il potere che ancora ha il livello nazionale per ciò che concerne il settore farmaceutico.

Tuttavia, la ricerca di nuovi strumenti per razionalizzare e qualificare la spesa farmaceutica a carico del SSN e l'evidente variabilità interregionale rispetto a questo dato di spesa hanno stimolato l'interesse per un'analisi dello stato attuale della situazione nella singole Regioni.

Una ricerca effettuata in collaborazione con l'Osservatorio farmaci del CeRGAS Bocconi ha permesso di tracciare un quadro attuale della situazione regionale rispetto alla funzione di governo della spesa farmaceutica, anche al fine di ampliare il dibattito sulla variabilità interregionale.

L'analisi ha vertito su tre aree ritenute rilevanti per definire esaustivamente come la Regione agisca rispetto alla spesa farmaceutica:

— *articolazione del sistema informativo*. Il risultato di questo studio ha permesso di evidenziare come in non poche Regioni vi sia una carenza strutturale di un buon sistema di flussi informativi, questa carenza provoca impossibilità di monitorare molte voci della spesa farmaceutica, col rischio di rendere più complessa l'introduzione di nuovi strumenti per il governo della spesa e di invalidare gli sforzi che si fanno;

— *organizzazione della funzione di governo regionale*, al fine di capire la rilevanza data alla funzione di governo della spesa farmaceutica all'interno della Regione stessa. Anche in questo caso le situazioni sono le più disparate: Regioni con situazioni storiche più complesse, ed anche con tradizioni differenti, preferiscono concentrarsi maggiormente su altri settori della sanità, e Regioni con performance «migliori» — quantomeno in termini di dati di spesa — riescono a dedicare una maggior attenzione all'assistenza farmaceutica, magari anche con l'istituzione di un'Agenzia, che svolga soprattutto compiti di tipo tecnico;



— *le politiche regionali di governo della spesa farmaceutica convenzionata.* Se da un lato è innegabile che ci siano Regioni poco attive, d'altro canto ci sono Regioni che hanno attuato politiche di contenimento della spesa coinvolgendo le ASL e i Mmg (medici di medicina generale) in politiche di incentivo alla razionalizzazione delle spesa, introducendo livelli di spesa programmata, o agendo sulle linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici. Politiche regionali meno diffuse sono quelle concernenti la formazione dei soggetti prescrittori e le politiche dirette a sfruttare per alcuni farmaci particolarmente costosi una rete di distribuzione alternativa (le farmacie ospedaliere piuttosto che quelle convenzionate).

Inoltre sono state analizzate variabili quantitative esplicative della variabilità interregionale della spesa farmaceutica convenzionata, quali ad esempio il peso della popolazione anziana ultrasessantacinquenne, il livello del reddito medio procapite e l'effetto sostituzione con altri livelli assistenziali. Tali variabili possono in parte motivare la variabilità interregionale, che quindi non può essere spiegata solo dall'efficienza o meno della Regione.

La spesa farmaceutica convenzionata è una voce importante della spesa sanitaria, essa deve essere monitorata sia come fenomeno in sé che per quanto concerne il suo legame con altri livelli assistenziali, questo anche in una prospettiva di sviluppo di politiche regionali. Infatti lo sviluppo di politiche decentrate di governo della spesa consentirebbe a chi è efficiente di sperimentare nuove possibilità o di consolidare l'utilizzo di strumenti verificatisi buoni, e stimolerebbe le Regioni in difficoltà ad elaborare ed attuare politiche innovative che non siano frutto di un'imposizione nazionale, ma, nate dalla collaborazione tra la Regione e gli altri protagonisti del SSR, siano percepite più adatte alla propria situazione.

*Tesi di laurea presentata all'Università degli Studi di Ancona. Corso di laurea in Economia e commercio, A.A. 1997-1998. Relatore GianMario Raggetti*

## **DRG E SISTEMI DI FINANZIAMENTO A TARIFFE PREDETERMINATE: ALCUNE RIFLESSIONI**

**di Vania Carignani**

Una prima fase del lavoro è dedicata allo studio teorico del ruolo delle tariffe e dei DRG nella sanità pubblica e convenzionata. L'attenzione viene focalizzata sia sugli effetti attesi dal legislatore nazionale con la loro introduzione nel SSN, come anche sugli effetti negativi (potenziali) che tale sistema può provocare. In una seconda fase, viene svolta un'analisi empirica a livello internazionale, nazionale e regionale. In particolare, vengono esaminati gli effetti prodotti dalle tariffe-DRG presso alcuni sistemi sanitari stranieri. Lo studio evidenzia l'esperienza statunitense, dove il sistema tariffa/DRG viene ideato, e quella di altri Paesi che, da poco, sperimentano tale sistema di remunerazione. Da quanto analizzato, sembra che la tariffa predeterminata sia uno strumento irrinunciabile, per elevare l'efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari.

In questa sede si elaborano alcune riflessioni su un primo impatto del sistema a tariffa per prestazione nel nostro Paese. Si tiene conto dei risultati ottenuti dal Ministero della sanità attraverso lo studio delle schede di dimissione ospedaliere, inviate dalle Regioni e Province autonome all'organo centrale di governo della sanità. Infine, si tenta di interpretare meglio le informazioni disponibili anche attraverso un'indagine presso alcuni enti Regione.

In sintesi, operando in tal modo, si è in grado di delineare con accuratezza gli obiettivi (effetti attesi) perseguiti. Tra essi, oltre all'obiettivo di efficienza, intesa come il risultato migliore possibile, in termini di salute aggiunta per la popolazione, date le risorse a disposizione, si individuano: l'equità nella distribuzione delle risorse finanziarie; una compilazione corretta della SDO; la differenziazione nell'offerta di tipologie di assistenza alternative al ricovero ordinario (*Day Hospital; Day Surgery*, ecc.); la regolazione della mobilità sanitaria, inter ed intra regionale; la modificazione della cultura degli operatori sanitari, che, per la

prima volta, sono portati a prendere coscienza dei concetti di costo e di appropriatezza, associati alla produzione delle prestazioni sanitarie.

Nel corso delle riflessioni svolte, si giunge anche all'individuazione di alcuni «effetti perversi» (comportamenti opportunistici) provocabili con l'adozione del nuovo sistema di finanziamento. Tra questi comportamenti, finalizzati soprattutto a trasferire il rischio di disequilibrio finanziario all'ASL, o all'utente del SSN, si individuano: le manipolazioni eventuali delle SDO (fenomeno di *upcoding*); la selezione delle patologie da curare sulla base della loro remuneratività (pratiche di *dumping* o *cream skimming*); il frazionamento dei profili di cura in più accessi alla struttura sanitaria; la riduzione dei costi, attuata tramite una contrazione dei servizi medici, infermieristici ed alberghieri, resi durante il ricovero, oppure tramite dimissioni precoci dei pazienti; la selezione «interessata» delle tipologie di assistenza da erogare; l'aumento di ricoveri non appropriati.

I fenomeni «perversi» accennati, sarebbero, in ogni caso, il risultato di fattori molteplici (economici, ma anche sociologici e culturali) ed andrebbero monitorati nel tempo ed affrontati con interventi complessi di varia natura.

L'insieme dei vantaggi ottenibili con la tariffazione potrebbe prevalere, in ogni caso, sugli effetti indesiderati e sui rischi impliciti introducendo strumenti accessori e di supporto allo stesso meccanismo tariffario. Tra questi ultimi, ad esempio, è bene fare cenno ai sistemi informativi sofisticati che non lascino spazio alla discrezionalità del medico nella codifica delle diagnosi; alla definizione di protocolli diagnostico-terapeutici per suggerire percorsi clinici migliori da intraprendere in modo da standardizzare i processi e, di conseguenza, i costi di produzione delle prestazioni; alla redazione di piani preventivi di attività concertati tra ente Regione, ASL ed aziende ospedale per stabilire volume e tipologie di prestazioni che ciascuna struttura ospedaliera potrebbe erogare, ed, infine, ad un sistema di controlli interni ed esterni alle strutture sanitarie per anticipare ed (eventualmente) sanzionare i comportamenti opportunistici. Tutti questi strumenti accennati, in particolare, il sistema dei controlli dovrebbe essere applicato in un clima di collaborazione tra gli operatori sanitari. A questo proposito, va sottolineata l'importanza di iniziative avviate dagli enti Regione in merito alla rilevazione ed alla valutazione delle SDO, poiché da queste si desumono molte delle informazioni utili alla gestione della singola azienda sanitaria.

La verifica dell'impatto del sistema tariffario a livello regionale viene svolta su un campione di quattro Regioni (Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Marche), attraverso un questionario. La prima parte del questionario mira ad indagare i criteri di determinazione delle tariffe applicate da ciascun ente Regione; la seconda parte, invece, riguarda gli effetti che tale sistema sembra avere sull'attività ospedaliera attuale.

In sintesi, riportando alcuni dei dati ottenuti tramite il questionario, si osserva come nessuna delle Regioni campione applica integralmente il D.M. 30 giugno 1907 sul proprio territorio. Solamente l'Emilia-Romagna, tuttavia, determina autonomamente ciascuna tariffa sulla base della valutazione dei costi di produzione dei singoli DRG. Tutte le altre Regioni, infatti, operano una riduzione forfettaria indistinta delle tariffe ministeriali. Nonostante la prima soluzione sia indubbiamente più corretta dal punto di vista aziendalistico, essa richiede, di fatto, una grande disponibilità di dati economico-finanziari che ancora non sembra ottenibile per la maggior parte delle strutture sanitarie. D'altra parte, emerge in maniera generalizzata anche l'esigenza di verificare periodicamente la congruità tra tariffe e costi di produzione in quanto tale congruità rappresenta il presupposto per il raggiungimento dell'equilibrio economico da parte dei fornitori di prestazioni sanitarie. Con riferimento all'articolazione delle tariffe, il 75% del campione articola il proprio tariffario in funzione della tipologia di erogatore, ed, in particolare, in relazione alla complessità funzionale delle strutture sanitarie (misurata dalla presenza di grandi apparecchiature, oppure da reparti di specializzazione, od ancora dalla presenza di reparti di emergenza e/o pronto soccorso). Va

sottolineato che le Regioni dichiaranti, ad esclusione dell'Emilia-Romagna, non ritengono opportuno articolare le tariffe in ragione della composizione della casistica trattata. Questo, nonostante il fatto che proprio dall'analisi del *case mix* prodotto da una struttura determinata potrebbero trarsi conclusioni importanti in merito ai possibili atteggiamenti impropri, posti in essere dal *management* sanitario.

Con riferimento alle riflessioni proposte circa l'impatto delle tariffe sull'assistenza sanitaria, l'indagine svolta a livello regionale conferma, in buona parte, e smentisce, in misura minore, i risultati raggiunti a livello ministeriale. Da un lato, ai differenti livelli istituzionali, si verifica che il sistema tariffario provoca uno sviluppo degli atteggiamenti positivi da parte del *management* sanitario. Sembra provato, infatti, che la qualità e la completezza nella compilazione delle SDO migliorano; si rileva, inoltre, una razionalizzazione nell'uso delle risorse, dovuta ad una riduzione della durata delle degenze, medie e totali. Dall'altro lato, invece, a livello ministeriale sembra sottovalutarsi l'aumento rilevante, riscontrato presso le Regioni campione, nel numero dei ricoveri ed, in particolare, l'aumento di quelli attribuiti a DRG complessi, e, quindi, a tariffa più elevata. Infine, un risultato interessante dell'analisi condotta sulle Regioni, emerge dall'ultima domanda del questionario proposto. Si è, infatti, chiesto al campione se esista o meno un processo di monitoraggio della congruità tra tariffa e costo medio di produzione per specifico DRG. Tutte le Regioni, ad esclusione dell'Emilia, forniscono una risposta negativa a tale quesito, a conferma delle difficoltà, ancora consistenti, nel rilevare i costi di produzione sostenuti dalle strutture sanitarie locali, già sottolineata più volte.

Sul piano strettamente operativo, il lavoro svolto induce a credere nella necessità di provvedere, almeno per un periodo iniziale, all'adozione di tariffe che, in parte, possano differenziarsi con riferimento a due parametri. Il primo dovrebbe riguardare la situazione oggettiva iniziale, in termini di struttura e di funzionamento, in cui si trovano ad operare le singole aziende sanitarie. Questo permetterebbe ad esse di adattarsi meglio al cambiamento a causa di tariffe che offrano incentivi per accelerare le innovazioni. Il secondo concerne, invece, schemi di incentivazione delle eccellenze per quei *manager* che migliorino i livelli di efficienza gestionale.

Va sottolineato, pertanto, che il sistema di finanziamento a tariffa dovrebbe tenere conto delle differenze strutturali e funzionali richiamate eliminandole solo nel caso in cui esse siano dettate da inefficienza. I singoli tariffari regionali, opportunamente articolati, dovrebbero valorizzare solo quelle peculiarità dei fornitori, relative alle finalità perseguite, al *case mix* trattato e alla dotazione tecnologica disponibile.

In sintesi, questo lavoro rappresenta uno sforzo ulteriore per sostenere l'applicazione delle tariffe/DRG come strumento efficace nella ricerca di efficienza crescente nella sanità pubblica.

*Tesi di laurea presentata all'Università di Ancona. Corso di laurea in Economia e commercio, A.A. 1997-1998. Relatore Gian Mario Raggetti*

## **LE POLITICHE DI ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI**

**di Gloria Piagnerelli**

Nell'ambito del processo di trasformazione delle strutture sanitarie, le variabili organizzative assumono importanza cruciale nella definizione di assetti aziendali nuovi, improntati a principi di efficacia ed efficienza. Tali variabili contribuiscono, peraltro, ad indirizzare i comportamenti del personale verso il raggiungimento dell'obiettivo prioritario delle aziende USL, ossia il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini. In questa logica, le

aziende sanitarie dovrebbero realizzare un sistema di servizi diversificati, seguendo modelli di organizzazione flessibili. In tal senso, una soluzione possibile potrebbe essere quella di adottare una struttura ed un'organizzazione di tipo reticolare, caratterizzata da presidi d'offerta specialistici e fondata su relazioni di scambio interpersonali e meccanismi operativi, tali da rispettare l'autonomia e la specificità di ciascun nodo della «rete» stessa. L'esigenza di privilegiare il modello di organizzazione «a rete» emerge con evidenza particolare per l'ambito territoriale delle ASL. Difatti, a livello territoriale vengono gestite fasi importanti dei processi di tutela della salute, quali la prevenzione, l'assistenza sanitaria primaria, l'assistenza sociale e l'erogazione di prestazioni diagnostiche, specialistiche e riabilitative. Lo svolgimento di tali attività comporta la presenza di strutture sanitarie diverse, con tipologie specifiche di servizi sociosanitari offerti, da integrare. In tale contesto, l'organizzazione reticolare consente di fornire risposte specifiche alle esigenze di continuità assistenziale mostrate dai pazienti, mediante interventi coordinati di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo. Il coordinamento degli interventi dovrebbe avvenire attraverso la definizione di percorsi assistenziali individuali, guidati da professionisti sanitari, quali il medico di base e gli operatori di contatto. In tale prospettiva, il distretto sanitario di base, inteso quale articolazione organizzativo-funzionale dell'ASL, nonché ambito territoriale delimitato, rappresenta un contesto privilegiato per valorizzare il rapporto tra cittadino e sistema sanitario. Ciò non solo in termini di erogazione delle prestazioni, ma anche di orientamento all'accesso ai servizi sociosanitari. In tal senso, il distretto potrebbe divenire polo di riferimento della rete dei servizi territoriali delle ASL.

Le cause del fallimento del processo di «distrettualizzazione» delle USL sono molteplici. Si fa riferimento, in particolare, all'adozione, da parte delle stesse, di un modello di organizzazione dei servizi sanitari di tipo settoriale-funzionale, che ha impedito al distretto di emergere come articolazione aziendale dotata di autonomia e potere decisionale propri. A questo aspetto si aggiungono le difficoltà di integrazione operativa delle strutture sanitarie con i medici di medicina generale e con gli operatori sociali. Tale situazione provoca un rafforzamento dei settori specialistici e, soprattutto, delle strutture ospedaliere. Il ricorso eccessivo ed inappropriato, da parte dei cittadini, ai ricoveri ospedalieri produce conseguenze negative in termini sia clinici, sia economici.

Un contributo al processo di razionalizzazione del sistema d'offerta e di valorizzazione delle attività sanitarie territoriali è legato ai decreti di riordino 502/92 e 517/93. L'ampliamento degli ambiti territoriali delle USL pone l'esigenza di ridefinire l'articolazione distrettuale delle stesse e di valutare, con attenzione, la distribuzione, sul territorio, dei punti di erogazione dei servizi sociosanitari. Si tratta di definire l'organizzazione in grado di fornire la risposta migliore ad ogni esigenza manifestata dagli assistiti, in modo tale da elevare il livello qualitativo dell'offerta. Occorre, inoltre, distinguere le competenze specifiche dei settori ospedaliero e territoriale. In tal senso, il ricorso alle strutture ospedaliere andrebbe limitato all'erogazione di prestazioni sanitarie che richiedono il ricovero del paziente e l'impiego di tecnologie sofisticate. Ciò non esclude la necessità di sviluppare forme di cooperazione tra i due ambiti, soprattutto in relazione all'esigenza di garantire al paziente una continuità assistenziale completa.

Dal quadro generale delle indicazioni normative e teoriche esaminate nel lavoro di tesi, emerge l'esigenza di rivalutare il ruolo dei servizi sanitari territoriali ed, in particolare, del distretto sociosanitario di base. Dal punto di vista empirico, si è proceduto ad esaminare le politiche pianificate ed intraprese dalle ASL marchigiane di Pesaro, Urbino, Fano, Senigallia, Jesi, Fabriano, Ancona, Civitanova Marche e San Benedetto del Tronto. Sono riportati, inoltre, le soluzioni organizzative ed i progetti, in fase di realizzazione, delle ASL di Bologna e Reggio Emilia. L'analisi dei casi aziendali evidenzia una situazione caratterizzata da cambiamenti notevoli. Nella maggioranza delle aziende USL esaminate sono in atto pro-

cessi di riassetto delle strutture sanitarie territoriali, volti al completamento od al perfezionamento della «distrettualizzazione» dell'ambito territoriale di competenza.

Con riferimento particolare alle ASL della Regione Marche, le politiche aziendali mostrano un atteggiamento generale di adesione alle indicazioni normative e programmatiche regionali. In tal senso, alcune ASL adottano modelli di organizzazione dei servizi territoriali che ribaltano la logica prevalente, settoriale-funzionale, ponendo al vertice della linea gerarchica territoriale il responsabile di distretto. In altre aziende, l'avvio delle unità organizzative distrettuali attraversa ancora la fase di sperimentazione. In generale, tutte le ASL considerate si stanno orientando verso una logica nuova di gestione delle attività sanitarie, anche se le soluzioni attuali necessitano di essere perfezionate sulla base delle indicazioni che potrebbero emergere nella prassi.

A livello operativo, le aziende sanitarie marchigiane prevedono la costituzione, nell'ambito del distretto, di *équipe* multidisciplinari per la valutazione dei casi singoli e la pianificazione dei percorsi assistenziali. Il superamento del rapporto esclusivo medico-paziente, soprattutto per il trattamento di patologie complesse, rappresenta uno dei cambiamenti qualificanti relativi ai servizi territoriali. In tale logica, si pongono anche i tentativi di stimolare la collaborazione dei medici di medicina generale con gli operatori distrettuali ed i medici specialisti. Un tratto comune ulteriore, nelle politiche intraprese dalle ASL marchigiane, concerne l'avvio di processi di razionalizzazione dell'offerta. In tal senso, le aziende formulano progetti mirati per il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata e dell'assistenza residenziale, quali alternative qualificate alle cure ospedaliere. Ciò in relazione, soprattutto, ai caratteri della domanda indotta dall'invecchiamento progressivo della popolazione ed al tasso di ospedalizzazione elevato, della Regione. Per quanto concerne, invece, la realizzazione di interventi in ambiti critici, quali il settore materno infantile, tossicodipendenze e salute mentale, alcune aziende sembrano subordinare tali iniziative al completamento del processo di riorganizzazione distrettuale. In tale contesto, l'ASL n. 7 di Ancona costituisce uno dei casi più interessanti. Tale struttura elabora progetti specifici, finalizzati sia alla riorganizzazione di alcune aree assistenziali, quali quelle della riabilitazione e della salute mentale, sia all'elaborazione di indicatori di efficacia, qualità ed efficienza dell'assistenza erogata e delle soluzioni operative adottate. Queste esperienze potrebbero essere assunte come punti di riferimento da parte di altre aziende sanitarie. Nella fase critica di cambiamento che caratterizza attualmente il sistema sanitario, il ricorso a tecniche di *benchmarking*, in relazione a contesti territoriali simili, potrebbe rappresentare un sostegno valido al superamento di problematiche organizzative e gestionali complesse e diffuse.