



Esperienze innovative

Sezione 3^a

L'UTILIZZO DEL BUDGET PER L'INCENTIVAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: IL CASO DELL'A.P.S.S. TRENTO

Giorgio Casati¹, Andrea Francesconi², Marino Nicolai³, Aldo Webber⁴, Franco Zigrino³

¹ CERGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

² Università di Trento

³ U.L.S.S. 02 di Feltre (Belluno)

⁴ A.P.S.S. Trentina

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La Gestione del cambiamento del sistema premiante - 3. Il processo di *budget* ed il sistema incentivante nell'A.P.P.S. di Trento - 4. Il funzionamento del sistema premiante - 5. Analisi critica dei risultati del sistema dopo due anni di applicazione.

1. Introduzione

Questo scritto intende prendere in esame e valutare l'efficacia del sistema premiante per la dirigenza medica e non medica, introdotto presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento (d'ora innanzi indicata come A.P.S.S.) a decorrere dal 1° luglio 1997, in applicazione dei CCNL del 5 dicembre 1996, e da allora attuato senza sostanziali modificazioni. L'esperienza maturata ormai in tre esercizi, infatti, permette un giudizio sufficientemente ponderato su di un sistema organizzativo sicuramente originale, valido ma, soprattutto, sostanzialmente condiviso dagli interessati.

1.1. La struttura organizzativa dell'A.P.S.S. di Trento

Per la comprensione del quadro di assieme, giova premettere che l'A.P.S.S., nata nel 1995 dalla fusione delle undici USL preesistenti nella Provincia autonoma di Trento, è una entità di rilevanti dimensioni, estendendosi la stessa sull'intero territorio provinciale (circa 6.200 kmq, per lo più su aree montane di difficile comunicazione, con 223 Comuni e 466.000

cittadini gestiti). I dipendenti dell'Azienda sono n. 6.560 (tenuto conto del personale a tempo parziale equivalente a tempo pieno), dei quali 840 medici e veterinari, cui come è noto il CCNL ha riconosciuto lo status di dirigenti, 80 altri dirigenti sanitari (biologi, chimici, fisici e psicologi) ed infine 30 dirigenti amministrativi e del ruolo tecnico e professionale. I quadri dirigenti assommano dunque in totale a circa 950 unità.

Gli stabilimenti ospedalieri pubblici sono 13, per complessivi 2.300 posti letto circa. Il *budget* per l'esercizio 1999 ammonta a circa 1.155 miliardi.

Per gestire questa imponente realtà, la legge provinciale n. 10 del 1993, recante la nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale (SSP), ha previsto una complessa articolazione organizzativa, assolutamente unica nel panorama della sanità pubblica italiana, basata su molteplici livelli definiti anche in relazione alla distribuzione territoriale delle attività dell'A.P.S.S.

La struttura organizzativa fondamentale prevede infatti i seguenti livelli di responsabilità:

- a) Direzione generale;
- b) tre Direzioni centrali con competenze amministrative e con funzioni di gestione diretta di alcune aree di at-

tività e di coordinamento, nell'ambito delle rispettive competenze, delle attività presenti sul territorio;

- c) tre Direzioni centrali con competenze sanitarie e funzioni di gestione diretta di alcune aree di attività e di coordinamento, nell'ambito delle rispettive competenze, delle attività presenti sul territorio;

- d) due Direzioni di ospedale (Trento e Rovereto), cui è affidata la gestione dei principali presidi ospedalieri dell'A.P.S.S.;

- e) otto Direzioni di distretto, competenti per la gestione dei servizi sanitari territoriali ed altresì degli stabilimenti ospedalieri periferici;

- f) infine, due Dipartimenti diagnostici strutturati (radiologia e laboratorio), dotati di autonomia organizzativa e di poteri di gestione assimilabili a quelli delle Direzioni di cui ai punti precedenti.

Alle dipendenze di queste articolazioni fondamentali, operano circa 220

Il presente lavoro è frutto dell'opera congiunta dei diversi autori. In particolare i paragrafi 1 e 2 sono attribuibili a Marino Nicolai e Franco Zigrino, il paragrafo 3 a Andrea Francesconi, il paragrafo 4 a Aldo Webber, il paragrafo 5 a Giorgio Casati.

Centri di responsabilità (unità operative complesse e servizi).

La struttura organizzativa dell'Azienda è, quindi, di tipo divisionale, dove la legislazione provinciale non ha previsto le figure del direttore amministrativo e di quello sanitario, viceversa tipiche delle aziende sanitarie ed ospedaliere italiane.

2. La gestione del cambiamento del sistema premiante

L'A.P.S.S. trentina, al pari e forse maggiormente delle altre aziende sanitarie ed ospedaliere italiane, si è dovuta confrontare, fin dalla sua costituzione in data 1° aprile 1995, con pesanti vincoli esterni derivanti dall'ineadeguato contesto normativo tipico della struttura pubblica, specie per ciò che concerne la gestione del personale. La legge provinciale 10, infatti, appariva ancora fortemente condizionata da un'ottica tipicamente burocratica incentrata su di una filosofia di pura legittimità sfociante, al di là di alcune mere affermazioni di principio peraltro non allineate con la reale sostanza della norma, in controlli essenzialmente per atti e non per risultati, retaggio di una cultura della pubblica amministrazione assolutamente tradizionale ed, in quanto tale, sostanzialmente incompatibile con le logiche di governo proprie di un'impresa moderna. Proprio per tale ragione, tuttavia, occorre dotare la neonata Azienda di strumenti di gestione coerenti con la *mission* affidatale: in particolare, la contabilità economico-patrimoniale (inizialmente neppure prevista dalla legislazione provinciale), il controllo interno di gestione, ed infine il *management* per obiettivi, per l'avvio del quale appariva peraltro essenziale poter disporre di un sistema premiante per la dirigenza, soprattutto medica, che non fosse ancorato, come per il passato, ad un'impostazione formali-

stica, orientata alla mera presenza in servizio dei dipendenti attraverso il cosiddetto «*plus orario*», ed alla conseguente produzione di volumi incrementali di attività, al di là dell'effettiva utilità dei medesimi, senza alcuna verifica, né a priori, né a posteriori, di un corretto rapporto costi-benefici ed in ogni caso slegati dalla finalizzazione verso obiettivi negoziati.

In questo contesto, il punto di svolta va individuato nella stipula dei due CCNL della dirigenza, medica e non medica, del 5 dicembre 1996, i quali, pur con indubbi limiti, pur tuttavia, per la prima volta nella storia della pubblica amministrazione italiana, introducevano un sistema salariale non più astrattamente (quanto falsamente) egalitario, bensì meritocratico, impostato sulla tripartizione tra retribuzione base (questa sì, uguale per tutti), retribuzione di posizione (differenziata sulla base della maggior o minor rilevanza dell'incarico dirigenziale conferito) e, per l'appunto, retribuzione di risultato, vale a dire compenso per l'attività concretamente svolta nel conseguimento di obiettivi preventivamente negoziati dall'unità operativa con la direzione strategica aziendale.

Si trattava, come ognuno può vedere, di una svolta epocale nella vita delle pubbliche amministrazioni italiane: occorre non perdere un'occasione unica di cambiamento, capace di modificare veramente la mentalità degli operatori ed, in definitiva, il rapporto con i cittadini-utenti. Per riuscirci, però, la direzione strategica dell'A.P.S.S. non poteva prescindere dal consenso: non con imposizioni verticistiche del tipo *top-down*, ma solamente attraverso logiche di condivisione *bottom-up*, infatti, sarebbe stato possibile introdurre il nuovo sistema premiante, evitando il rifiuto delle parti sociali ed il conseguente avvio di una stagione di conflittualità interna

(agitazioni del personale) ed esterna (ricorsi alla magistratura amministrativa) che avrebbe portato alla paralisi dell'attività.

Nasceva, così, dopo proficui incontri con i sindacati della dirigenza medica, sanitaria non medica ed amministrativa, la formalizzazione della disciplina regolamentare del nuovo sistema incentivante (retribuzione di risultato), avente decorrenza 1° luglio 1997, meglio esplicitato nei paragrafi a seguire.

Fin da subito, comunque, preme sottolineare alcuni punti essenziali:

a) il Fondo aziendale, quello per la dirigenza medica e veterinaria, assomma a circa 21 miliardi annui, vale a dire oltre 25 milioni in media pro capite (ma con differenziazioni individuali anche molto rilevanti, in rapporto sia all'incarico dirigenziale espletato, sia al grado di conseguimento dei risultati negoziati). Su standard similari si posizionano i Fondi delle altre professionalità dirigenziali.

Si tratta, dunque, di somme considerevoli, tali da garantire effettiva concretezza al nuovo sistema premiante, focalizzato al conseguimento dei risultati e non più garantito a priori;

b) al fine di garantire, nella fase di avvio del nuovo sistema, la continuità con l'ammontare di incentivazione alla produttività (*ex plus orario*) erogato in precedenza alle *équipes*, per i primi tre esercizi, la Direzione generale, confrontandosi con le OO.SS. interessate, ha stabilito un approccio graduale alle nuove logiche premianti (1).

Questa decisione ha generato l'indubbio vantaggio di eliminare la conflittualità con i dirigenti medici e non medici;

c) il nuovo sistema si basa innanzitutto sulla trasparenza; a tal fine il responsabile dell'*équipe* è tenuto a comunicare, in forma adeguata a tutti

i componenti l'*équipe* la scheda di *budget*, acquisendone la sottoscrizione per presa visione e condivisione dei contenuti negoziali nella stessa riportati. Inoltre egli deve garantire la previa adozione, da parte della propria unità operativa, di uno specifico regolamento interno finalizzato alla definizione dei criteri di valutazione dell'operato di ogni singolo dirigente, il cui testo, anch'esso debitamente sottoscritto da ognuno dei componenti, è depositato presso la segreteria del Nucleo di valutazione aziendale;

d) ogni decisione finale in tema di corresponsione della retribuzione di risultato è di competenza del Nucleo di valutazione, istituito dalla Direzione generale ex art. 20 del D.L.vo n. 29/93, con la partecipazione di componenti esterni all'A.P.S.S., esperti in tecniche di valutazione aziendale e nel controllo di gestione. Le decisioni del nucleo, qualora penalizzanti per una *équipe* o per un singolo componente della medesima, vengono assunte previo confronto in contraddittorio con gli interessati.

Il complesso dei criteri e dei principi sopra esposti ha agevolato l'introduzione di un sistema premiante fortemente innovativo in una realtà ancora vincolata ai vecchi schemi formalistici della pubblica amministrazione.

3. L'integrazione tra sistema di *budget* e sistema premiante

I processi di cambiamento in atto nel Sistema sanitario nazionale stanno favorendo l'adozione e l'implementazione di strumenti di gestione a livello di aziende sanitarie e di aziende ospedaliere. Tra di essi, in relazione alla crescente esigenza di migliorare l'impiego delle risorse, particolare rilievo è stato dato ai sistemi di controllo di gestione, intesi nelle esperienze pionieristiche prevalentemente come strumenti di rilevazione delle infor-

mazioni e, successivamente, a seguito del consolidarsi della logica aziendale, come strumenti di programmazione e di responsabilizzazione della dirigenza. Attualmente, molte aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche hanno attivato ed utilizzano il *budget* come strumento consolidato di formulazione degli obiettivi gestionali per il breve periodo.

Il *budget*, peraltro, va anche inteso come forte strumento di responsabilizzazione della dirigenza aziendale verso il raggiungimento di specifici obiettivi definiti e negoziati in modo da orientare la gestione verso il raggiungimento di risultati coerenti sia con le risorse disponibili, sia con le esigenze di salute del bacino di utenza caratterizzante l'ambito di azione della singola azienda sanitarie pubbliche. In tal senso la teoria aziendale ha da lungo tempo evidenziato la necessità, al fine di garantire una maggiore incisività dei sistemi di *budget*, di integrare questi ultimi con i sistemi di incentivazione della dirigenza. In effetti, se tramite il *budget* si individuano i migliori risultati ritenuti realizzabili rispetto allo specifico contesto aziendale ed ambientale, è opportuno che i dirigenti che riescono concretamente a realizzare i risultati attesi vengano adeguatamente valorizzati per le loro capacità di direzione.

L'integrazione tra sistema di *budget* e sistema premiante, diffusa tra le aziende di produzione, ha incontrato notevoli difficoltà nell'ambito del sistema delle amministrazioni pubbliche. In tale sistema, infatti, hanno prevalso, fino a tempi recenti, sistemi premianti di tipo formale e burocratico basati sulla effettiva presenza in servizio dei dirigenti o sulla produzione di volumi incrementali di attività, comunque lontani dalla logica di incentivare i comportamenti della dirigenza verso il raggiungimento di obiettivi negoziati. Per tale motivo le

prime esperienze di *budget* nelle aziende sanitarie pubbliche non hanno potuto attivare un proficuo collegamento tra sistema incentivante e sistema di *budget*, collegamento sinergico sia rispetto all'esigenza di garantire una legittimazione reale e sostanziale ai sistemi di *budget*, sia all'esigenza di dotarsi di un sistema premiante coerente con le finalità aziendali.

Solo a seguito dei processi di riforma del sistema delle pubbliche amministrazioni, si sono potuti attivare meccanismi di flessibilità salariale per le varie aree dirigenziali con la funzione di rispondere all'esigenza di una razionalizzazione nella gestione delle risorse umane, finalizzata a perseguire migliori livelli di efficienza e di efficacia dell'azione di governo aziendale.

Si è aperto, in tal modo, per le aziende sanitarie pubbliche che già in precedenza avevano attivato sistemi di gestione per *budget*, un concreto spazio di azione per favorire l'integrazione di quest'ultimo con il sistema premiante collegando gli obiettivi di *budget* alla retribuzione di risultato.

3.1. Il processo di *budget* ed il sistema incentivante nell'A.P.S.S. trentina

Nel 1997 l'A.P.S.S. ha introdotto il *budget*, strumento con il quale, con cadenza annuale, i piani ed i programmi previsti dalla programmazione strategica aziendale vengono articolati in specifici obiettivi di breve periodo congruenti rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne. Il documento risultante dal processo di *budget* è inoltre il necessario riferimento per la predisposizione del bilancio economico preventivo aziendale.

La complessità della struttura organizzativa e l'intrecciarsi degli ambiti di responsabilità e di coordinamento, propri dei diversi livelli dirigenziali dell'azienda, ha avuto precise impli-

cazioni in termini di progettazione e realizzazione del sistema di *budget* dell'A.P.S.S.

L'azienda ha adottato un processo di *budget* di tipo *bottom-up* individuando diversi livelli di definizione delle linee guida aziendali e di negoziazione delle proposte di *budget*. Con riferimento all'individuazione delle linee guida, esse vengono definite dalla Direzione aziendale in termini globali per poi essere trasformate in linee guida a livello di Distretto, di Presidio ospedaliero e di Dipartimento. Tali livelli di responsabilità organizzativa sono stati denominati DOC nell'ambito del processo di *budget*. Le linee guida definite dai DOC rappresentano l'*input* per la formulazione delle proposte di *budget* da parte dei C.d.R. che vi afferiscono.

Con riferimento alla fase di negoziazione, il processo di *budget* prevede un duplice livello di negoziazione. In una prima fase si ha una negoziazione tra C.d.R. e DOC che consente di definire una proposta di *budget* a livello di DOC. In una seconda fase si assiste ad una negoziazione tra DOC e Direzione generale che porta alla definizione del *budget* aziendale.

L'azienda, fin dal 1997, ha sfruttato lo spazio di azione derivante dall'evoluzione contrattuale ridefinendo il precedente sistema premiante, basato sul *plus orario*, per adottare dei criteri incentivanti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi aziendali in un'ottica di razionalizzazione complessiva delle risorse umane e strumentali investite e fortemente collegati al sistema di *budget*.

La concreta attivazione del nuovo sistema incentivante collegato al *budget* viene avviata dall'A.P.S.S., in forma sperimentale nel secondo semestre 1997, per trovare poi concreta applicazione, a regime, nei successivi anni 1998 e 1999 individuando, quale parametro di riferimento per la retri-

buzione di risultato, gli obiettivi contenuti nel *budget* di periodo.

La definizione dell'ammontare della retribuzione di risultato e della sua articolazione rispetto agli obiettivi di *budget* è uno degli elementi oggetto di negoziazione tra DOC e C.d.R.

Per supportare ed orientare la negoziazione della retribuzione di risultato tra DOC e C.d.R. l'azienda ha proceduto a:

1) scomporre il fondo aziendale per la retribuzione di risultato, nella quota parte riferita ai «livelli di produttività e miglioramento dei servizi» in:

1A) *fondo ordinario*, pari al 90% del fondo aziendale.

Il fondo ordinario è totalmente dedicato alla retribuzione di risultato connessa al sistema di *budget* come di seguito meglio specificato;

1B) *fondo priorità aziendali*, pari al residuo 10% del fondo aziendale per la retribuzione di risultato.

Il fondo priorità aziendali è gestito direttamente e discrezionalmente da parte del Direttore generale che, tenuto conto delle priorità aziendali e delle situazioni di urgenza/emergenza emerse nel corso della gestione, finalizza tutto o quota parte del fondo in oggetto a specifici progetti-obiettivo riguardanti singoli C.d.R. o a gruppi di progetto trasversali a più C.d.R.

Il fondo priorità aziendali è gestito in maniera autonoma e distinta rispetto al processo di *budget*;

2) articolare il fondo ordinario fra le diverse strutture organizzative dell'Azienda (DOC). In tal modo la quota di retribuzione di risultato a disposizione dei DOC per l'anno di *budget* è predefinita in periodo antecedente all'inizio del processo di negoziazione. In altri termini l'ammontare di incentivi a livello di DOC è quantificato dalla Direzione generale. Alla direzione di DOC competono decisioni in merito all'articolazione della re-

tribuzione di risultato tra i C.d.R. afferenti al DOC, decisioni basate sulla valutazione delle proposte di *budget* dei C.d.R.;

3) definire, in modo omogeneo per tutti i C.d.R. dell'azienda, i parametri per la valutazione degli obiettivi di *budget*. I parametri individuati devono poi essere tradotti per ogni C.d.R. in specifici indicatori di risultato/obiettivo. I parametri attualmente utilizzati dall'A.P.S.S. sono:

a) attività;

b) contributo all'equilibrio economico finanziario;

c) progetti speciali di C.d.R.

Ai predetti parametri di valutazione è stato attribuito un peso omogeneo per tutti i DOC dell'azienda. Tale soluzione consente all'azienda, in relazione alla sua specificità organizzativa, di garantire a tutti i C.d.R. l'omogeneità di valutazione degli obiettivi di *budget* indipendentemente dal DOC di appartenenza.

In altri termini, ipotizzata pari a 100 la retribuzione di risultato dei C.d.R., la distribuzione della retribuzione avviene in maniera omogenea per tutti i C.d.R. in relazione alla rilevanza attribuita ai differenti parametri di valutazione;

4) definire la metodologia per la quantificazione della retribuzione di risultato a livello di C.d.R.

L'azienda ha deciso di adottare una metodologia cosiddetta per punti articolata nei seguenti passi logici:

4.1) scomposizione dei parametri di valutazione della scheda di *budget* in indicatori specifici per ogni C.d.R.;

4.2) definizione per ognuno degli indicatori di un valore obiettivo per l'anno di *budget*;

4.3) attribuzione ad ognuno degli indicatori di un punteggio negoziato tra responsabile di C.d.R. e responsabile di DOC.

Si ritiene importante precisare che, mentre i parametri di valutazione delle proposte di *budget* sono comuni per tutti i C.d.R. dell'azienda, gli indicatori obiettivo sono definiti C.d.R. per C.d.R. sulla base delle indicazioni fornite in sede di compilazione della scheda di *budget*. A parte le ovvie differenze del sistema di indicatori tra C.d.R. afferenti a diverse aree di attività (es. C.d.R. territoriali e amministrativi oppure C.d.R. con attività chirurgica e senza attività chirurgica), la personalizzazione degli indicatori consente al meglio di cogliere la specificità delle varie unità operative.

L'utilizzazione di un sistema di punti, voluto dall'azienda, permette di quantificare in lire i premi connessi ai singoli obiettivi di *budget* solo successivamente alla fase di valutazione della scheda di *budget* ed alla negoziazione derivantene.

L'approccio adottato mira ad ottenere due ordini di vantaggi:

a) consentire una completa distribuzione del fondo ordinario. Le quote di retribuzione di risultato non maturate dai C.d.R. che raggiungono solo parzialmente o non raggiungono del tutto gli obiettivi vengono infatti attribuite a quei C.d.R. che nell'ambito del DOC di appartenenza raggiungono i risultati migliori. Si rafforza in tal modo il ruolo del *budget* come strumento di motivazione verso il raggiungimento di risultati negoziati;

b) strutturare l'incentivazione a livello di C.d.R. ovvero creare le condizioni per riconoscere alla singola unità operativa i vantaggi economici legati al raggiungimento degli obiettivi dell'*équipe* indipendentemente dalla partecipazione del singolo componente. Si procede in tal modo alla definizione di un punteggio complessivo di C.d.R. che verrà ripartito solo tra i dipendenti che hanno effettivamente contribuito al raggiungimento degli obiettivi.

4. Il funzionamento del sistema premiante

4.1. Principi generali

Il sistema premiante attivato nella realtà trentina, pur presentando alcuni elementi di complessità, consente di valutare, misurare e comparare nella massima trasparenza le differenti situazioni dei vari Centri di responsabilità ed il grado di apporto individuale dei singoli dipendenti.

Il principio fondamentale su cui poggia l'intero sistema premiante prevede che il fondo ordinario disponibile, a livello aziendale, per retribuzione di risultato va interamente distribuito al personale in ragione dei seguenti criteri:

1) il grado di raggiungimento degli obiettivi del C.d.R. Al riguardo occorre precisare che il sistema non intende premiare il raggiungimento degli obiettivi secondo una logica assolutistica, ma relativa: il massimo dei premi non viene assegnato solamente a chi ha raggiunto tutti gli obiettivi, ma, nel caso che nessun C.d.R. abbia raggiunto tale risultato, a chi si è maggiormente avvicinato ad esso ed, in via proporzionalmente ridotta a seconda del differente grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati, anche a tutti gli altri C.d.R.;

2) l'effettiva partecipazione di ogni singolo dirigente ai risultati ottenuti dall'*équipe* di appartenenza.

Da tale impostazione scaturiscono le seguenti considerazioni:

— l'ammontare del premio atteso dal C.d.R. è determinato dal Direttore di DOC in sede di negoziazione del *budget* sulla base della valutazione degli obiettivi contenuti nel *budget* e dalla composizione delle risorse, in particolare umane, così come definite nel medesimo documento;

— la retribuzione di risultato non maturata da un C.d.R., in ragione del solo parziale raggiungimento dei ri-

sultati conseguiti, confluisce nel fondo di DOC e viene ridistribuito fra tutti i C.d.R. dello stesso in ragione del grado di raggiungimento degli obiettivi;

— la retribuzione di risultato spettante ad ogni singolo dipendente è condizionata da parametri oggettivi (presenza effettiva) e dall'effettivo contributo dallo stesso fornito al perseguimento dei risultati dell'*équipe*. Quest'ultima valutazione dovrà avvenire secondo i criteri di seguito specificati (valutazione individuale);

— la retribuzione di risultato attesa e non maturata da un singolo dipendente sulla scorta dei parametri e valutazioni di cui al precedente punto, è ridistribuita fra tutti i componenti l'*équipe*.

4.2. Le fasi di sviluppo del sistema premiante all'interno di ciascun DOC

Di seguito si evidenziano le fasi di valutazione della scheda di negoziazione per *budget* nonché i singoli fattori di valutazione e computo dei punti attesi a livello di C.d.R. e per singolo dipendente.

Tali fasi sono individuabili in:

a) la valutazione globale della scheda di *budget*;

b) la scomposizione della valutazione globale sugli indicatori di risultato e la valutazione dei risultati conseguiti;

c) il computo della retribuzione di risultato attesa ed effettiva con riferimento ai singoli dirigenti.

a) la valutazione globale della scheda di *budget*

La parte finale del processo di *budget* è la «negoziazione». In questa fase il Direttore di DOC ed il responsabile di C.d.R., sintetizzano nella cosiddetta «scheda di *budget*» gli obiet-

tivi previsti nell'ambito del *budget* operativo. Si tratta degli obiettivi annuali assegnati dall'azienda al C.d.R. in ragione delle risorse di personale, di tecnologia e spazi fisici ivi allocate.

La tabella 1 fornisce un esempio di scheda utilizzata nell'A.P.S.S. di Trento con riferimento ad un C.d.R. dell'area chirurgica.

Gli obiettivi di *budget* presso l'A.P.S.S. trentina rappresentano la base di riferimento per la valutazione dei risultati finalizzata all'erogazione, per stati di avanzamento trimestrali, della retribuzione di risultato destinata al personale delle varie aree dirigenziali.

Al fine di differenziare la retribuzione di risultato fra i vari C.d.R.

aziendali, ogni Direttore di DOC deve procedere alla «valutazione globale della scheda di *budget*» la quale, espressa in punti, si basa su una serie di fattori nei quali sono stati tradotti gli obiettivi proposti dal responsabile del C.d.R. e con lo stesso discussi in sede di compilazione della relativa scheda di *budget*.

Tali fattori sono:

obiettivi di attività: volti al miglioramento/mantenimento dei livelli quali-quantitativi di attività richiesti dalla pianificazione aziendale; data l'importanza di tale fattore il peso relativo è pari al 70% del premio complessivo, cui corrisponde un punteggio che dovrà essere articolato su di-

versi indicatori di risultato espressione degli obiettivi di attività;

contributo all'equilibrio economico-finanziario: tale fattore valuta il contributo del C.d.R. all'equilibrio fra spese ed entrate e tra costi e ricavi; il peso relativo è pari al 15% del premio complessivo cui corrisponde un punteggio che, anche in tal caso, dovrà essere articolato su diversi indicatori di risultato;

progetti: tale fattore esprime un peso relativo pari al 15% (può arrivare al 50% per l'area dirigenziale professionale, tecnica ed amministrativa) del premio complessivo e riguarda una o più progettazioni, anche a carattere strettamente qualitativo, negoziate fra le parti ed analiticamente descritte, per

Tabella 1 - Esempio di scheda di negoziazione per *budget* e valutazione

RIPARTIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI <i>BUDGET</i> E VALUTAZIONE DEI RISULTATI										
Mesi di riferimento rilevazione		12								
Direzione		Ospedale A								
Servizio/unità operativa		XY (Area Chirurgica)								
Indicatori risultato	Peso %	Punti attesi	Consolidato 1997	Valori attesi di riferimento				Valori conseguiti		Punti effettivi
				Obiettivo 1998	Franchigia solo in % +	Limite		Risultato		
						Inferiore	Superiore	Rilevato	Proiettato	
<i>Obiettivi di attività</i>	100,00%	70,00								70,00
1) Dimessi totali	20,00%	14,00	2.649	2.600	1,88%		2.660	2.421	2.421	14,00
2) DMD	40,00%	28,00	7,6	7	7,14%		7,6	6,9	6,9	28,00
3) % DRg chirurgici	20,00%	14,00	46,3	47	1,48%	45		51,1	51,1	14,00
4) Peso medi DRg	20,00%	14,00	1,145	1,15	0,43%	1,1		1,321	1,321	14,00
<i>Equilibrio ec. finanziario</i>	100,00%	15,00								6,00
1) Riduzione posti letto	60,00%	9,00	56 + 4 DH	54 + 4 DH				56 + 4	56 + 4	0,00
2) Riduzione consumi totali dimessi totali (836034/2649)	40,00%	6,00	304.355	289.138	5,20%		304.355	276.601	276.601	6,00
<i>Progetti</i>	100,00%	15,00								15
1) Applicazione L. 675/96	100,00%	15,00		31-5-1998	31-5-1998			conseguito		15,00
Totali		100,00								91,00
Verifica punti attesi		100,00								

fasi, in specifiche schede allegate alla scheda di negoziazione per *budget* del C.d.R. di riferimento.

b) la scomposizione della valutazione globale sugli indicatori di risultato e la valutazione dei risultati conseguiti

Tale fase scompone il punteggio complessivamente attribuito alla scheda fra una serie di indicatori di risultato ricompresi nell'ambito degli obiettivi di attività, quelli economico-finanziari ed i progetti.

La fase, da un punto di vista logico, può essere scomposta in tre sottofasi:

b1) individuazione degli indicatori rilevanti: nell'ambito degli indicatori di risultato previsti nella scheda di *budget*, la negoziazione identifica, anche per aggregazioni omogenee, le variabili rispetto alle quali il C.d.R. verrà valutato con cadenza trimestrale ed a consuntivo ai fini della corresponsione degli acconti trimestrali e successivo conguaglio di esercizio della retribuzione di risultato; al riguardo va precisato che non tutte le voci di risultato riportate nel *budget* debbono essere trasformati in indicatori di risultato utili ai fini della presente fase;

b2) attribuzione di un valore espresso in punti per ciascuna variabile individuata: a ciascuno degli indicatori individuati in sede di negoziazione viene attribuito dalla Direzione di DOC un punteggio che rappresenta una quota di quello globale della scheda di *budget*.

Al fine di rendere possibile la valutazione trimestrale ed il conguaglio annuale finalizzati alla corresponsione delle quote economiche incentivanti attese è necessario che, per ciascun indicatore, vengano definiti:

— un risultato quantitativo corrispondente al pieno raggiungimento dell'obiettivo prefissato;

— un valore quantitativo limite che l'indicatore può assumere, al di sotto od al di sopra del quale, a seconda della natura dell'indicatore oggetto di analisi, l'obiettivo si ritiene non conseguito;

— un valore franchigia, quale valore intermedio tra quello rappresentante il pieno raggiungimento dell'obiettivo e quello limite avente lo scopo di identificare una gamma di risultati, diversi ma vicini al pieno raggiungimento dell'obiettivo, rispetto ai quali viene comunque corrisposto l'intero premio atteso o concordato.

b3) valutazione, per stati di avanzamento trimestrali, dei risultati conseguiti: detta fase, una delle più delicate in assoluto, viene svolta dal Nucleo di valutazione aziendale che rappresenta attualmente il più importante supporto alla Direzione generale in materia di valutazione dei risultati conseguiti, sia a livello di *équipe* che a livello individuale, per tutto il personale delle diverse aree dirigenziali.

Il Nucleo di valutazione è organizzato sulla base di apposito Regolamento aziendale che prevede, in particolare, per tutti i controlli, siano essi per i singoli dirigenti che per le *équipes*:

— la garanzia della massima trasparenza dell'operato e quindi dell'informazione preventiva;

— la possibilità di controdedurre nei tempi tecnici stabiliti;

— la garanzia del contraddittorio alle parti, anche assistite da persona di fiducia.

In materia di incentivi economici il nucleo dell'A.P.S.S. opera una valutazione di carattere oggettivo che si focalizza sul controllo esplicito delle prestazioni, facendo riferimento a due diversi aspetti:

a) *il controllo delle azioni*: attraverso il quale, come richiesto dall'art. 59 del CCNL, si verifica il rispetto, da parte del dirigente, delle direttive avu-

te e quindi degli obiettivi specifici allo stesso assegnati; al riguardo è necessario che la valutazione del nucleo, riferita al grado di apporto del singolo ai risultati di *équipe*, poggia su un sistema di regole di valutazione preventivamente esplicitate, a livello di C.d.R., con un documento scritto reso noto ai soggetti interessati.

In proposito l'A.P.S.S. trentina ha invitato tutti i responsabili dei C.d.R. aziendali a voler illustrare e formalmente assegnare a tutti i dirigenti dell'unità operativa gli obiettivi di esercizio come previsto dall'art. 63 del CCNL con l'indicazione dell'incentivo economico connesso.

Al fine di una corretta gestione del consenso, l'A.P.S.S. ha emanato specifiche linee guida sulla base delle quali detti responsabili hanno formalizzato il cosiddetto «regolamento di C.d.R.» che tiene in considerazione i seguenti fattori di valutazione individuale, pur nel rispetto di un'autonoma definizione del documento:

— l'autonomia operativa del dirigente;

— la flessibilità operativa;

— la partecipazione della vita di reparto;

— il raggiungimento di obiettivi specifici;

— il rispetto dell'organizzazione di reparto;

— la continuità della presenza in servizio;

— lo sviluppo delle risorse;

— l'umanizzazione dei rapporti con l'utenza;

— il concorso al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario.

Attualmente la maggior parte delle unità operative a valenza sanitaria hanno depositato il predetto regolamento di C.d.R. presso la segreteria del Nucleo di valutazione debitamente sottoscritto da tutti i componenti l'*équipe* di riferimento;

b) *il controllo dei risultati*: tale forma di valutazione propone il confronto tra risultati attesi, contenuti nella scheda di *budget*, ed effettivi, al fine di valutare il grado di efficacia gestionale del singolo C.d.R. e di assegnare i punteggi finali per il calcolo dei premi incentivanti.

È questa una forma di controllo legato alla effettiva capacità di operare in termini di efficacia ed efficienza della struttura; è quindi determinante in tal senso lasciare ai dirigenti la possibilità di partecipare direttamente alla determinazione dei loro stessi obiettivi: ciò si attua nell'A.P.S.S. trentina attraverso le varie fasi del processo di *budget* e quindi di negoziazione con i vertici aziendali.

La valutazione del nucleo avviene a cadenza trimestrale per l'erogazione di quote parziali di retribuzione di risultato determinate in base al grado di raggiungimento degli obiettivi di *budget*. Il nucleo procede poi ad una valutazione finale fondamentale al fine, da un lato di valutare l'effettivo grado di raggiungimento degli obiettivi dei C.d.R. al termine dell'esercizio, dall'altro di corrispondere il conguaglio finale ai C.d.R. procedendo contestualmente alle operazioni di redistribuzione dei fondi:

— fra C.d.R. all'interno dei vari DOC, per parziale o mancato raggiungimento da parte di tutte od alcune unità operative,

— all'interno di ogni singolo C.d.R., in base all'effettiva presenza dei singoli dipendenti ed alla percentuale di reale partecipazione degli stessi al conseguimento degli obiettivi d'*équipe*.

Nell'esperienza trentina il Nucleo di valutazione ha operato tenendo in considerazione, ai fini della presente verifica, i seguenti principi qualificanti:

1) il risultato conseguito non può essere semplicemente determina-

to dalla mera comparazione fra obiettivi/risultati, come derivante dai dati forniti dagli uffici di supporto (controllo di gestione, sistemi informativi, etc.), ma può essere anche frutto di fattori e circostanze esterne non governabili dall'*équipe*;

2) il risultato non va sempre valutato singolarmente ma, almeno per aree omogenee di risultato, può essere efficace una comparazione, a carattere compensativo, con altre *performance* ottenute in altri indicatori di risultato;

3) il Nucleo di valutazione potrebbe, motivatamente, attribuire in via equitativa un «*bonus* incentivante aggiuntivo» (massimo cinque punti percentuali), basato sul buon andamento complessivo dell'unità operativa e ciò indipendentemente dal grado di raggiungimento dei risultati negoziati.

c) Il computo della retribuzione di risultato attesa ed effettiva con riferimento ai singoli dirigenti

La quota economica attribuibile, per singolo dirigente, a seguito della verifica finale del grado di raggiungimento degli obiettivi effettuata dal Nucleo di valutazione determina, come evidenziato nella tabella 2 i cosiddetti «punti effettivi di premio individuale» (al netto delle eventuali operazioni di redistribuzione più sopra citate) che, per singolo dirigente, tengono conto delle seguenti variabili:

— un peso o parametro base:

nell'A.P.S.S. trentina la pesistica convenuta sindacalmente ai fini della retribuzione di risultato è stata direttamente collegata con gli incarichi dirigenziali attribuiti ai fini della retribuzione di posizione, con i seguenti criteri:

dirigente responsabile struttura complessa, peso 200 fisso;

dirigente responsabile struttura semplice, peso da 150 a 170 a discrezione del responsabile;

dirigente di terza fascia (*professional*), peso da 120 a 140 a discrezione del responsabile;

dirigente di quarta fascia (nuovo assunto), peso da 100 a 120 a discrezione del responsabile;

— un peso potenziale del dipendente:

esso esprime il contributo quantitativo atteso al perseguimento degli obiettivi di *équipe* che può essere garantito da un dipendente in ragione del numero dei giorni potenzialmente lavorabili rapportato al numero dei giorni teoricamente lavorabili con riferimento all'intero arco annuale;

— un peso effettivo del dipendente:

esprime il grado di apporto individuale fornito, in corso d'anno, nel perseguimento degli obiettivi di C.d.R.: rapportato solamente ai giorni effettivamente lavorati dal singolo dipendente in corso d'anno, condizionati quindi da eventuali assenze non incentivanti maturate (es. aspettative a vario titolo);

— i punti di valutazione globale del *budget* in sede di verifica finale:

si tratta dei punti globalmente assegnati dal Nucleo di valutazione al *budget* del C.d.R. di appartenenza del dirigente in sede di valutazione finale;

— percentuale di partecipazione effettiva del dipendente agli obiettivi d'*équipe*:

trattasi di fattore discrezionale che poggia su una relazione motivata del responsabile riferita alla valutazione individuale del dirigente; detto giudizio si deve necessariamente basare su un sistema di regole di valutazione preventivamente esplicitate a livello di singolo C.d.R. (il cosiddetto regolamento di C.d.R. in precedenza descritto).

Tabella 2 - Esempio di scheda di computo dei premi individuali

1	2	3	4	5	6	7	8
Dipendente	Peso o parametro base	Giorni potenziali	Giorni incentivanti effettivi	Peso effettivo	Punti effettivi di budget dopo valutazione finale	% partecipazione effettiva agli obiettivi d'equipe	Punti effettivi premio individuale
Dipendente A	200	365	365	1,000	91	100%	18.200
Dipendente B	170	365	365	1,000	91	100%	15.470
Dipendente C	150	365	340	0,931	91	80%	10.167
Dipendente D	120	365	320	0,876	91	90%	8.609
Dipendente E	100	365	365	1,000	91	100%	9.100
Dipendente F	100	300	300	0,821	91	100%	7.471
Totale.....							69.017
<i>Descrizione fonte o calcolo</i>	<i>Parametro aziendale</i>	<i>Dato oggettivo</i>		<i>1/365 x 4</i>	<i>Si veda la scheda in esempio nella tabella 1</i>	<i>A cura del responsabile di C.d.R.</i>	<i>2 x 5 x 6 x 7</i>
<p>La presente tabella esemplificativa si riferisce ad una ripartizione delle quote incentivanti individuali, ancora espresse in punti, dell'equipe di chirurgia II — ospedale di Trento — presa in considerazione nell'esempio n. 1, il cui grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati era stato, a scopo meramente esemplificativo, pari a n. 91 punti sui 100 negoziati. Allo sviluppo esemplificato vanno aggiunte le eventuali fasi contabili determinate dalle due fasi di redistribuzione delle economie volte ad incrementare i punti effettivi del premio individuale, che potrebbero originare dalle seguenti causali:</p> <p>1) una differenza fra il peso potenziale atteso da ogni singolo dipendente (colonna 3) rispetto al peso effettivamente espresso a fine esercizio (colonna 4): le quote attese e non distribuite verranno ripartite all'interno dell'equipe fra tutti i dirigenti coinvolti;</p> <p>2) la differenza percentuale di partecipazione effettiva ai risultati d'equipe: le economie risultanti dalle riduzioni riportate nella colonna 7 (rispetto al potenziale 100%) vanno ripartite fra tutti i dirigenti del C.d.R., ad esclusione del responsabile;</p> <p>3) il mancato o parziale raggiungimento degli obiettivi di budget negoziati da parte di qualche C.d.R.: l'eventuale economia va redistribuita all'interno del DOC di riferimento (l'esempio n. 1 ci presenta un C.d.R. che rispetto ad un negoziato pari a 100 punti, di quest'ultimi ne consegue, in sede di verifica finale, solamente n. 91 punti).</p>							

5. Analisi critica dei risultati del sistema dopo due anni di applicazione

Dopo aver apprezzato, nei paragrafi precedenti, le caratteristiche generali del sistema di valutazione dei risultati ai fini di un collegamento tra questi ultimi, gli obiettivi di budget ed il sistema premiante, introdotto nell'A.P.S.S. trentina, risulta utile approfondire l'analisi sul fronte dei risultati da esso generati sia con riferimento alla capacità dello stesso di orientare i comportamenti verso il perseguimento degli obiettivi aziendali, sia rispetto all'impatto generato sul sistema premiante a livello di equipe ed individuale.

Il primo degli effetti attesi, a seguito dell'introduzione del sistema oggetto di analisi, è rappresentato dalla creazione di una maggiore attenzione, da parte di tutti gli operatori aziendali, al raggiungimento di obiettivi specifici. Effetto che, in ultima analisi deve con-

sentire un maggior grado di aderenza tra risultati ed obiettivi generali aziendali.

I valori riportati nel grafico 1, pur non potendo confrontare i dati presentati con quelli degli anni precedenti nei quali non esisteva ancora il sistema oggetto di analisi, consentono di apprezzare un trend di progressivo miglioramento del grado di efficacia complessiva aziendale che passa dal 92,8%, nel 1997, al 95,5%, nel 1998 (vedi riquadro del grafico 1).

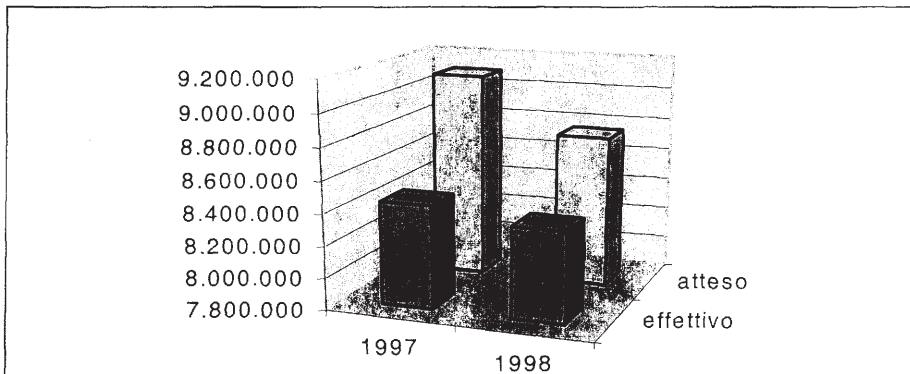
Le valutazioni sul grado di efficacia gestionale, partendo dai dati presi in considerazione, vanno definite con estrema cautela. In ragione delle caratteristiche del sistema di valutazione adottato, infatti, risultati di questo genere possono essere determinati, oltre che da un effettivo miglioramento del grado di efficacia gestionale, dalla definizione di obiettivi di carattere prudenziale o dall'utilizzo di valori fran-

chigia e limite più ampi. Tuttavia, non potendo negare che in alcuni casi ciò possa essere accaduto, alcuni fattori fanno ritenere che il fenomeno guida, nel risultato riscontrato a Trento, sia da attribuire alla maggiore attenzione posta da tutti i dirigenti al perseguimento degli obiettivi di budget. Tali fenomeni sono i seguenti:

a) i dirigenti impegnati nella negoziazione, responsabili di direzione centrale, sono stati sempre gli stessi nei due esercizi considerati. Ciò dovrebbe garantire omogeneità di applicazione del sistema e un progressivo affinamento nella capacità di negoziare obiettivi con contenuto motivazionale e nell'uso dei parametri di valutazione rappresentati dai valori franchigia e limite;

b) il numero di punti attesi distribuiti nel 1998 è sensibilmente inferiore a quelli del 1997. Ciò fa ritenere la maturazione di una certa attenzione

Grafico 1 - Grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali: 1997-1998



	1997	1998
■ effettivo	8.444.410	8.364.423
□ atteso	9.098.765	8.754.527

Il dato di grafico 1 è stato costruito rapportando il monte totale aziendale di punti effettivamente maturati, prima di qualunque operazione di ribaltamento, al monte aziendale di punti attesi. Tale scelta è legata alla necessità di dare agli obiettivi di *budget* un peso coerente con le dimensioni, estremamente variabili, dei C.d.R. L'alternativa, infatti, era rappresentata dal considerare i C.d.R. come tutti equivalenti indipendentemente dalla numerosità del personale dirigente assegnato. Al fine di meglio comprendere la scelta effettuata e le differenze che nascono dall'applicazione delle due possibili metodiche, si consideri il seguente esempio:

AREA CALCOLO PUNTI ATTESI			
C.d.R.	Punti attribuiti alla scheda di budget	Numero di dirigenti	Punti totali attribuiti
1	100	5	500
2	80	3	240
3	70	7	490
Totale	250	15	1230
AREA CALCOLO PUNTI EFFETTIVI			
C.d.R.	Punti effettivi ottenuti a seguito della valutazione	Numero di dirigenti	Punti effettivi totali
1	90	5	450
2	60	3	180
3	70	7	490
Totale	220	15	1120
PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI COMPLESSIVA			
88,0%		91,1%	
<p>Nella sostanza il metodo utilizzato consente di ottenere una percentuale di raggiungimento degli obiettivi generali aziendali più elevato, rispetto al metodo che considera tutti i C.d.R. come equivalenti, nel caso in cui i C.d.R. con il maggior numero di dirigenti abbia un grado di efficacia gestionale più alto rispetto al dato medio e viceversa.</p>			

nella valutazione di obiettivi di *budget* in ragione del loro contenuto motivazionale effettivo e della loro strategicità per l'azienda.

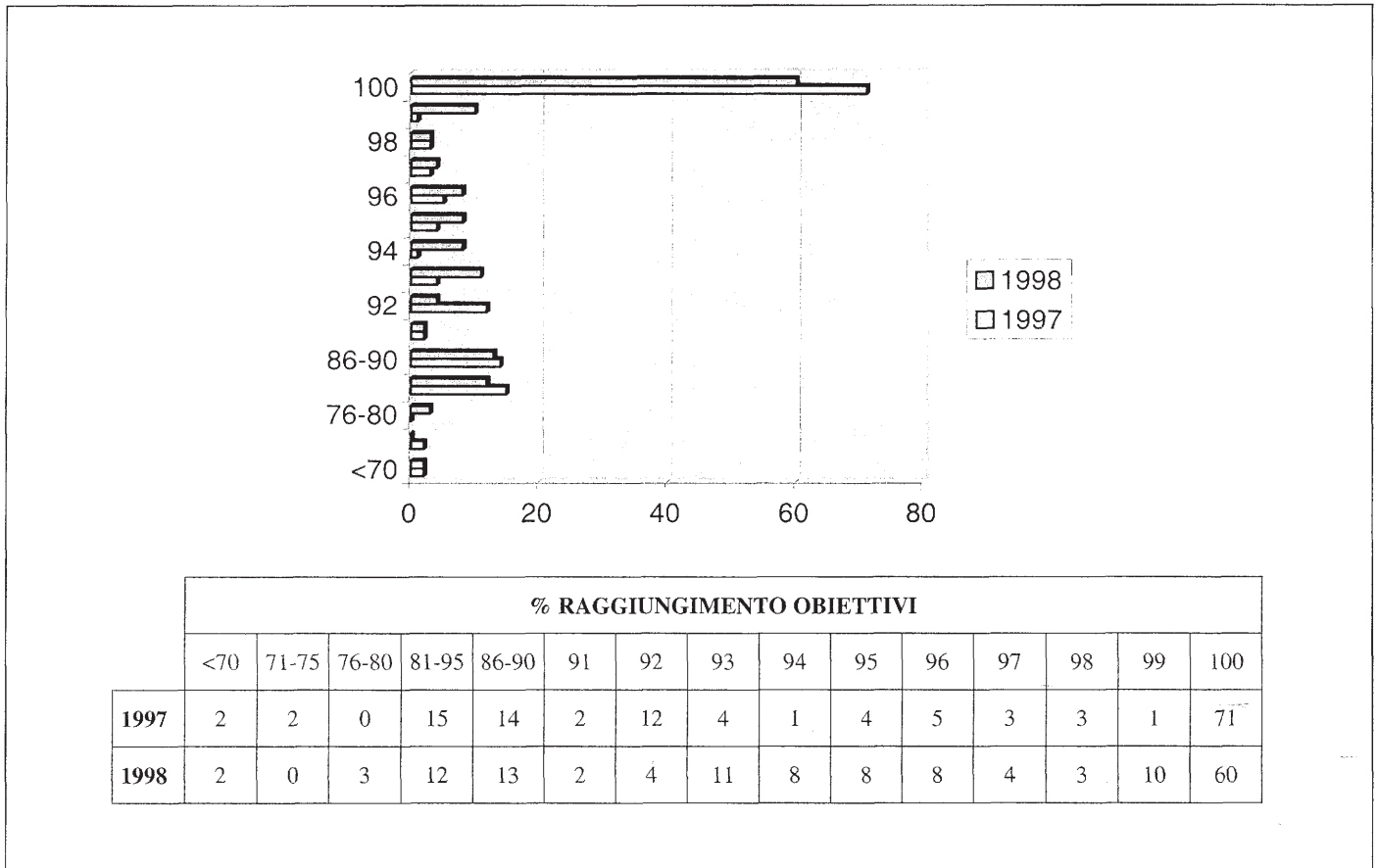
L'indice di efficacia gestionale, costruito nel caso di specie a livello aziendale, risulta essere estremamente utile al fine di esprimere valutazioni sintetiche anche a livelli disaggregati: ossia a livello di macroarticolazione aziendale (DOC) e di singolo C.d.R.

Infatti, qualora la scomposizione del premio complessivo di *équipe*, sui singoli parametri espressivi degli obiettivi di *budget*, avvenga in ragione di principi di strategicità, criticità o anche rilevanza contingente, il raggiungimento di livelli di efficacia gestionale rilevanti passa inevitabilmente attraverso il raggiungimento degli obiettivi ritenuti, a livello aziendale, maggiormente importanti.

I dati del grafico 2, pongono in ulteriore risalto alcune delle considerazioni precedentemente formulate. Si registra, infatti, nel confronto tra 1997 e 1998, un minor numero di C.d.R. che hanno raggiunto il 100% degli obiettivi stabiliti in sede di *budget*. Ciò evidenzia che il sistema è stato utilizzato rendendo più difficile l'ottenimento di tale risultato. Al contrario si osserva un incremento del numero di C.d.R. che si sono posizionati nelle classi dal 93% al 99% di efficacia gestionale. Quest'ultimo dato può essere quindi interpretato come effetto determinato da una maggiore attenzione agli obiettivi ed ai risultati da parte dei dirigenti.

Il secondo elemento di valutazione del sistema oggetto di analisi riguarda l'impatto generato sulla gestione della retribuzione di risultato. Tale aspetto è analizzato attraverso l'osservazione delle modifiche intervenute nelle situazioni individuali a fronte del grado di raggiungimento degli obiettivi di *équipe*, della redistribuzione dei premi non direttamente maturati tra i C.d.R. e dalla redistribuzione interna al C.d.R.

Grafico 2 - Numero di C.d.R. per grado di efficacia gestionale conseguita negli esercizi 1997 e 1998



in ragione della presenza effettiva e delle eventuali valutazioni individuali sul grado effettivo di partecipazione agli obiettivi di *équipe*. I dati contenuti nella tabella 3 forniscono un'esemplificazione di quanto affermato.

In particolare, al di là della valutazione dei numeri riportati in tabella 3, che mostrano come un sistema apparentemente rigido come quello introdotto nell'A.P.S.S. trentina possa produrre effetti non necessariamente penalizzanti, è interessante approfondire gli scopi del meccanismo in esame. In sintesi essi sono:

a) equità: con il sistema realizzato a Trento viene introdotto un principio importante: la non garanzia del premio. Quest'ultimo deve essere commisurato all'effettivo raggiungi-

Tabella 3 - Ripartizione dei dirigenti sanitari medico-veterinari in base alla percentuale di retribuzione di risultato effettivamente percepita: anno 1998

Quota % retribuzione di risultato	Distribuzione dirigenti		
	Dopo 4ª valutazione al 31-12-1998	Dopo redistribuzione tra C.d.R.	Dopo redistribuzione interna
< 70	7	8	1
70-79	23	0	6
80-84	51	0	0
85-89	79	66	39
90-94	231	62	68
95-99	232	255	203
100	478	5	3
101-104	0	649	520
105-109	0	56	119
110-114	0	0	64
115-120	0	0	47
> 120	0	0	31

mento degli obiettivi producendo, come conseguenza ulteriore, un atteggiamento attento nella definizione di obiettivi, pur con contenuto motivazionale, realistici;

b) stimolo: il meccanismo di ridistribuzione dei premi non direttamente maturati su tutti i C.d.R. funge da fattore di stimolo verso il reale perseguimento degli obiettivi che, per un C.d.R., può significare, in aggiunta al premio atteso, attenersi quote di premi aggiuntivi. Ciò peraltro svolge da ulteriore fattore di differenziazione tra C.d.R. in aggiunta a quanto già in sede di valutazione iniziale della scheda di budget e conseguente assegnazione di premi attesi;

c) solidarietà: l'idea che esista un premio di C.d.R., dipendente ovviamente dalle *performance* individuali, genera inevitabilmente meccanismi solidaristici all'interno del C.d.R. stesso al di là delle responsabilità individuali;

d) responsabilizzazione individuale: l'esplicitazione di un giudizio individuale sulla partecipazione ai risultati del gruppo è fattore che concentra l'attenzione del singolo sui propri obiettivi anche in funzione della responsabilità che si viene a maturare nei confronti del gruppo. Ciò non è necessariamente in contraddizione con il punto precedente nel momento in cui viene preso in considerazione, tra i possibili fattori di valutazione, anche la capacità di sopperire a carenze interne al C.d.R.

Ad una prima analisi, quindi, è possibile esprimere un giudizio complessivamente favorevole sull'esperienza condotta a Trento. In conclusione, peraltro, è necessario formulare le seguenti considerazioni di carattere generale.

Per quanto uno strumento possa essere ben strutturato ed equilibrato nelle sue componenti, nel caso specifico il sistema degli obiettivi di *budget* ed il

meccanismo di gestione della retribuzione di risultato, l'elemento fondamentale attorno al quale ruotano gli stessi è rappresentato dall'insieme dei parametri impiegati per la definizione degli obiettivi e la misurazione dei risultati.

In altri termini, è necessario che i parametri impiegati siano espressivi, seppure con i limiti insiti nell'applicazione di modelli quantitativi in contesti professionali, dell'attività e della missione di ciascun C.d.R. Ciò non sempre è avvenuto a Trento e, talvolta, a fianco di parametri appropriati ne sono stati impiegati di altri molto meno significativi. Tuttavia l'esperienza condotta è servita per avviare un processo di crescita che oggi vede coinvolti non solo la direzione strategica e suoi organismi di *staff*, ma tutta la classe dirigente aziendale.

Uno strumento, complesso o semplice che sia, per produrre gli effetti attesi deve essere credibile. Ossia deve essere sostenuto ed applicato dalla direzione strategica anche quando orienta verso scelte, come quella di «tagliare» quote di retribuzione di risultato, dolorose o difficili da sostenere nei rapporti con i singoli e/o con i gruppi. Ciò, evidentemente, non significa che uno strumento che produce effetti ritenuti non corretti non possa essere affinato o riprogettato. Peraltro se uno strumento viene «congelato» negli effetti che dovrebbe produrre, perde immediatamente di rilevanza e produce, di norma, comportamenti opposti a quelli attesi.

Quello della credibilità del sistema è, senza dubbio, uno dei fattori critici che hanno inciso, positivamente, sui risultati generati dal sistema di valutazione e gestione della retribuzione di risultato nell'A.P.S.S. trentina.

La bontà/validità di un modello o di uno strumento è relativa. Ossia, è legata al contesto specifico nel quale esso viene applicato. In altre parole, il

modello analizzato ha generato buoni risultati nel contesto trentino, ma non è detto che possa fare altrettanto in altri contesti. Vanno infatti considerati alcuni elementi che, in gran parte, sono il frutto delle scelte operate dalla direzione strategica aziendale:

a) fin dagli anni precedenti alla prima sperimentazione del sistema di *budget* esisteva la «cultura» del controllo. Erano infatti prodotti, con frequenze predefinite, *report* di sintesi delle attività svolte e di una parte significativa dei costi;

b) la sperimentazione del *budget* ha determinato l'effettuazione di rilevanti investimenti, soprattutto in risorse umane, nel controllo di gestione che, oggi, è in grado di produrre *report* con ritardi non superiori al mese rispetto alle date di chiusura dei periodi contabili infrannuali di rilevazione;

c) lo *staff* della direzione strategica è stato arricchito di professionalità particolarmente orientate alla valutazione dei risultati;

d) sono in essere progetti di ulteriore affinamento degli strumenti per la misurazione e la valutazione dei risultati in sanità che toccano il sistema informativo, il controllo di gestione e la qualità;

e) il fondo per la retribuzione di risultato è superiore, in misura rilevante, a quello normalmente esistente nelle altre aziende sanitarie pubbliche.

Quest'ultimo elemento merita un approfondimento conclusivo. Da molti la possibilità di disporre di risorse adeguate, al fine di attivare un sistema premiante significativo, è considerata la condizione principale, se non unica, per avviare seri progetti di sviluppo dei sistemi di gestione. È ormai diffuso il luogo comune per cui con tante risorse è tutto facile, con poche tutto è impossibile.

Pur non negando il fatto evidente che la disponibilità di risorse adeguate per la retribuzione di risultato è una

condizione che facilita l'introduzione di sistemi di gestione come quello avviato nell'A.P.S.S. trentina, si osserva che tale affermazione è smentita dai fatti. Esistono, infatti, realtà sanitarie pubbliche che dispongono di risorse anche superiori a quelle di Trento ma nelle quali non si sono, ad oggi, sviluppati sistemi di gestione come il sistema di *budget* e la valutazione dei risultati legata al sistema premiante. Anzi, la ricchezza di risorse, in tali realtà, ha rappresentato fattore di ostacolo al processo di cambiamento in quanto si è tradotta in una bassa pressione esercitata dal sistema dei vincoli esterni (sistemi di finanziamento, meccanismi di valutazione tra organismo di governo centrale ed aziende sanitarie) sulle aziende sanitarie. Altre realtà sanitarie, pur non disponendo delle risorse trentine, sono comunque riuscite a sviluppare sistemi di gestione ottenendo risultati soddisfacenti come quelli di Trento.

La realtà vera è che, a Trento come in altre realtà sanitarie virtuose, l'av-

vio del processo di aziendalizzazione e la definizione di nuove regole e vincoli per il funzionamento del sistema sanitario sono state colte come opportunità per lo sviluppo di strumenti che, se da un lato rispondono a precisi adempimenti normativi, dall'altro possono essere progettati al fine di supportare la direzione strategica e l'intera classe dirigente aziendale nella loro attività di governo e gestione per il miglioramento dei risultati dei quali non potranno che beneficiare i cittadini sia come pazienti che contribuenti.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1988), *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- AMIGONI F. (1988), *I sistemi di controllo direzionale*, Giuffrè, Milano.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1992), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, Mc Graw Hill, Milano.
- BORGONOV E. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BRUSATI L. (1997), *Il sistema di reporting nelle aziende pubbliche di servizi sanitari*, in Farneti G., Vagnoni E. (1997), «I controlli nelle pubbliche amministrazioni», Maggioli, Rimini.
- CASATI G. (1996), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Egea.
- CASATI G., VALOTTI G. (1996), *Il collegamento tra sistema di budget e sistema di incentivazione nelle aziende ospedaliere: una possibile metodologia*, Mecosan, 17.
- FRANCESCONI A. (1993), *Il coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione*, Mecosan, 5.
- ROSSETTI R., RUSSO T. (1997), *Il ruolo del nucleo di valutazione nelle aziende sanitarie e valutazione del personale*, Mecosan, 21.
- SANTESSO E., SOSTERO V. (1987), *Strumenti per il controllo di gestione nelle USL*, Cedam, Padova.
- ZANGRANDI A. (1988), *Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali*, Giuffrè, Milano.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.
- ZAVATTARO F. (1993), *Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario*, Mecosan, 5.

PROGETTO PER LA GESTIONE SISTEMICA DEI PAZIENTI AFFETTI DA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

Adelaide Ippolito

Dipartimento di Economia Aziendale, Università degli Studi di Napoli «Federico II» - Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali, Università degli Studi di Salerno - Nucleo di Valutazione, Azienda Ospedaliera Monaldi

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Gli obiettivi di efficienza e di umanizzazione - 3. Le fasi dell'attuale processo assistenziale - 4. L'ipotesi di ospedalizzazione domiciliare e di gestione sistemica della patologia proposta - 5. Determinazione degli effetti economici del *disease management* e della tariffa ad esso collegata - 6. Influenza in termini di convenienza economica per la regione Campania collegata all'adozione del *disease management* - 7. Conclusioni.

1. Premessa

L'evoluzione in atto nel settore sanitario pone in primo piano la necessità di orientare la gestione delle aziende sanitarie ai principi di un razionale utilizzo delle risorse economiche e di qualità delle prestazioni. Tali principi in alcuni casi sollecitano l'esigenza di rivedere i modelli di cura consolidati per l'adozione di altri e più flessibili che consentano di coniugare gli obiettivi di efficienza gestionale a quelli di efficacia e qualità dei servizi erogati.

Quanto si sostiene è particolarmente valido per le patologie ad alto assorbimento di risorse, come quelle cronico-degenerative, per le quali il contenimento dei costi rappresenta, in misura maggiore rispetto alle altre patologie, una problematica molto critica. Ciò comporta l'esigenza di riesaminare l'intero processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie, sia al fine di promuovere una gestione coordinata e razionale delle diverse fasi che sia focalizzata sul complessivo bisogno di salute del paziente e sia per quanto attiene le modalità con cui si realizza la fase della cura, in particolare, si fa riferimento a

quella realizzata presso la struttura ospedaliera. L'analisi critica dell'intero processo sanitario, tuttavia, in alcuni casi può dar luogo alla necessità di sviluppare nuovi schemi organizzativi/gestionali, che necessariamente devono essere sottoposti a verifica, al fine di determinare gli effetti non solo in termini di efficacia ma anche di efficienza.

Tanto premesso, oggetto del presente articolo è l'analisi di una proposta di un «Sistema di gestione sistemica dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)», da realizzarsi presso un'Azienda ospedaliera, attraverso una parziale ospedalizzazione domiciliare del ricovero ed il monitoraggio telematico delle condizioni di salute. Tale proposta innova rispetto all'attuale processo di gestione della patologia in questione, che prevede il trattamento dei pazienti in regime di ricovero e successivamente in ambulatorio, il nuovo schema assistenziale proposto si presenta sostanzialmente diverso, per cui si pone l'esigenza di definire se esso comporta un miglioramento sotto l'aspetto dell'efficacia nel trattamento della patologia e sotto l'aspetto del contenimento dei costi sia per l'A-

zienda ospedaliera che per l'intera collettività. Inoltre, la proposta elaborata è anche correlata alla definizione di una nuova tariffa annua da proporre all'ente Regione per la presa in carico di tali pazienti per tutto il periodo della loro malattia.

La Broncopneumopatia cronica ostruttiva è una patologia di tipo cronico, perciò qualsiasi protocollo di cura utilizzabile è finalizzato ad evitare un progressivo peggioramento delle condizioni di salute dei pazienti ed a garantirgli, nei limiti del possibile, un accettabile livello di qualità della vita.

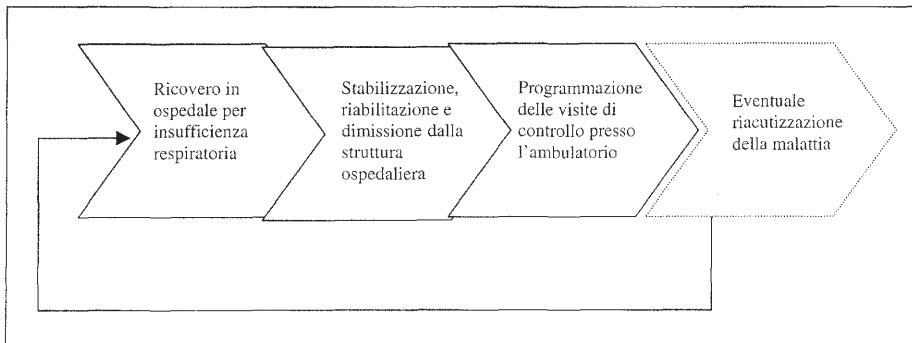
Generalizzando il percorso clinico del paziente si possono individuare le seguenti macrofasi (figura 1):

— ricovero in ospedale per insufficienza respiratoria;

— stabilizzazione della fase acuta della patologia, riabilitazione durante la fase sub-acuta e dimissione dalla struttura ospedaliera;

Il progetto è stato elaborato da un gruppo di ricerca costituito dalla prof.ssa Rosalba Filosa Martone e dalla dott.ssa Adelaide Ippolito del Dipartimento di economia aziendale dell'Università degli Studi di Napoli «Federico II» e dal dott. Francesco Squillante e dal dott. Vincenzo Viggiani dell'Azienda ospedaliera «Monaldi».

Figura 1 - Percorso clinico del paziente affetto da BPCO



— programmazione delle visite di controllo presso l'ambulatorio dell'ospedale;

— eventuale ricovero per riacutizzazione della patologia.

I pazienti affetti da BPCO presentano un'alterazione degli scambi dei gas che porta ad una riduzione dell'ossigenazione del sangue arterioso (ipossiemia) con importanti conseguenze cliniche sull'apparato cardiovascolare (cuore polmonare cronico). Di solito, tali pazienti durante una fase di riacutizzazione si ricoverano per insufficienza respiratoria acuta e, al momento della dimissione, se stabilmente ipossiemicici vengono inseriti in un programma di Ossigeno terapia a lungo termine (OLT) che prevede controlli ambulatoriali con esame spirometrico ed emogasanalitico ogni tre mesi e nei casi più gravi ogni mese. Alcuni di questi pazienti possono andare incontro ad una riduzione della ventilazione polmonare che li porta ad accumulare anidride carbonica nel sangue arterioso (ipercapnia). Questa situazione clinica è di estrema gravità perché può sfociare in coma ipercapnico.

Purtroppo la storia naturale della BPCO è caratterizzata da un progressivo deterioramento della funzionalità respiratoria soprattutto durante le fasi di riacutizzazione, per cui i pazienti sono sottoposti a frequenti ricoveri in ospedale.

Dopo la fase di stabilizzazione i pazienti proseguono a domicilio com-

piessi provvedimenti terapeutici che prevedono, accanto all'impiego di farmaci, il ricorso alla Ossigeno terapia a lungo termine ed alla Ventilazione meccanica non invasiva. Questa terapia richiede controlli clinici e funzionali respiratori frequenti, spesso anche mensili. Tuttavia, sia per le condizioni fisiche estremamente debilitate che per la notevole instabilità respiratoria questi pazienti non riescono ad eseguire i controlli in sede ambulatoriali ma preferiscono fare ricorso, in modo improprio, al ricovero ospedaliero.

Da ciò nasce la necessità di prevedere un nuovo processo di gestione della BPCO che consenta di alleviare i disagi avvertiti dai pazienti e, soprattutto, di migliorarne la qualità della vita.

2. Gli obiettivi di efficienza e di umanizzazione

Le finalità di questo progetto sono quelle di evidenziare le potenzialità in termini di risparmio di costo ed aumento della qualità percepita delle prestazioni collegate alla gestione sistemica delle patologie cronico-degenerative. Più in particolare, è necessario sottolineare che, nell'esperienza di seguito riportata, i maggiori risparmi di costo sono collegati soprattutto all'adozione dell'ospedalizzazione domiciliare nella fase di riabilitazione della patologia, che consente di spostare al domicilio del paziente fasi del

processo di cura, consentendo di coniugare le esigenze di efficienza del processo di cura della patologia (connesse ad una riduzione della relativa spesa sanitaria sopportata dal Sistema sanitario nazionale ed alla programmazione di un migliore utilizzo dei posti letto), con quelle di umanizzazione delle condizioni di vita dei pazienti. Infatti, attualmente le aziende sanitarie italiane, caratterizzate da un progressivo peggioramento delle loro condizioni di economicità connesso soprattutto all'impossibilità di sfruttare in modo efficiente le risorse a loro disposizione, sono spesso costrette a sopperire continuamente alla grave carenza di strutture sanitarie deputate all'assistenza di pazienti affetti da patologie cronico-degenerative, a discapito della propria originaria missione di luogo di cura delle patologie acute.

Ciò è particolarmente vero nel caso della BPCO in cui vi è un frequente ricorso ai ricoveri impropri da parte dei pazienti, i quali particolarmente debilitati dalla malattia trovano disagi alle visite di controllo ambulatoriali periodiche, e preferiscono pertanto il ricovero ospedaliero. Inoltre, si riscontra, spesso, un ricorso eccessivo alla ossigeno terapia, a causa della mancanza di strumenti che consentano di controllare la quantità di ossigeno consumata da parte dei pazienti, con un notevole aggravio dei costi per la spesa regionale.

Un ulteriore beneficio in termini di efficienza e di miglioramento della qualità di vita per i pazienti, collegato al presente progetto, è la riduzione del numero di infezioni nosocomiali, con relativa diminuzione dei costi per la degenza aggiuntiva e dei farmaci necessari alla loro cura, che l'ospedalizzazione domiciliare comporterebbe grazie alla limitazione della permanenza in ospedale.

Gli obiettivi di umanizzazione del presente progetto sono, invece, con-

nessi al rispetto delle esigenze del paziente cronico che, grazie all'ospedalizzazione domiciliare, non viene sradicato dal suo ambiente e dagli affetti, poiché l'intervento assistenziale si adegua ai suoi specifici bisogni senza dar luogo agli effetti negativi collegati alla solitudine ed all'isolamento dalla famiglia che il ricovero generalmente comporta. Inoltre, il paziente può beneficiare di un controllo continuo delle proprie condizioni cliniche che grazie al monitoraggio continuo telematico segnalano immediatamente alla *équipe* medica le alterazioni dei valori clinici.

3. Le fasi dell'attuale processo assistenziale

L'attuale processo assistenziale a cui sono sottoposti i pazienti affetti da BPCO è costituito, come già precedentemente illustrato, di 4 fasi (figura 2).

Dopo la prima fase, quella del ricovero nella struttura sanitaria per l'insorgere di fenomeni di acuzie della malattia, vi è la stabilizzazione della fase acuta e la successiva riabilitazione delle condizioni fisiche, durante tale fase che dura circa 15 giorni, sono previste varie attività a cui è sottoposto il paziente. In particolare, il paziente viene visitato almeno una volta al giorno da un medico, sono previste circa due prestazioni al giorno di un infermiere professionale per la somministrazione dei farmaci e delle terapie contemplati dal protocollo di cura, ogni due giorni è assistito dal fisioterapista per la terapia di riabilitazione; gli è, inoltre, somministrato l'ossigeno secondo il protocollo di cura, vengono eseguiti gli esami ematochimici ogni 5 giorni e due radiografie (una all'inizio del ricovero e l'altra alla fine), sono previsti 4 esami di gas-analisi, 3 spirometrie, 2 esami dell'espettorato. Il paziente è inoltre sottoposto alla

ventilo-terapia in relazione alle sue condizioni cliniche (1).

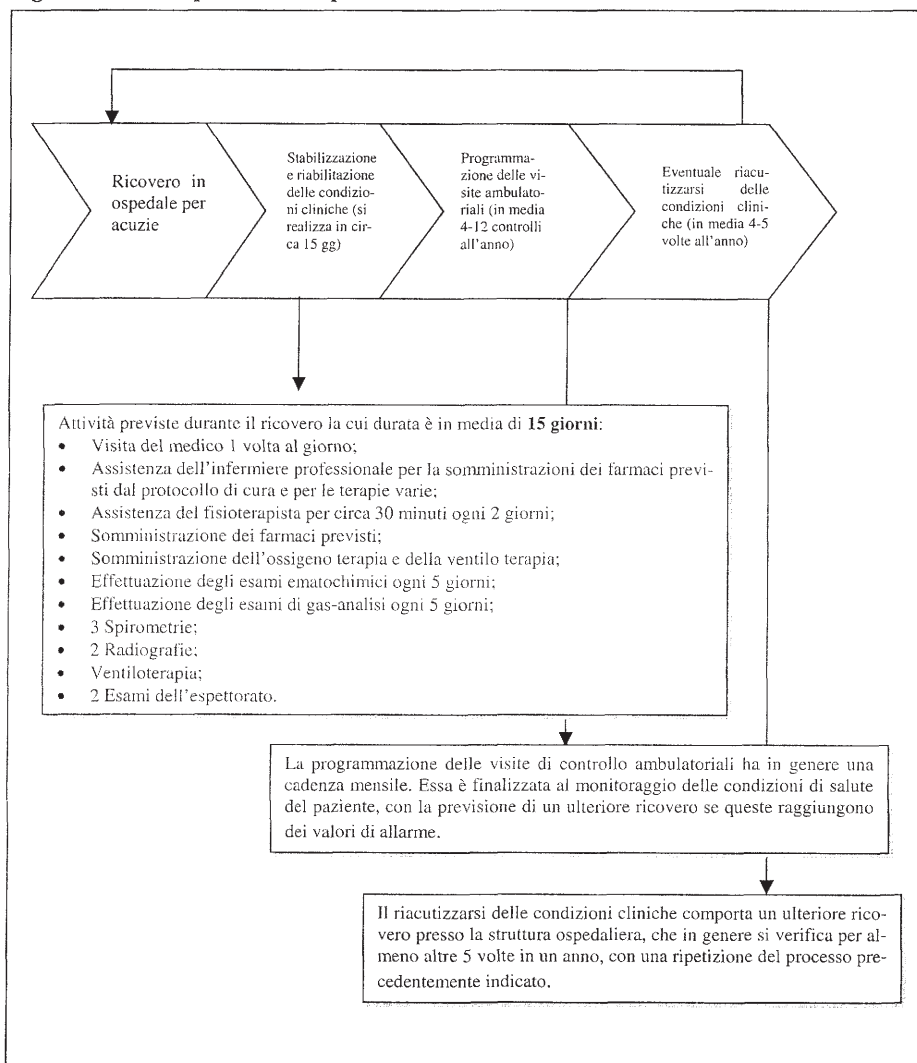
Dopo la dimissione del paziente dalla struttura sanitaria la terza fase è costituita dalla programmazione delle visite ambulatoriali di controllo delle condizioni cliniche che hanno una cadenza che va dalle 4 alle 12 volte all'anno.

Nella quinta ed ultima fase vi è l'eventuale riacutizzarsi delle condizioni cliniche che si verifica in media almeno altre 4-5 volte all'anno e che comporta un nuovo ricovero presso la struttura ospedaliera.

4. L'ipotesi di ospedalizzazione domiciliare e di gestione sistemica della patologia proposta

L'ospedalizzazione domiciliare rappresenta la risposta alle esigenze sia di efficienza che di umanizzazione precedentemente indicate. Essa, tuttavia, non interesserebbe tutta la fase del ricovero, la cui degenza attualmente dura 15 giorni, ma solo la parte successiva alla stabilizzazione della fase acuta, ossia la fase sub-acuta relativa al programma di riabilitazione, circa

Figura 2 - Attuale processo di ospedalizzazione



10 giorni (figura 3). Infatti, al verificarsi della riacutizzazione della patologia la stabilizzazione della fase acuta richiede, per la sua elevata criticità, necessariamente il ricovero in ospedale. Successivamente, il paziente sarebbe inserito in un programma di telemedicina volto al monitoraggio continuo, attraverso un apposito strumento, delle sue condizioni di salute. Tale monitoraggio è previsto sia durante la fase di ospedalizzazione domiciliare, sia per tutto il periodo della sua malattia.

La strumentazione necessaria per il monitoraggio domiciliare è costituita dal saturimetro (2), il quale consente di controllare la percentuale di ossigeno presente nel sangue e la frequenza cardiaca e di inviare i dati via modem ad un elaboratore centrale posto presso la struttura ospedaliera. Ciò consente agli operatori sanitari di monitorare le condizioni di salute del paziente e di predisporre gli interventi dell'equipe medica, attrezzata per l'assistenza domiciliare, al verificarsi di un'alterazione dei valori soglia nelle condizioni cliniche del paziente ed, eventualmente, di programmarne il ricovero in ospedale se le condizioni riscontrate lo richiedano.

La programmazione di un servizio di ospedalizzazione domiciliare richiede, però, la disponibilità ed organizzazione di risorse, sia umane che strumentali, in accordo con quanto previsto nell'allegato P del piano ospedaliero della Regione Campania; ed inoltre, anche un coinvolgimento attivo nel processo del medico di medicina generale del paziente, che, naturalmente, dovrebbe essere non solo informato del programma a cui viene sottoposto il proprio assistito, ma anche integrato nell'intero processo.

Più in particolare, le risorse necessarie all'attuazione dell'ospedalizzazione domiciliare e la loro modalità di utilizzo sono come illustrato nella figura 4 le seguenti (3):

Figura 3 - Riconfigurazione della fase di stabilizzazione e riabilitazione

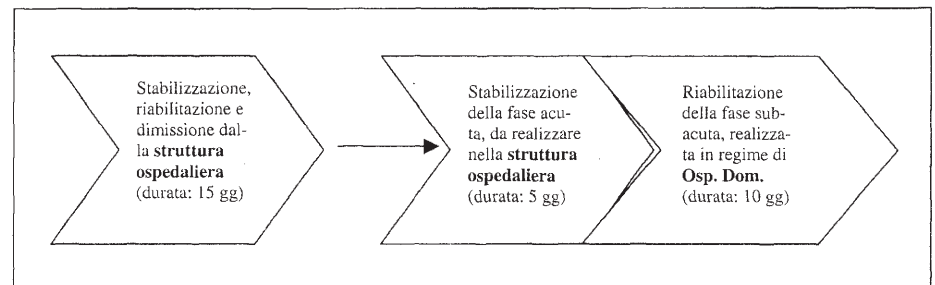
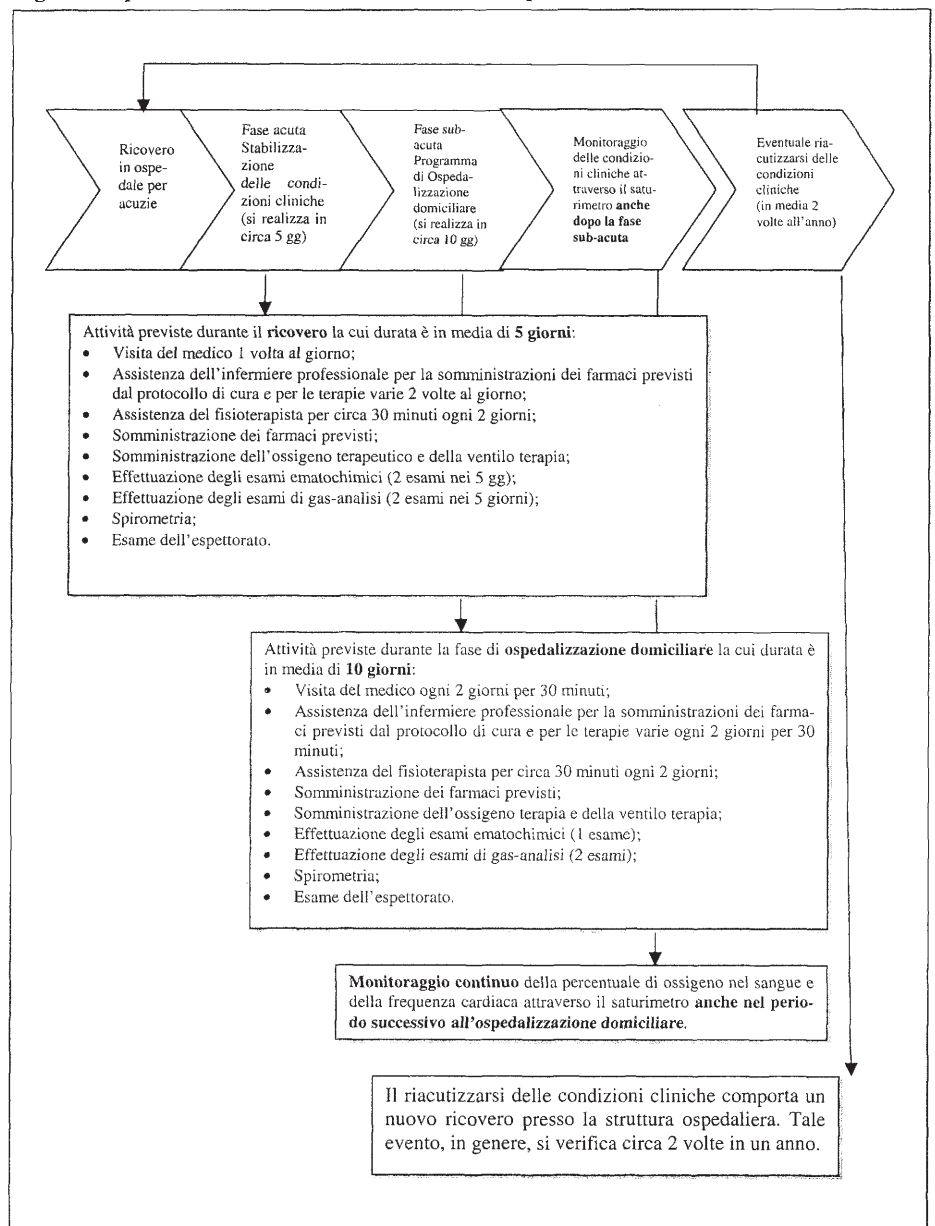


Figura 4 - Ipotesi di trattamento della BPCO con ospedalizzazione domiciliare



— 1 medico, che visiti ogni 2 giorni il paziente per circa 30 minuti;

— 1 infermiere professionale, che assista il paziente ogni giorno per circa 30 minuti;

— 1 fisioterapista, che sottoponga a terapia il paziente ogni 2 giorni per circa 30 minuti;

— i farmaci previsti dal protocollo di cura;

— la fornitura di ossigeno terapeutico e di ventilatori prevista dal protocollo di cura;

— la disponibilità del saturimetro transcutaneo;

— l'esame ematochimico (eseguito 1 volta);

— gli esami di gas-analisi (1 ogni 5 giorni);

— gli esami di spirometria (una in prima giornata e i successivi dopo 5 e 10 giorni);

— l'esame dell'espettorato (eseguito 1 volta);

— la ventilo terapia con ventilatore meccanico secondo il protocollo di cura;

— la disponibilità di un'ambulanza attrezzata per l'eventuale ricovero in caso di necessità.

Terminata la fase di ospedalizzazione domiciliare, inizia per il paziente la fase del monitoraggio giornaliero continuo. Obiettivo di questa fase è l'ottenimento di una drastica riduzione del riacutizzarsi delle condizioni cliniche e, quindi, del numero dei ricoveri dei pazienti sottoposti a monitoraggio attraverso la rilevazione preventiva dei valori-soglia. I ricoveri medi annui per ogni paziente potrebbero passare, secondo alcune stime, dagli attuali 5 ai 2 ricoveri all'anno.

La sperimentazione del progetto dovrebbe essere limitata all'ambito territoriale della Provincia di Napoli e dovrebbe sottoporre al monitoraggio circa 50 pazienti, individuati tra quelli che sono stati ricoverati presso l'Azienda ospedaliera per grave Insuffi-

cienza respiratoria (I.R.) cronica e sono stati sottoposti per almeno 3 volte nell'ultimo anno a terapia di rianimazione. In seguito il progetto potrebbe essere esteso a tutti i pazienti della Regione Campania.

Nella fase di monitoraggio giornaliero continuo, al fine di controllare le condizioni di salute del paziente e predisporre, al verificarsi di un eventuale peggioramento delle sue condizioni cliniche, gli interventi dell'*équipe* medica attrezzata, è necessario predisporre le seguenti risorse:

— l'utilizzo del saturimetro;

— la visita a domicilio di un medico che visiti il paziente ogni 60 giorni;

— la somministrazione dei farmaci e dell'ossigeno previsti dal protocollo di cura;

— l'esecuzione degli esami ematochimici ogni 90 giorni;

— l'esecuzione degli esami di gas-analisi ogni 60 giorni;

— l'esecuzione di una spirometria ogni 30 giorni;

— l'esecuzione della ventilo terapia con ventilatore meccanico dalle ore 7,00 alle ore 22,00;

— due cicli di FKT respiratoria all'anno per complessivi 20 accessi.

Al riguardo, occorre precisare che presso la VI Divisione di oncologia polmonare è stato già avviato in via sperimentale un progetto di Telepneumologia, è iniziato nel marzo del 1997 (4).

La peculiarità del presente progetto risiede non solo nell'implementazione dell'ospedalizzazione domiciliare, per la fase sub-acuta del processo di ricovero dei pazienti affetti da BPCO, e nell'attivazione del monitoraggio telematico continuo delle condizioni cliniche di tali pazienti (sia durante la fase dell'ospedalizzazione domiciliare precedentemente indicata e sia per tutto il periodo della sua malattia), ma soprattutto nella realizzazione di ciò che per molti versi si sta cercando di

realizzare in altri paesi, soprattutto gli Stati Uniti, ossia la gestione sistemica di una patologia cronicodegenerativa. Infatti, la finalità preminente di tale progetto è il tentativo di integrare e coordinare in un unico processo clinico, facente capo ad un unico soggetto erogatore, le fasi della cura e dell'assistenza ai soggetti affetti da una patologia cronica.

A tale riguardo, in molti paesi sono in corso studi focalizzati sulla definizione di nuovi modelli assistenziali da proporre per le patologie ad alto assorbimento di risorse, come appunto quelle cronicodegenerative, soprattutto tenuto conto del peso che queste patologie hanno in termini di finanziamento pubblico. Negli Stati Uniti tale esigenza ha condotto alla sperimentazione di un modello di gestione e finanziamento, per le patologie cronicodegenerative, che assume la denominazione di *Disease Management*. Esso consiste in «un approccio sistemico alla cura di patologie croniche che, attraverso una gestione integrata e coordinata delle stesse, si pone l'obiettivo di massimizzare l'efficacia e l'efficienza dei servizi che si rendono necessari nel corso della sua evoluzione» (Zitter, 1994). La patologia viene gestita, secondo questo approccio, sulla base di un processo unico (con un unico soggetto che se ne assume la responsabilità ed il coordinamento) che va dalla sua diagnosi fino alla guarigione o al decesso del paziente. Esso conduce, inoltre, alla definizione di un'unica tariffa che copre il profilo terapeutico dell'intera patologia. L'approccio proposto dal *disease management* è finalizzato al raggiungimento di condizioni di efficienza nell'utilizzo delle risorse impegnate nel profilo terapeutico della patologia, ma soprattutto migliori condizioni durante il decorso della malattia in termini di esito della patologia trattata.

Naturalmente, il progetto che si propone non vuole certo imitare quanto realizzato negli altri paesi con l'approccio al *disease management*, sia perché non vi sono in Italia molte esperienze in merito e sia per l'impossibilità di definire una tariffa unica per tutto il processo della patologia (a tale riguardo, la tariffa proposta alla Direzione generale dell'Azienda è relativa ad un solo anno di trattamento). Comunque, esso può, a buon ragione, essere considerato un primo valido tentativo per la promozione di modalità di gestione delle patologie cronico-degenerative volte a raggiungere condizioni di efficienza per le strutture ospedaliere ed un considerevole miglioramento della qualità della vita dei pazienti interessati.

5. Determinazione degli effetti economici del *disease management* e della tariffa ad esso collegata

Ultimata la fase di riorganizzazione in un'ottica sistemica dell'intero processo sanitario, occorre analizzare in modo accurato se questa comporta un effettivo risparmio di costo nel trattamento della patologia sia per l'Azienda ospedaliera e sia per l'intera collettività.

Al riguardo, per la determinazione dell'eventuale convenienza economica della gestione sistemica della BPCO, al fine di considerare tutti i costi sopportati dall'Azienda ospedaliera, è stata realizzata una dettagliata analisi delle risorse assorbite nelle diverse ipotesi di ospedalizzazione (come si può evidenziare dalle tabelle poste in appendice, i cui dati di partenza per le elaborazioni realizzate sono stati forniti dal servizio Controllo di gestione dell'Azienda).

Con la metodologia di analisi dei costi seguita si è valutato, per ogni ipotesi di ospedalizzazione considerata, le specifiche risorse utilizzate, sud-

dividendo i costi connessi in giornalieri (relativi alle risorse impiegate una o più volte durante l'arco della giornata, la cui somma, per il periodo di tempo di utilizzo, rappresenta il costo giornaliero) ed in fissi (costituiti da tutte quelle risorse che non hanno un impiego che varia in base al periodo di tempo di riferimento dell'analisi). Il costo delle diverse ipotesi di ospedalizzazione considerate è stato ottenuto sommando i costi fissi al prodotto del costo giornaliero per il periodo di tempo considerato per l'ipotesi di ospedalizzazione. In ultimo, dividendo il costo dell'intera ospedalizzazione considerata per il tempo di riferimento si è ottenuto il costo medio di una giornata di ospedalizzazione.

Per quanto attiene, invece, la definizione di una tariffa per la gestione sistemica della BPCO, questa comporta l'esigenza di rivedere il sistema di pagamento relativo a questa patologia che si svolge presso la struttura ospedaliera, in modo da poter definire, da parte del *management* dell'Azienda, una tariffa annua in *disease management*, da proporre alla Regione Campania, comprensiva non solo dei costi effettivi del nuovo processo di gestione della patologia, ma anche di tutti i costi organizzativi che la gestione sistemica della BPCO comporterebbero. Al riguardo, sono possibili tre ipotesi:

1) la mancata modifica dell'attuale DRG previsto per il ricovero del paziente affetto da BPCO, nonostante la sensibile riduzione dei giorni di degenza nella struttura (da 15 a 5). Ciò potrebbe essere suggerito considerando gli aspetti positivi del progetto, collegati sia al miglioramento delle condizioni di vita del paziente che alla riduzione del numero dei suoi ricoveri annui. Nella sperimentazione già condotta con il Progetto di telemedicina si è verificato che per i 10 pazienti seguiti in un anno i ricoveri complessivi si

sono ridotti da 20 a 2, con un notevole risparmio per il Servizio sanitario nazionale;

2) la modifica dell'attuale DRG previsto per il ricovero del paziente affetto da BPCO, tenuto conto della riduzione della permanenza in ospedale del soggetto, integrato da un rimborso specifico per l'ospedalizzazione domiciliare ed il monitoraggio continuo;

3) l'adozione di un approccio sistemico alla patologia, ossia una sorta di tariffa collegata al *disease management*, con la previsione di una tariffa unica a carico della Regione volta a coprire tutte le necessità diagnostico-terapeutiche del paziente che emergono nel corso di un anno (a differenza del modello puro di *disease management* che prevede una tariffa unica valida per tutto il processo evolutivo della patologia che può durare più anni). Tale tariffa andrebbe a sostituire la corresponsione dei DRG specifici previsti per ogni singolo ricovero del paziente e coprirebbe sia i costi per la somministrazione dell'ossigeno terapia e della ventilazione terapia (al momento a carico diretto del S.S.N. che vi provvede attraverso la Regione) che sarebbero, in questo caso, erogati dall'Azienda ospedaliera, sia tutti i costi del monitoraggio continuo telematico e dell'assistenza domiciliare.

La Direzione generale dell'Azienda Monaldi ha optato per la terza ipotesi (che necessita, ovviamente, per la sua operatività, dell'approvazione della Regione),, ossia per la definizione di una tariffa annua integrata che copra l'erogazione di tutte le prestazioni necessarie al paziente nell'arco di un anno; per cui, sulla base dei risultati scaturiti dal confronto tra le diverse alternative di gestione della patologia analizzate, si riserva di determinare il suo ammontare.

Come si evince dalle tabelle 1 e 2 riportate, il trattamento in *disease management*, ossia con un approccio coordinato e sistemico, dei pazienti affetti da BPCO comporta, per ognuno di essi, un risparmio di costo per l'Azienda Monaldi superiore ai 3 milioni. Infatti, mentre nel trattamento attuale con ospedalizzazione esclusivamente presso la struttura ospedaliera si rileva un costo per ricovero pari a L. 6.042.385, che moltiplicato per il numero medio dei ricoveri annui pari a 5, dà luogo ad un costo medio annuo di L. 30.211.925 per paziente; nell'ipotesi con trattamento presso la struttura ospedaliera solo nella fase acuta ed ospedalizzazione domiciliare nella restante fase sub-acuta si rileva un costo totale per ogni singolo ricovero pari a L. 4.500.710, che moltiplicato per il numero medio di ricoveri annui, che in questo caso scende a 2 per le particolari condizioni di controllo a cui sono sottoposti i pazienti, dà luogo ad un costo annuo di L. 9.001.420, a cui occorre aggiungere il costo del monitoraggio continuo annuale pari a L. 17.936.800, dando luogo ad un costo annuale dell'intero processo di L. 26.938.220.

6. Influenza in termini di convenienza economica per la regione Campania collegata all'adozione del *disease management*

L'adozione di un sistema di gestione sistemica in *disease management* della patologia considerata comporta una riduzione dei costi sopportati anche da parte della Regione Campania; infatti, dal confronto tra i costi complessivi, di seguito indicati, che l'attuale sistema di trattamento della patologia implica per la Regione e i costi connessi alla definizione di una tariffa integrata in *disease management* da rimborsare all'Azienda Monaldi per la presa in carico per un anno dei pazien-

ti affetti da BPCO, si evidenzia il contenimento dei costi che si realizzerebbe.

I pazienti interessati dal progetto sono attualmente classificati, al momento del loro ricovero presso la struttura sanitaria, sulla base di uno dei due seguenti DRG:

DRG n. 87, Insufficienza respiratoria, che dà luogo ad un rimborso da parte della Regione Campania di L. 5.075.000;

DRG n. 88, Malattia polmonare cronico-obstruttiva, che dà luogo ad un rimborso da parte della Regione Campania di L. 5.104.000.

La Regione Campania, inoltre, per ognuno di tali pazienti sopporta, in media, anche i seguenti costi connessi all'erogazione dell'ossigeno, fornito da apposite società, ed alla venti-

lo-terapia che sono di seguito indicati:

costo medio annuo dell'ossigeno erogato L. 13.957.000;

costo medio annuo della ventiloterapia erogata L. 1.822.000.

Sulla base di questi parametri è possibile individuare i costi medi che attualmente la Regione Campania sopporta annualmente per ognuno dei pazienti classificati in base ai DRG, s 87 e 88.

La tabella 3 evidenzia i costi sopportati in media dalla Regione Campania per ogni singolo paziente affetto da BPCO, ma anche il limite massimo che l'Azienda Monaldi deve tenere presente per la fissazione della tariffa da proporre alla Regione a fronte di una totale presa in carico del paziente per il periodo di un anno.

Tabelle 1 e 2 - Confronto tra i costi delle risorse impiegate dall'azienda nelle due ipotesi di assistenza

1 - TRATTAMENTO ESCLUSIVAMENTE CON OSPEDALIZZAZIONE					
N. medio di ricoveri annui	Costo medio di una giornata di degenza	Giorni medi di ricovero	Costo di ogni ricovero	Costo annuo dell'assistenza	
5	402.830	15	6.042.385	30.211.925	
2 - TRATTAMENTO CON OSPEDALIZZAZIONE NELLA FASE ACUTA, OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE E MONITORAGGIO CONTINUO					
Tipologia di assistenza	N. medio di ricoveri annui	Costo medio di una giornata di degenza	N. medio dei giorni di trattamento	Costo di ogni singolo ricovero	Costo annuo dell'assistenza
A) Ospedalizzazione	2	375.385	5	1.876.905	3.753.810
B) Ospedalizzaz. domic.	2	262.385	10	2.623.805	5.247.610
C) Monitoraggio continuo	—	53.545	335	—	17.936.800
Totale costi del processo					26.938.220

Tabella 3 - Costo medio annuo a carico della regione Campania per ogni paziente

Valore medio dei due DRG,s	N. medio di ricoveri annui	Costo totale dei ricoveri	Costo medio annuo dell'ossigeno	Costo medio annuo della ventiloterapia	Totale costi medi annui
5.089.500	5	25.447.500	13.957.000	1.822.000	41.226.500

7. Conclusioni

L'analisi presentata evidenzia, in modo chiaro, i vantaggi economici, ed in parte anche di efficacia, che una gestione sistemica in *disease management* comporta nel trattamento delle patologie cronico-degenerative. Infatti, mentre nel sistema di gestione attuale della patologia considerata, in cui, sotto l'aspetto dell'efficienza, a fronte di un valore medio dei due DRG (nn. 87 e 88) pari a circa L. 5.089.500 per ogni ricovero l'Azienda Monaldi sopporta un costo di circa L. 6.042.385; sotto l'aspetto, invece, dell'efficacia, il mancato coordinamento dei trattamenti di cura dà luogo ad una maggiore probabilità che si verifichino fenomeni di riacutizzazione della patologia per il paziente, ma anche a possibili duplicazioni delle cure.

La gestione in *disease management*, invece, comporta, sotto l'aspetto dell'efficienza, per l'Azienda Monaldi un risparmio di costo per paziente superiore ai 3 milione; e per la collettività in generale, considerato l'insieme dei costi che comporta annualmente tale patologia, un risparmio superiore ai 14 milioni (5); inoltre, il risparmio di costi nel futuro potrebbe anche aumentare se l'ospedalizzazione domiciliare e le visite realizzate durante il monitoraggio continuo fossero realizzate (per quanto riguarda le prestazioni di competenza degli infermieri professionali e dei fisioterapisti) non da personale del Monaldi ma attraverso contratti di *outsourcing* con cooperative di servizi sanitari. Sotto l'aspetto dell'efficacia, infine, il *disease management* consente, attraverso un coordinamento sistemico della patologia, una riduzione da 5 a 2 della probabilità che si verifichi una riacutizzazione della malattia, ma soprattutto una maggiore attenzione agli aspetti dell'umanizzazione di questa.

Un'analisi critica a parte merita, invece, il sistema di valutazione econo-

mica adottato per le varie modalità considerate di gestione della patologia. Al riguardo, esso presuppone l'esistenza, come nel caso dell'Azienda Monaldi, di un sistema di controllo di gestione piuttosto evoluto, in grado di monitorare il consumo, ed il relativo costo, di ogni risorsa utilizzata, che nelle aziende sanitarie attualmente non è sempre possibile, infatti, in molte realtà sanitarie, soprattutto del sud non sono stati ancora adottati i sistemi informativi necessari a tale scopo. Inoltre, per l'ipotesi di riconfigurazione del processo di trattamento della patologia in *disease management*, occorre che le valutazioni di consumo delle risorse previste durante la fase della sperimentazione effettivamente si verifichino durante l'implementazione del progetto, altrimenti esso potrebbe dimostrarsi di convenienza del tutto illusoria.

(1) La Ventilazione meccanica non invasiva (VM) durante la fase di ospedalizzazione dipende dai valori di EGA (Pa CO₂):

1) se Pa CO₂ > 80 viene eseguita:

ore 8-12

ore 14-17

ore 19-7;

2) se Pa CO₂ tra 70 e 80:

ore 8-11

ore 14-17

ore 21-7;

3) se Pa CO₂ < 70:

ore 21-7.

(2) Il saturimetro è uno strumento non invasivo che consente di misurare la percentuale di ossigeno nel sangue e la frequenza cardiaca. L'apparecchio collegato attraverso un *modem* alla linea telefonica del paziente con la postazione elettronica centrale, invia i dati in reparto dalle due alle quattro volte al giorno. In reparto i dati del telecontrollo domiciliare arrivano ad un *computer*, dotato di un apposito *software*, in cui sono elaborati e registrati; inoltre, se i dati clinici del paziente raggiungono dei valori critici, questi sono opportunamente segnalati attraverso la messa in funzione automatica di un allarme sonoro.

(3) Ai tempi indicati occorre aggiungere i tempi necessari per il trasporto.

(4) L'osservazione realizzata presso la VI Divisione di oncologia polmonare, il cui coordinamento è stato affidato al dott. Francesco Squillante, ha interessato dieci pazienti, di cui nove affetti da insufficienza respiratoria cronica ed uno affetto da grave dismorfismo toracico, i quali sono costretti alla ossigenoterapia a lungo termine ed in molti casi anche alla Ventiloterapia meccanica (VM) non invasiva.

Il progetto di Telemedicina si è sviluppato nell'arco di dodici mesi, nell'ambito dei quali i pazienti sono stati sottoposti ogni tre mesi ad una visita medica ambulatoriale. Al termine dell'osservazione, sono stati confrontati per ciascun paziente la media dei valori emogasanalitici, il numero e la durata dei ricoveri ospedalieri rispetto a quelli dell'anno precedente; ciò ha consentito di evidenziare le ampie potenzialità di questo telemonitoraggio sia in termini di miglioramento della qualità della vita dei pazienti sia in termini di riduzione dei costi sanitari per i ricoveri ospedalieri. Durante la sperimentazione sono stati rilevati:

— «un miglioramento dei valori emogasanalitici;

— una riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri da venti a due;

— una riduzione della durata media dei ricoveri da 185 giornate a 30 giornate;

— un uso più razionale dell'ossigeno terapeutico e dei ventilatori» (F. Squillante, 1997).

(5) Si ricorda, infatti, che in media la Regione Campania sopporta per ogni paziente affetto da BPCO un costo pari 41.226.550, mentre il costo sopportato in *disease management* (senza considerare, però, un eventuale margine di ricarico della tariffa da corrispondere all'Azienda Monaldi) è pari a 26.938.220.

BIBLIOGRAFIA

- CAVALLO M.C. (1997), *L'ipotesi di una nuova modalità di finanziamento per l'assistenza sanitaria dei pazienti affetti da AIDS*, Mecosan, 19.
- CAVALLO M.C., DEL VECCHIO M. (1996), *Disease Management: un approccio sistematico alla gestione delle patologie croniche*, Mecosan, 20.
- SQUILLANTE F. (1997), *Il monitoraggio nell'home care*, Paper presentato al Convegno: I Corso di aggiornamento di pneumologia: La BPCO dall'UTIR all'assistenza domiciliare, Napoli, Azienda ospedaliera Monaldi, 2 e 20 giugno.
- ZITTER M. (1994), *Disease management: a new approach to health care*, Medical Interface, vol. 7 (8).

APPENDICE

ANALISI DETTAGLIATA DELLE RISORSE IMPIEGATE DURANTE LA FASE DI RICOVERO
PRESSO LA STRUTTURA OSPEDALIERA NELL'ATTUALE SITUAZIONE DI OSPEDALIZZAZIONE (15 GIORNI)

Risorse	Modalità	Costo annuo della risorsa	Costi fissi di periodo	Costi giornalieri
Medico	1 visita al giorno di 30 minuti	90 milioni (1)		31.250
Infermiere professionale	2 prestazioni al giorno ognuna di 30 minuti	50 milioni (2)		33.785
Fisioterapista	1 terapia ogni 2 giorni di 30 minuti	50 milioni (3)		8.450
Farmaci e ossigeno				74.035
Esami ematoc. (4)	3 esami nell'arco dei 15 giorni Costo totale L. 4.575		13.725	
Radiografia	2 radiografie, una eseguita all'inizio e l'altra alla fine del ricovero, costo unitario L. 20.000		40.000	
Esami gas-analisi	4 esami in tutto il periodo di ricovero Costo unitario (24.000 + 7.900) 31.900 Durata prestazione 10 minuti		127.600	
Ventilo terapia	In media 2,5 prestazioni al dì Costo unitario (8.000 + 500 + 7.500) 16.000	2 milioni x anno (10 mil. x 5 anni)		40.000
Spirometria	3 esami in tutto l'arco dei 15 giorni Costo unitario (12.000 + 8.000) 20.000		60.000	
Espettorato	2 esami in tutto l'arco dei 15 giorni Costi: referto non idoneo L. 900 (10% dei casi) referto negativo L. 2.800 (80% dei casi) referto positivo L. 23.000 (10% dei casi) (media ponderata di un esame 4.630)		9.260	
Costo incidenza infezioni nosocomiali	In genere per ogni paziente vi è il 62,5% delle probabilità di prolungare la loro degenza di un giorno per la contrazione di infezioni nosocomiali, ogni giornata aggiuntiva di degenza costa in media L. 800.000			33.340
Vitto Lavanderia Costi amministrativi Elettricità Telefono Vigilanza Pulizia				10.500 9.760 108.000 3.000 3.000 11.000 20.000
Costo giornaliero		L. 386.120		
Costi fissi		L. 250.585		
Costo dell'intera degenza (386.120 x 15) + 250.585		L. 6.042.385		
Costo medio di una giornata di degenza		L. 402.830		
<p>(1) Il calcolo è stato effettuato considerando un monte ore di 1440. (2) Il calcolo è stato effettuato considerando un monte ore di 1480. (3) Il calcolo è stato effettuato considerando un monte ore di 1480. (4) Azotemia L. 160, Glicemia L. 185, Na + L. 150, K + L. 150, Cl - L. 150, QPE L. 1200, GO + L. 240, GP + L. 240, Emocromo L. 2100.</p>				

RICONFIGURAZIONE DEL PROCESSO DI TRATTAMENTO DELLA BPCO

ANALISI DETTAGLIATA DELLE RISORSE IMPIEGATE DURANTE LA FASE DI RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA OSPEDALIERA (5 GIORNI)

Risorse	Modalità	Costo annuo della risorsa	Costi fissi di periodo	Costi giornalieri
Medico	1 visita al giorno di 30 minuti	90 milioni (1)		31.250
Infermiere professionale	2 prestazioni al giorno ognuna di 30 minuti	50 milioni (2)		33.785
Fisioterapista	1 terapia ogni 2 giorni di 30 minuti	50 milioni (3)		8.450
Farmaci e ossigeno				74.035
Esami ematoch. (4)	1 esame nell'arco dei 5 giorni Costo totale L. 4.575		4.575	
Radiografia	1 radiografia, L. 20.000		20.000	
Esami gas-analisi	2 esami in tutto il periodo di ricovero Costo unitario (24.000 + 7.900) 31.900		63.800	
Ventilo terapia	In media 2,5 prestazioni al dì Costo unitario (8.000 + 500 + 7.500) 16.000			40.000
Spirometria	1 esame nei 5 giorni Costo unitario (12.000 + 8.000) 20.000		20.000	
Espettorato	1 esame in tutto l'arco dei 5 giorni Costi: referto non idoneo L. 900 (10% dei casi) referto negativo L. 2.800 (80% dei casi) referto positivo L. 23.000 (10% dei casi) (media ponderata di un esame 4.630)		4.630	
Vitto				10.500
Lavanderia				9.760
Costi amministrativi				108.000
Elettricità				3.000
Telefono				3.000
Vigilanza				11.000
Pulizia				20.000

(1) Il calcolo è stato effettuato considerando un monte ore di 1440.

(2) Il calcolo è stato effettuato considerando un monte ore di 1480.

(3) Il calcolo è stato effettuato considerando un monte ore di 1480.

(4) Azotemia L. 160, Glicemia L. 185, Na + L. 150, K + L. 150, Cl - L. 150, QPE L. 1200, GO + L. 240, GP + L. 240, Emocromo L. 2100.

ANALISI DETTAGLIATA DELLE RISORSE IMPIEGATE DURANTE LA FASE
DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE (10 GIORNI)*(con esclusione della fase relativa al ricovero in ospedale)*

Risorse	Modalità	Costo annuo della risorsa	Costi fissi di periodo	Costi giornalieri
Medico	1 visita ogni 2 giorni per 30 minuti	90 milioni		15.625
Trasporto medico	1 h per andata e ritorno ogni 2 giorni	90 milioni		31.250
Infermiere professionale	1 terapia ogni giorno per 30 minuti	50 milioni		16.895
Trasporto infermiere	1 h per andata e ritorno ogni giorno	50 milioni		33.785
Fisioterapista	1 terapia ogni 2 giorni per 30 minuti	50 milioni		8.450
Trasporto fisioterapista	1 h per andata e ritorno ogni 2 giorni	50 milioni		16.895
Farmaci ed ossigeno				62.830
Esami ematoch.	1 esame totale L. 4575		4.575	
Esami gas-analisi	1 esame ogni 5 giorni		63.800	
Spirometria	1 esame in prima giornata, e successivi dopo 5 e 10 giorni Costo unitario (12.000 + 8.000) 20.000		60.000	
Ventilo terap.	In media 2,5 prestazioni al di Costo unitario (8.000 + 8.000) 16.000			40.000
Espettorato	1 esame in tutto l'arco dei 10 giorni Costo medio ponderato dell'esame L. 4.630		4.630	
Saturimetro per il periodo della fase sub-acuta		1 mil. da ammortizzare in 5 anni		550
Rimborso spese riconosciuto agli operatori per il trasferimento a casa del paziente	1,5 viaggi al giorno Rimborso di £ 380 a Km per una media a viaggio di 40 Km per andata e ritorno			22.800
Costo dell'ospedalizzazione nella struttura sanitaria (352.780 x 5) + 113.005		L. 1.876.905		
Costo medio di una singola giornata		L. 375.385		
Costo dell'intera ospedalizzazione domiciliare (249.080 x 10) + 133.005		L. 2.623.805		
Costo medio di una giornata di ospedalizzazione domiciliare		L. 262.385		
Costo dell'intera ospedalizzazione (nella struttura e domiciliare)		L. 4.500.710		
Costo medio singola giornata dell'ospedalizzazione domiciliare		L. 300.050		

**ANALISI DETTAGLIATA DELLE RISORSE IMPIEGATE DURANTE LA FASE
DI MONITORAGGIO CONTINUO GIORNALIERO (335 GIORNI)**

Risorse	Modalità	Costo annuo della risorsa	Costi fissi di periodo	Costi giornalieri
Medico	1 visita ogni 60 giorni per 30 minuti per un totale di L. 187.500	90 milioni		525
Trasporto medico	1 h per andata e ritorno ogni 60 giorni per un totale di L. 375.000			1.045
Fisioterapista	2 cicli di FKT con 20 accessi all'anno presso il paziente per un costo totale di L. 337.850	50 milioni		1.010
Trasporto fisioterapista	1 h per andata e ritorno per ogni giornata di ciclo di FKT per un costo totale di L. 675.700	50 milioni		2.020
Farmaci ed ossigeno				41.670
Esami ematoch.	1 esame ogni 90 giorni		18.300	
Esami gas-analisi	1 esame ogni 60 giorni Costo unitario (24.000 + 7.900) 31.900 Durata prestazione 10 minuti		191.400	
Spirometria	1 esame ogni 30 giorni Costo unitario (12.000 + 8.000) 20.000 Durata prestazione 10 minuti		220.000	
Ventilo terapia (1)	Una prestazione dalle ore 22 alle 7	1.600.000 + 100.000 + 120.000		5.440
Saturimetro per tutto il periodo di durata del monitoraggio		200.000 (2)		550
Ambulanza attrezzata	2 trasporti all'anno			
Costo giornaliero		L. 52.260		
Costi fissi		L. 429.700		
Costo del monitoraggio annuale (52.260 x 335) + 429.700		L. 17.936.800		
Costo medio giornaliero del monitoraggio		L. 53.545		
(1) Costo ventilatore meccanico L. 8.000.000 da ammortizzare in 5 anni, a cui occorre aggiungere 2 mascherine all'anno il cui costo unitario è L. 50.000 e 24 filtri antibatterici ed antipolvere il cui costo unitario è L. 5.000.				
(2) Costo del saturimetro: 1 milione, ammortizzabile in 5 anni.				

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

LE CARTE SANITARIE: L'ESPERIENZA DI ALCUNI PAESI EUROPEI

Valentina Mele

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Francia - 3. Spagna - 4. Germania - 5. Conclusioni.

1. Introduzione

Alla luce del dibattito a livello internazionale e nazionale circa l'utilizzo delle carte telematiche sanitarie, in questo articolo si presentano alcune esperienze europee, rimandando ad altre sedi ed altri autori l'analisi della realtà italiana, caratterizzata peraltro da diverse sperimentazioni e progetti regionali.

Prima di analizzare i casi si propone un inquadramento delle possibilità aperte dall'introduzione delle carte, sia dal punto di vista tecnologico, sia con riferimento alle scelte funzionali e conseguentemente ai contenuti della carta. Quindi si passerà alla descrizione delle esperienze di Francia, Spagna e Germania, ognuna delle quali evidenzia delle criticità che saranno via via esposte e poi sintetizzate nelle conclusioni.

Innanzitutto la dicitura carta sanitaria designa varie tecnologie e diverse applicazioni, tipicamente studiate e realizzate per la riduzione dei costi (amministrativo-gestionali e di transazione) e per l'incremento della qualità delle cure. È possibile che la carta miri esclusivamente ad uno di questi obiettivi o che ci sia la volontà di utilizzare uno strumento integrato per il raggiungimento di entrambi i risultati.

Ancora, parlando di carta sanitaria, si intende spesso sia la carta stessa che il relativo lettore, terminale PC, o un altro strumento di cui ci si serva per leggere, tradurre, e nei casi più avanzati memorizzare e aggiornare dati sulla carta.

Di seguito si presentano le tipologie fondamentali di carte.

Le carte semplici di materiale cartaceo o plastico sono utilizzate in genere dai programmi assicurativi e dai sistemi sanitari nei vari stati per identificare il possessore: l'erogatore pone le informazioni direttamente sulla superficie della carta così che queste possano essere lette da un'altra persona incaricata. Anche alcuni ospedali utilizzano questo sistema per identificare non solo il personale, ma anche i propri pazienti. A fronte di un investimento assai ridotto, questo tipo di carta contiene solamente le informazioni visibili.

Le carte magnetiche sono le carte comunemente utilizzate per i sistemi *bancomat*. La striscia magnetica sul retro della carta contiene un numero limitato di informazioni tra cui l'identità del possessore, l'affiliazione sanitaria, o il tipo di copertura assicurativa. Le informazioni su queste carte possono essere modificate, e c'è da considerare che l'ultima generazione di carte consente di memorizzare una

quantità maggiore di dati. Le schede magnetiche non possono elaborare dati, ma possono attivare un collegamento con un elaboratore remoto su cui risiede un database centralizzato.

Le Smart card corrispondono a carte di plastica contenenti un microprocessore (CPU, *Central Processing Unit*) che ha capacità di elaborazione propria e può interagire, inviando o ricevendo dati, con un altro processore (lettore o *host*). Alcune carte sono utilizzate solo per contenere dati, ma le *smart card* hanno la possibilità di processare dati come un vero e proprio *computer*. Infatti il microprocessore controlla l'accesso alla memoria della carta come pure le connessioni con il lettore. *Le smart card* senza contatto sono dotate di microprocessore con memorie di diverso tipo ma non richiedono di essere fisicamente inserite in un lettore per scambiare dati con l'esterno: lo scambio avviene attraverso onde elettromagnetiche. L'assenza di contatti metallici rende la carta molto più robusta e longeva rispetto alle carte a contatto. *Le smart card* variano a seconda della memoria di cui dispongono e della capacità di aggiornare i dati in memoria.

Le carte ottiche permettono di registrare un elevato ammontare di informazioni in formato digitale, cosa che le rende oggetto di interessanti appli-

cazioni per la cartella clinica informatizzata. Lo svantaggio delle carte ottiche è che, una volta registrate le informazioni sulla carta, non possono essere modificate.

Le carte PCMCIA/JEIDA utilizzano una tecnologia che fa riferimento ad un formato standardizzato definito dalla PCMCIA (*Personal Computer Memory Card International Association*) e dalla JEIDA (*Japan Electronics Industry Development Association*). Tali carte possono contenere un'elevata quantità di informazioni e sono realizzate in modo da essere contenute in appositi spazi nei PC, terminali che fanno parte di più grandi network.

Le Java Card, utilizzano un'architettura che permette di disporre su un'unica carta di diverse applicazioni. Java è un linguaggio di programmazione che si sta imponendo come standard per le applicazioni di rete, poiché è indipendente dalla piattaforma hardware ed è facilmente integrabile con i browser www, cioè con i programmi che servono per navigare in Internet.

L'utilizzo di sistemi di carte in sanità può poi essere differenziato in categorie che ne descrivano le funzioni, ricordando comunque che alcune esperienze vedono la coesistenza di più funzioni nella stessa carta, e addirittura una delle ultime tendenze e opportunità delle carte è proprio l'integrazione tra funzioni e attori in modo da erogare e gestire una carta unica multifunzionale. Si ricordano alcuni dei sistemi principali.

Innanzitutto vanno considerati i sistemi di carta per l'assistenza sanitaria e sistemi di carta per la previdenza sociale; si tratta naturalmente di due ambiti di applicazione differenti, accomunati dalla metodologia di utilizzo della carta. Interessante, è la già citata possibilità di integrare i due sistemi, come nel caso della Spagna.

È importante specificare che al momento, nonostante le possibilità di integrazione, il ricorso alla carta avviene soprattutto per ridurre i costi amministrativi attraverso la semplificazione delle ricevute assicurative e delle procedure di rimborso, per facilitare l'accesso ad ospedali e varie strutture sanitarie, e per facilitare l'accesso alle informazioni e ai servizi connessi alla previdenza sociale e al collocamento. Queste carte contengono tipicamente informazioni per l'identificazione del possessore, la polizza assicurativa o il codice di assistito, informazioni sui servizi coperti e sulla fascia di tariffazione cui è soggetto. Inoltre possono essere parte di un sistema elettronico di scambio dati che effettua rimborsi automatizzati ai fornitori senza l'utilizzo di moduli cartacei.

Le motivazioni alla base della scelta di utilizzo della carta soprattutto in ambito amministrativo e raramente sanitario non risentono tanto dei problemi tecnici afferenti alle difficoltà nel registrare e conservare le informazioni sanitarie, quanto delle incertezze e dei rischi legati al trattamento di dati sanitari, quindi per antonomasia riservati, e soprattutto della mancanza o al contrario dell'eccesso di regolamentazione *ad hoc* nei vari paesi.

Nei sistemi di carta per uso medico la carta è utilizzata per contenere informazioni mediche oppure come chiave per accedere ad un più grande database che contenga tali dati. Gli obiettivi sono quindi:

— incrementare la qualità della cura riducendo la duplicazione degli esami medici, prevenendo il ricorso a terapie e trattamenti incompatibili con le condizioni generali del paziente e aiutando ad assicurare che pazienti con patologie croniche o particolari ricevano le adeguate prestazioni;

— facilitare la comunicazione tra istituzioni, ad esempio tra ospedali, specialisti e medici di base;

— semplificare le ammissioni ospedaliere;

— aiutare nella raccolta di statistiche sanitarie.

Fino ad oggi il potenziale di utilizzo di questo tipo di carte non è stato sfruttato appieno, sia per limitazioni tecnologiche che, problema in questo senso di più complessa risoluzione, per il tema della tutela della *privacy* del paziente, ossia della garanzia della riservatezza delle informazioni sanitarie.

I sistemi di carta di emergenza contengono solo dati essenziali per l'identificazione del possessore e informazioni mediche relative ad eventuali malattie croniche, gruppo sanguigno, allergie: tutti elementi importanti in caso di emergenza medica.

I sistemi di carta per gli operatori sanitari vengono progettati per garantire la sicurezza delle informazioni mediche del paziente e sono utilizzate congiuntamente con altri sistemi di carte o con più ampi database computerizzati. Nei casi analizzati vengono presentate due esperienze di realizzazione e utilizzo delle carte sanitarie professionali, quello francese e quello tedesco.

1. Francia

Partendo dal presupposto che l'analisi comparativa delle esperienze internazionali abbia anche una valenza didascalica (cosiddetti *benchmarking* e *benchlearning*), il caso delle carte sanitarie francesi è interessante sia per taluni aspetti di *best practice*, che per altri di *worst practice*, nel senso che ad una fase di forte propulsione sperimentale e di dibattito sulle applicazioni delle carte per il sistema sanitario e per la Pubblica amministrazione in generale (addirittura il termine *smart card* viene coniato in Francia) non fa seguito dall'altro lato una diffusione di massa del nuovo strumento, e quindi si perde, a livello di sistema paese, il

primato, ove addirittura non si rimane nel gruppo di paesi relativamente arretrati nell'utilizzo del mezzo stesso (1).

Il caso delle carte sanitarie francesi ha come presupposto il funzionamento del Sistema informativo sanitario. La presentazione dell'esperienza sarà dunque articolata a partire dall'analisi del sistema informativo sanitario che costituisce l'infrastruttura di base e dei suoi attori e componenti fondamentali, nonché delle applicazioni. Quindi si passerà a considerare l'organizzazione del sistema delle carte sia dal punto di vista normativo che gestionale, se ne presenteranno le scelte strategiche, gli obiettivi dei diversi attori, la progettazione del sistema e la fase di implementazione. Attenzione a parte merita poi l'esperienza delle CPS (*Carte de Professionnel de Santé*) realizzate dal GIP (*Groupe-ment d'Intérêt Public*) che rappresenta, insieme al caso delle Carte sanitarie professionali tedesche, un esempio di applicazione specifica efficacemente progettata e realizzata.

Cominciando dall'analisi delle componenti di base del sistema informativo sanitario troviamo:

— i sistemi informativi dei fondi assicurativi sanitari. Si tratta di imponenti sistemi informativi che processano e gestiscono le pratiche di rimborso e forniscono le relative statistiche;

— le postazioni degli operatori sanitari, che sono scelte dagli stessi in relazione alle proprie esigenze professionali. Sono sistemi aperti dotati almeno di un lettore di *smart card*, con connessione alla rete e *software* gestionali per la contabilità, la gestione della cartella clinica, etc.;

— i *Network* sanitari (chiamati RSS), che si avvalgono di una rete IP a livello nazionale dedicata agli operatori professionali sulla base di un contratto siglato con il Ministero della sa-

nità in materia di *standard* e sicurezza. L'accesso è controllato mediante l'utilizzo della CPS (*Carte de Professionnel de Santé*) e questo significa un elevato grado di autenticazione. Sono disponibili l'accesso a *Internet*, l'*E-mail*, servizi di sicurezza. Questa rete è disponibile dal novembre 1998;

— la carta dati del paziente Vitale. Si tratta di una *smart card* di cui sono stati distribuiti 41 milioni di esemplari (2);

— la carta sanitaria professionale (CPS). In realtà è una famiglia di *smart card*, dal momento che ci sono carte dedicate al personale medico, agli amministrativi, al personale infermieristico, al personale in formazione, etc. Ne sono stati distribuiti 86.000 esemplari soprattutto al personale medico (3), e il *target* è 1 milione di carte;

— i *servers* sono TTP (*Trusted Third Parties* tra cui RA *Registration Authorities* e CA *Certification Authorities*), medici, Governo, amministrazioni, imprese fornitrici.

Le applicazioni sono:

— SESAM-Vitale per la gestione di procedure elettroniche di rimborso (e altri documenti) tra circa 300.000 operatori sanitari e 20 Fondi assicurativi sanitari;

— applicazioni mediche (telemedicina, gestione della cartella clinica informatizzata, formazione, etc.);

— applicazioni per la sanità pubblica.

Vediamo ora di quali elementi consta l'organizzazione del processo e del sistema.

Innanzitutto gli aspetti legali sono previsti dalla normativa francese. Alcuni in maniera assai dettagliata ed esaustiva, come firma digitale, prova e archiviazione che sottendono il processo di richiesta di rimborso elettronico, e il contenuto e le caratteristiche delle carte professionali sanitarie. Altri sono comunque contemplati e permettono la gestione delle fasi di attua-

zione: per il *roll out* infatti sono definiti gli obiettivi, e per la gestione delle carte sono definiti i ruoli di proponenti, RA e CA.

Per quanto riguarda la gestione della carta Vitale gli attori coinvolti sono i Fondi assicurativi sanitari, la *Certification Authority* (Gie Sesam-Vitale), la *Registration Authority* (Governo insieme ai Fondi assicurativi sanitari) e il gestore della carta che è GIE Sesam-Vitale.

La creazione e il mantenimento della *partnership* si basa su un elevato numero di attori portatori di differenti fini istituzionali e relative strategie. Quindi, di volta in volta va costruito il consenso su temi politici, tecnici ed organizzativi.

Ci sono infatti:

— Governo, politici, associazioni, sindacati e rappresentanti dei medici;

— agenzie governative che gestiscono la crittografia e la protezione di dati;

— imprese fornitrici di IT;

— cittadini e i medici stessi.

Probabilmente ci troviamo davanti al vero punto di debolezza del processo e del sistema di carte sanitarie in Francia. La mancanza di accordo sugli obiettivi delle carte non ha infatti permesso che le sperimentazioni di successo realizzate sin dai primi anni '90 trovassero una rispondenza nella messa a regime e distribuzione su larga scala in grado di garantire risparmi gestionali e il miglioramento diretto e indiretto dell'assistenza sanitaria.

Vediamo come le esigenze dei diversi portatori di interesse, gli «stakeholders» di Sesam-Vitale hanno determinato diversi, e a volte difficilmente contemperabili, obiettivi. Gli obiettivi del Governo sono relativi al controllo dell'evoluzione della spesa sanitaria. Questo si traduce nella necessità di trasferimento di informazioni e dati medici tra operatori sanitari e Fondi assicurativi sanitari, in PC con

adeguate connessioni ad un sistema informativo così sofisticato, in carte che garantiscano sicurezza e affidabilità, nella distribuzione e nell'utilizzo di carte in modo da facilitare l'introduzione di sistemi computerizzati.

Gli obiettivi dei Fondi assicurativi sanitari sono quelli del Governo, e particolarmente il miglioramento del potenziamento della qualità dei database a disposizione (persone assicurate e operatori sanitari), la riduzione dei costi amministrativi, il miglioramento delle relazioni con gli operatori sanitari.

I professionisti sanitari vedono le carte da una parte come l'occasione per riorganizzare le relazioni interne (per esempio tra medici di medicina generale e specialisti) e per introdurre sistemi computerizzati, dall'altra come uno strumento e una nuova metodologia imposti, che in un certo senso costringerebbero i medici a svolgere mansioni amministrative spettanti ai Fondi assicurativi sanitari.

La distribuzione delle carte ha presentato problemi legati alle scelte sulle priorità e sull'ordine cronologico e la strategia adottata alla fine prevede una sincronizzazione con le carte sanitarie professionali e con il *Network* sanitario (RSS), ma si è deciso di non attendere che gli operatori sanitari siano tutti pronti e disponibili ad accettare la carta. A livello di scelte sulla *smart card* invece si è optato per una pluralità di realizzatori di *chip* e di *card*. La distribuzione delle carte è allineata con i tempi di impresa (pianificazione, produzione, priorità).

La fase pilota è servita per validare l'architettura tecnica e le scelte funzionali, si è avvalsa di un numero limitato di fornitori e ha permesso di affinare gli strumenti organizzativi per la fase di implementazione generale. Da questa prima fase sono emerse alcune criticità. In particolare sembra strategico gestire la concorrenza

tra fornitori di *chip* e di *card*, di terminali, di PC, ed essere in grado di valutare gli effetti sulla progettazione del sistema.

Carte professionali sanitarie

Carta GIP-CPS (*Groupement d'Intérêt Public «Carte de Professionnel de Santé»*).

Il Raggruppamento d'interesse pubblico «Carte per professionisti sanitari» è incaricato di emettere, gestire e promuovere la carta sin dal decreto ministeriale del 1993. Quest'attività si inserisce nel più vasto disegno del GIP istituito sin dal 1982 per permettere l'incontro tra il settore pubblico e quello privato, nel raggiungimento di obiettivi valutati di interesse generale.

Per quanto riguarda la carta degli operatori sanitari la missione del GIP è riassumibile in:

- definizione della CPS;
- realizzazione;
- emissione e gestione;
- promozione dell'intero sistema CPS presso i realizzatori di applicazioni e verso gli operatori stessi.

Riguardo invece al dispositivo di lettura della CPS, il raggruppamento è incaricato di definire il dispositivo di lettura, di consultare le imprese, la messa in opera del processo di certificazione del dispositivo.

Tra i membri del raggruppamento per le carte ci sono sia il Ministero del lavoro e della solidarietà, quello dell'economia, le finanze e l'industria, quello dell'agricoltura e della pesca, sia i regimi di assicurazione per la malattia, i regimi assistenziali complementari, gli ordini professionali, gli organismi utilizzatori (4).

Il GIP è articolato in una struttura adattata agli obiettivi e alle esigenze della gestione della carta.

All'assemblea generale che si pronuncia su orientamenti di fondo e decisioni fanno capo il Consiglio di

orientamento che definisce le raccomandazioni e il Collegio di deontologia, che assicura il rispetto dei principi. Poi c'è il Consiglio di amministrazione cui riferiscono il Commissario governativo e il Controllore di Stato, quindi la struttura gestionale vera e propria del GIP-CPS cui si riferiscono i partner industriali e gli attori del settore.

Analizzata struttura e funzionamento del GIP, vediamo il risultato attuale delle sue attività, ossia i 5 tipi di carte professionali:

- CPS Carta degli operatori sanitari;
- CPF Carta degli operatori in formazione;
- CPE Carta degli operatori di struttura;
- CPA Carta del personale autorizzato;
- CSA Carta dei servizi applicativi.

La carta viene erogata su domanda individuale per svolgere più funzioni (carta multi attività) oppure su domanda individuale attraverso il responsabile di una struttura per svolgere attività limitatamente a tale struttura (carta di struttura). Mentre gli operatori sanitari (anche in formazione) possono ottenere sia una carta multi attività che una carta di struttura, tutti gli altri destinatari della carta hanno diritto alla sola carta di struttura.

Concentrandosi sulla CPS (la carta attualmente più diffusa), essa permette l'identificazione dell'operatore che rientri nelle sopra citate categorie, l'autenticazione per l'accesso ai sistemi informativi sanitari, l'accesso alle informazioni nel rispetto dei diritti ed entro i limiti della propria funzione, di firmare elettronicamente le operazioni effettuate, la sicurezza dei messaggi elettronici e dei dati medici, la comunicazione tra operatori sanitari.

La CPS contiene i dati relativi all'identificazione dell'operatore: il numero di identificazione, il titolo di esercizio dell'operatore, la professione e la specializzazione.

Possono essere anche definite informazioni ulteriori dato che per lo stesso operatore sono a disposizione fino ad otto diverse modalità di esercizio e altrettante specificazioni sui regimi di fatturazione. Gli elementi tecnici necessari alle funzioni di sicurezza sono l'autenticazione dell'operatore sanitario, la firma elettronica, i dati convenzionali dell'assicurazione sulla malattia.

La CPS è indipendente dall'ambiente informatico e in questo aspetto garantisce all'operatore sanitario di scegliere liberamente locazione e postazione informatica. È possibile accedere alle applicazioni della CPS attraverso un lettore di carte certificato. La certificazione assicura all'utilizzatore la conformità del lettore alle specificazioni definite dal raggruppamento per la CPS e da quello per la SESAM-Vitale.

2. Spagna

Il progetto spagnolo di carte elettroniche per la previdenza sociale TASS «Tarjeta de la Seguridad Social» rientra nelle iniziative del Ministero per il lavoro finalizzate alla modernizzazione dell'amministrazione e al miglioramento delle relazioni con il cittadino. Obiettivo della nuova carta non è solo quello di sostituire l'esemplare cartaceo, ma di mettere a disposizione del cittadino nuovi servizi e funzionalità, rendendo più agile la comunicazione con l'Amministrazione della previdenza sociale.

In un primo momento il progetto si è realizzato solo nella Comunità autonoma andalusa, quindi si sta estendendo al resto della Spagna. La nuova carta permette l'incorporazione e la ge-

stione individualizzata dei dati dei diversi organismi e operatori, e dispone di un sistema completo di sicurezza basato sulle tecniche di riconoscimento biometrico che garantiscono la confidenzialità dei dati personali.

Gli organismi coinvolti nell'iniziativa sono il Ministero del lavoro e della previdenza sociale e il Servizio sanitario andaluso, facente capo al Consiglio sanitario della Giunta andalusa. La carta è utilizzabile presso tutti gli uffici e le sedi dell'INEM e della Previdenza sociale, così come nei centri del Servizio sanitario andaluso.

Il sistema di Previdenza sociale spagnolo è basato su un modello di protezione e assistenza sociale sia di tipo sanitario che di tipo economico. Le prime sono garantite dall'Amministrazione centrale (Ministero della sanità) e dalle Amministrazioni autonome (servizi sanitari). Delle seconde è titolare il Ministero del lavoro e della previdenza sociale, che ne ha affidato la gestione a diversi enti:

— l'Istituto nazionale della sicurezza sociale (pensioni e contributi per invalidità lavorativa temporale o permanente);

— l'Istituto nazionale di impiego (contributi di disoccupazione, gestione dei posti di lavoro, formazione professionale);

— l'Istituto nazionale della marina (le stesse prestazioni economiche dei due istituti ora presentati, per i lavoratori della marina);

— la Tesoreria generale della sicurezza sociale (affiliazione dei lavoratori e iscrizioni nel registro delle imprese).

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie, gli organismi gestori del sistema sono:

— le Amministrazioni non centralizzate gestite dalle Comunità autonome ossia gli Istituti sanitari delle Comunità autonome (Andalusia, Paesi

Baschi, Catalogna, Valencia, Galizia, Navarra, Canarie);

— le Amministrazioni del Governo centrale (nel resto delle Comunità autonome) ossia Insalud - *Instituto Nacional de Salud*.

In termini finanziari le prestazioni della Previdenza sociale, pari a 81.918 milioni di euro, si dividono tra prestazioni economiche vere e proprie, tesoreria, informatica e altri servizi funzionali, assistenza sanitaria e servizi sociali.

In sintesi il progetto si propone di sostituire l'erogazione dei documenti cartacei attuali di accreditamento e affiliazione con l'emissione di carte elettroniche di previdenza sociale sia per i titolari che per i beneficiari, attraverso il coordinamento tra tecnologie, funzioni e organizzazioni multiple. Gli obiettivi sono l'accreditamento individuale rispetto alla previdenza, una gestione resa più agile, l'individuazione di situazioni irregolari, un più facile accesso alle informazioni, un miglioramento del controllo dei servizi e delle prestazioni per l'amministrazione, miglioramento e maggiore durata del documento in sé. Quest'ultimo punto tuttavia rappresenta solo uno degli scopi, perché, come ricordato, il progetto non è stato concepito come una mera sostituzione del formato cartaceo con quello plastico, ma l'emissione della carta coincide con la messa a punto di un gran processo di cambiamento all'interno delle amministrazioni che partecipano al progetto.

Il progetto è stato impostato con la volontà di garantire e coordinare:

— la razionalizzazione e l'automazione delle procedure;

— la gestione del cambiamento e le interrelazioni con il progetto personale interno/cittadino;

— l'installazione dell'infrastruttura tecnologica di supporto.

Sono previste dunque funzionalità legate alla Previdenza sociale, all'im-

piego e alla sanità. In particolare i vantaggi sono avvertiti sia per la gestione automatizzata che per la gestione sanitaria.

L'ambito della gestione automatizzata riguarda alcuni servizi principali, come le informazioni generali, informazioni individuali, ottenimento di certificati, prenotazione di prestazioni, controllo di presenza (attraverso la firma elettronica).

L'ambito della gestione sanitaria riguarda il cambiamento del medico, il controllo sull'assistenza sanitaria, le ricette mediche.

Per ottenere questi risultati è stato necessario che la direzione del progetto — affidata alla Tesoreria generale della Previdenza sociale — coordinasse gli altri enti aderenti, assicurasse l'integrazione tecnologica e supportasse la fase di avvio e implementazione, che è stata divisa in sotto-progetti: organizzazione e pianificazione, piano di comunicazione, formazione e tutela, sviluppi successivi del progetto.

Nel 1994 per il progetto pilota di Cordoba 500.000 carte sono state distribuite, 19 Terminali automatici sono stati installati e si sono utilizzate due reti sanitarie (per un totale di 60 PC). Quindi c'è stata la seconda fase, quella dell'implementazione nazionale che, in un primo momento, ha riguardato la Comunità autonoma andalusa (oggi in Andalusia sono stati distribuiti 5 milioni di carte, sono stati impiantati 600 terminali automatici e 700 sono le reti sanitarie componenti del progetto).

Una recente ricerca sul grado di sviluppo del progetto ha dimostrato che l'equipaggiamento sanitario è utilizzato soprattutto per la prenotazione e l'assegnazione di visite, per la creazione di cartelle cliniche e per l'emissione di ricette. L'utilizzo dell'equipaggiamento TAIG (Terminali automatici di informazioni amministrative connesse alla previdenza sociale), ha

dimostrato che l'utilizzo è principalmente per l'accesso alle informazioni generali e alle transazioni (dati del febbraio 1999 quantificano in oltre 16.000 il numero di accessi alle informazioni, e in quasi altrettanti accessi alle operazioni), e tra queste ultime in particolare vengono svolte operazioni sulla vita lavorativa, sul rinnovamento della domanda, sull'offerta di corsi.

Dal punto di vista tecnologico poi la carta è dotata di un *chip* intelligente, è in grado di contenere dati generali dell'utente, dati della Previdenza sociale, del Servizio sanitario andaluso, dell'Istituto nazionale di impiego, assicurandone un elevato grado di sicurezza. (tabella 1).

I TAIG (terminali automatizzati di informazioni amministrative) sono utilizzati per ottenere informazioni generali come urgenze, normativa, orari. È possibile ottenere poi informazioni territoriali sulla localizzazione dei centri e degli uffici, sugli orari e su altri dati di interesse. Infine sono disponibili informazioni personali sulla vita lavorativa, sui dati della pensione, e quelle necessarie per ottenere certificati di previdenza sociale e impiego, e per la gestione del collocamento.

È importante considerare le sinergie di questo progetto con l'Amministrazione sanitaria. L'infrastruttura sanitaria ha riguardato nella prima fase l'Andalusia. I cittadini interessati dall'emissione della carta sono 7 milioni. Attraverso i terminali automatizzati è possibile accedere a servizi amministrativi sanitari tra cui la consultazione di informazioni generali, la verifica del medico in corso, il cambio automatico del medico. Per quanto riguarda le applicazioni disponibili presso i Centri di medicina di base vi sono utilità polyvalenti, infatti si possono gestire i dati sulle visite precedenti, le cartelle cliniche, nonché si possono emettere ricette.

Gli aspetti sinergici del progetto TASS con l'Amministrazione sanitaria riguardano fundamentalmente l'eliminazione di duplicazioni di carte sanitarie, il miglioramento del servizio al cittadino, la razionalizzazione degli accessi e l'individuazione di situazioni irregolari. Dal punto di vista delle prestazioni sociali questi obiettivi sono perseguiti attraverso la realizzazione di obiettivi intermedi quali l'aggiornamento permanente delle informazioni, il documento individualizzato di identificazione, la dichiara-

Tabella 1 - Servizi offerti dal progetto TASS al cittadino

<p>Informazioni generali su (1):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● affiliazioni dei lavoratori e iscrizioni nel registro delle imprese; ● contributi; ● contributi per invalidità lavorativa temporale o permanente; ● contributi di disoccupazione; ● gestione del collocamento; ● formazione professionale; ● recapiti e telefoni di interesse; ● carta dei servizi; ● diritti dell'utente. 	<p>Informazioni individualizzate su:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● storia lavorativa; ● certificato di pensionamento; ● certificato di rivalorizzazione della pensione; ● certificato di previdenza familiare; ● certificato di diritto alle prestazioni previdenziali; ● certificato di condizione di iscrizione alla lista di collocamento; ● certificato di prestazioni in ambito del collocamento; ● richiesta di medico.
<p>(1) Dai dati al febbraio 1999 risulta che le consultazioni per informazioni generali sulla previdenza sociale sono più di 15.500.000.</p>	

zione del diritto all'assistenza sanitaria. Dal lato della sanità invece gli obiettivi intermedi che portano alla razionalizzazione e all'attivazione di sinergie con il settore della previdenza sociale sono l'emissione di certificati di invalidità temporale e ricette, la prestazione del servizio sanitario, l'identificazione univoca. Di seguito si presenta uno schema delle sinergie tra la carta per la previdenza sociale e l'Amministrazione sanitaria.

Per concludere, per la gestione del cambiamento il progetto di *Tarjeta de la Seguridad Social* è completato da un piano di assimilazione e gestione del cambiamento, che si propone di non incorrere negli effetti deleteri delle inerzie amministrativo-burocratiche. In particolare si è investito sulla formazione e sulla comunicazione.

La comunicazione è sia interna, organizzata attraverso riunioni, presentazioni e note interne, sia esterna attraverso un numero verde, la televisione, comunicati e campagna stampa, *brochure* e manifesti. La formazione è concentrata sulle applicazioni e le modalità di utilizzo di del terminale automatizzato, che richiede una riorganizzazione di molti processi e procedure, e sulle applicazioni sanitarie del sistema (schema 1).

3. Germania

Il sistema sanitario tedesco, organizzato in una pluralità di enti mutualistici, è un servizio pubblico tipico del *welfare* europeo, ossia a carattere universale. Per abbattere i costi amministrativi di tale sistema la in Germania si è fatto ricorso ad una carta a microprocessore contenente i dati amministrativi del cittadino esclusivamente afferenti al settore sanitario, che si è fatto carico della emissione delle carte, della distribuzione ai circa 80 milioni di cittadini tedeschi, e che, contemporaneamente, ha dotato gli opera-

tori sanitari dei terminali adatti alla lettura delle carte.

Le carte sanitarie tedesche non sono utilizzabili per effettuare pagamenti e transazioni: si limitano a svolgere funzioni di identificazione amministrativa del cittadino, mediante l'adozione di un apposito *standard* che difficilmente risulterà compatibile con gli *standard* di altre amministrazioni.

La decisione di introdurre la carta con microprocessore come carta sanitaria è stata la prima scelta strategica per lo sviluppo dell'*Information Technology* nella sanità tedesca. Fino ad allora infatti c'erano state solo sperimentazioni isolate gestite senza alcun obiettivo di interoperabilità, ma risultato delle volontà delle singole istituzioni, aziende, degli ospedali e degli operatori sanitari.

I principi di *decision making* sono stati articolati come segue.

Nella prima fase la carta sanitaria aveva una finalità esclusivamente amministrativa. Ogni persona assicurata mediante l'assicurazione obbligatoria riceveva una *chipcard* che conteneva informazioni per l'identificazione della persona così come dell'assicuratore.

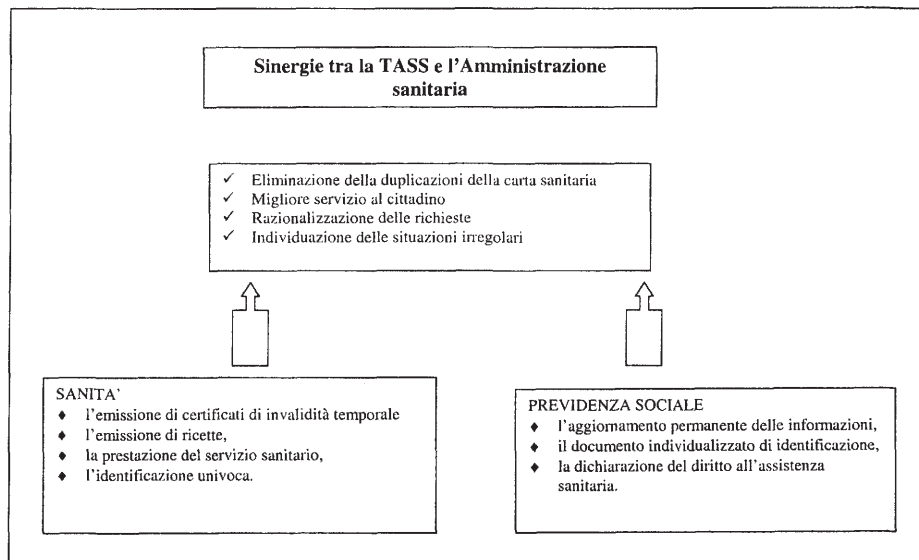
La scelta della tecnologia del processore rimaneva aperta per consentire successive adesioni verso applicazioni più richieste.

Per poter utilizzare la carta sanitaria tutte le istituzioni partecipanti, i medici e gli ospedali ricevevano componenti tecnologiche di sistema che potessero essere integrate ai sistemi in uso di gestione di dati attraverso un'appropriata interfaccia. I medici che non utilizzavano i sistemi di gestione di dati ricevevano comunque le componenti che potevano anche essere utilizzate autonomamente.

Nel medio periodo l'investimento era considerato come uno stimolo allo sviluppo delle applicazioni di *Information e Communication Technology* nel settore sanitario.

Le ragioni alla base di tale decisione risiedevano nel mandato conferito agli assicuratori sanitari nel 1989 per implementare le carte sanitarie e svilupparle congiuntamente con i medici. In ogni caso i requisiti legali risultarono insufficienti a sostenere le attività in modo da rispettare le scadenze programmate. Infatti solo la promulgazione di un atto legislativo fu in grado di spingere le compagnie assicuratrici

Schema 1



e i medici a superare le grandi differenze tra i loro interessi. Questo dato è interessante perché in Francia, come abbiamo visto, i contrasti tra interessi dei diversi attori del sistema e del processo di diffusione delle carte ha finora minato una realizzazione efficiente e spedita del processo.

L'esperienza delle carte in Germania può essere articolata in due momenti:

— l'introduzione della prima generazione di carte sanitarie;

— l'introduzione di un dispositivo digitale di addebitamento nel 1993.

3.1. Carte sanitarie di prima generazione

Il progetto di carte a microprocessore più esteso del mondo è decollato in seguito alla messa in essere di basi legislative, dopo di che entro la fine del 1994 (ossia in 15 mesi) 72 milioni di carte sono state distribuite e 165.000 medici e dentisti sono stati dotati dell'equipaggiamento tecnologico necessario per leggere e stampare il contenuto delle carte.

La tecnologia è piuttosto semplice, ed è basata su una carta con memoria senza grandi sistemi di sicurezza. Le ragioni di tali scelte hanno risentito naturalmente dell'offerta allora disponibile. Infatti le imprese fornitrici furono in grado di mettere a punto solo questa soluzione visto il numero richiesto e i tempi brevi da assicurare (5).

Rispetto all'ingente investimento, la penetrazione del sistema e le conseguenti possibilità di integrazione di IT sono state all'inizio limitate: l'obiettivo era al momento solo la possibilità di stampare il contenuto della carta sanitaria, ossia dati amministrativi, su moduli cartacei per le procedure di addebitamento, referti e prescrizioni, assicurando in questo modo maggiore validità e affidabilità delle procedure

di addebitamento delle prestazioni erogate.

Nella prima fase solo il 20% dei medici è ricorso all'addebitamento elettronico delle proprie prestazioni verso le assicurazioni sanitarie. L'idea alla base del passaggio è stata quella di promuovere il nuovo strumento senza forzare i medici a ricorrervi, e probabilmente uno dei fattori di successo dell'esperienza è stato proprio questo, tanto che oggi oltre il 70% dei medici e il 90% dei dentisti utilizza il sistema con interfaccia standardizzata.

Un'analisi costi/benefici ha dimostrato che l'introduzione di carte sanitarie ha permesso comunque un risparmio, poiché il costo sostenuto per le carte è stato inferiore al costo dell'inoltro di documenti assicurativi cartacei per abilitare cure ai pazienti esteri.

3.2. L'introduzione di un meccanismo di addebitamento digitale

Alla fine del 1992 in Germania c'è stato un intervento legislativo che ha permesso l'introduzione della carta sanitaria e ha posticipato l'iniziale deadline alla fine del 1994. Parallelamente è stato incrementato il livello di integrazione dei sistemi di IT: ospedali e operatori sanitari sono stati incoraggiati a realizzare i loro addebitamenti alle assicurazioni esclusivamente attraverso mezzi elettronici.

Questo è stato un passo necessario nell'introduzione della carta, finalizzato proprio alla riduzione dei costi di transazione. In realtà questa fase ha visto un'esplosione degli investimenti, dal momento che un'interfaccia compatibile con lo standard EDIFACT, le reti per la distribuzione dei dati e postazioni rinnovate e impostate in modo da ricevere e contabilizzare dati di addebitamento hanno richiesto investimenti in IT più onerosi della carta sanitaria in sé.

Tale investimento, come pure la definizione della scadenza del gennaio 1995 come data dalla quale non sarebbe più stato possibile imputare costi per prestazioni sanitarie in forma cartacea, ha comportato dei rischi, e l'obiettivo è stato di fatto raggiunto solo nel 1999.

Uno degli elementi che distinguono l'esperienza tedesca da quella francese, sancendo il maggiore successo della prima, è il coinvolgimento ed il consenso dei medici. In Germania d'altra parte per i singoli medici non è cambiato nulla, dal momento che quelli non dotati di *computer* hanno continuato ad utilizzare ricevute cartacee per l'addebitamento, e la trasposizione e digitalizzazione del formato della ricevuta, il controllo e l'invio delle informazioni agli assicuratori è stato in tal caso disposto dalle associazioni di medici.

Tra le applicazioni della carta sanitaria tedesca che esemplificano le caratteristiche dell'approccio tedesco alle carte sanitarie e comunque all'impostazione del sistema di *network* sanitario va ricordata quella delle carte elettroniche professionali per i medici.

Sin dall'introduzione della carta di assicurazione sanitaria nel 1994, diverse amministrazioni sanitarie e associazioni mediche a livello nazionale aprirono il dibattito sull'introduzione di una carta d'identificazione elettronica per i medici tedeschi. A questo scopo nel 1996 fu costituito dall'Associazione medici tedeschi e dall'Associazione nazionale dei medici ambulatoriali un gruppo di lavoro dedicato alle «carte sanitarie professionali per i medici», per affrontare i lavori preparatori all'introduzione della carta. Contemporaneamente un altro gruppo di lavoro «Carte nella sanità» diede vita ad una speciale articolazione «carte sanitarie professionali», che si concentrò su temi specifici concernenti la realtà tedesca, e sul potenziale di armonizzazione a livello europeo, dal momento che una soluzione che ri-

spettasse solo *standard* nazionali non sarebbe risultata competitiva in un'ottica di lungo periodo.

In seguito all'approvazione di SigG, la legge tedesca sulla firma digitale, e al confronto in corso tra i vari providers sulle soluzioni di rete, si è giunti alla decisione di implementare una *ID card* professionale per medici che sostituissero il cartaceo, ma soprattutto che fosse utilizzata in coordinamento con le altre applicazioni dei *new media* in sanità. Questo si traduce nel fatto che il documento deve fornire un'identificazione elettronica e visiva, e, al tempo stesso, costituire uno strumento per la firma digitale in *network* aperti conformemente alla normativa vigente.

In conseguenza della decisione di affidare l'implementazione e la supervisione della carta sanitaria tedesca all'Associazione medica nazionale, lo sviluppo di un prototipo per la *ID* medica elettronica è stato finanziato congiuntamente dall'Amministrazione sanitaria tedesca e dall'Associazione nazionale medica a metà del 1998, e sviluppata sotto la direzione dell'Istituto centrale di ricerca per le cure ambulatoriali.

Il prototipo è stato studiato per i medici, ma può essere adattato alle esigenze di altre categorie di operatori sanitari. Le funzionalità della nuova carta sanitaria professionale sono:

- identificazione,
- autenticazione,
- cifratura,
- firma digitale (in osservanza dei requisiti normativi),
- funzioni addizionali (per esempio la documentazione sull'aggiornamento medico).

Innanzitutto la carta d'identificazione medica elettronica sostituisce la versione cartacea, e ciò implica che ne assume la funzione di strumento per il riconoscimento visivo. Perciò un'immagine del possessore, con il nome e

l'affiliazione all'Albo nazionale è stampato sulla superficie della carta. L'autenticazione è garantita da un «paio di chiavi» contenute nella carta, compatibili con le componenti di sistema di un *network* di comunicazione dove il possessore della carta può essere identificato come un professionista medico.

Un secondo paio di chiavi è disponibile per lo scambio cifrato di dati sensibili. Ci sono anche coppie di chiavi asimmetriche utilizzate per implementare il cosiddetto «metodo ibrido di cifratura» (da una parte infatti si utilizza la cifratura simmetrica del messaggio, dall'altra la cifratura asimmetrica delle precedenti chiavi simmetriche). Un'ulteriore coppia di chiavi può essere utilizzata dai medici per firmare digitalmente documenti conformemente alla recente normativa. Questo naturalmente implica un elevato *standard* di sicurezza per i componenti utilizzati nonché della loro certificazione, così come esplicitato nella legge più volte richiamata.

La carta d'identificazione medica è progettata in modo tale da assicurare al possessore diverse opzioni di firma digitale. Se infatti decide di firmare come medico utilizza solo la «certificazione di base» contenuta nella carta. In aggiunta può utilizzare delle certificazioni sui titoli così come proposte nel prototipo. In linea teorica non ci sono limiti a tali «certificazioni accessorie», tuttavia per esigenze di semplificazione al momento sono disponibili solo «specialità», «sottospecialità», e «disciplina medica». I relativi contenuti sono definiti in tavole ufficiali delle professioni mediche e sono certificate dalla Camera nazionale dei medici. È lo stesso medico, comunque, a decidere quali informazioni, tra quelle disponibili, vuole siano contenute nella propria firma digitale, a seconda del contesto di applicazione.

Le criticità che emergono dal progetto di carta sanitaria professionale sono principalmente riconducibili all'istanza di standardizzazione. Le istituzioni coinvolte stano ad oggi lavorando proprio sulla definizione di una politica che sia prerequisito a, e parte di, contratti *ad hoc*, e che possa essere utilizzata nell'adozione di regole comuni per l'ordine medico.

Di recente è passata l'opzione che prevede che la Camera dei medici farà ricorso ai servizi di un terzo attore fiduciario (chiamato TTP - *Trusted Third Party*) e acquisterà la funzionalità di una *Certification Authority* (CA).

Ciò presuppone che sia stipulato un contratto tra la *Certification Authority* e la Camera dei medici che in tal caso avrà il ruolo di *Registration Authority* (RA). Questo si rende tanto più necessario in considerazione del fatto che diverse regole e specificazioni previste dalla legge sulla firma digitale non sono direttamente applicabili al settore sanitario. Alcune differenze specifiche includono il caso di revoca delle certificazioni da parte dell'organizzazione governativa, e quello di istituzione di certificati che possono essere erogati solo dall'istituzione che mantiene il registro (per esempio dalla Camera nazionale dei medici).

Per quanto riguarda l'*iter* da seguire, la richiesta per l'istituzione di una carta di identificazione elettronica deve essere inoltrata personalmente dal medico alla Camera nazionale. Ciò significa che se la parte richiedente si presenta di persona alla Camera dei medici ciò è considerato ingiuntivo per la proposta di identificazione. In seguito all'accettazione, poi, la Camera dei medici trasmette tutti i dati (dati personali, fotografia, certificazioni sui titoli, etc.) alla *Certification Authority* che personalizza la *chipcard* utilizzando le chiavi corrispondenti, e invia la *ID* così completata alla Came-

ra dei medici, la quale a sua volta la fa pervenire all'interessato.

Naturalmente ci sono molte modifiche che possono essere apportate al processo ora descritto, soprattutto nella direzione della semplificazione e della velocizzazione dell'*iter*; tuttavia si è deciso di procedere pragmaticamente almeno in questa fase sperimentale, in modo da testare progressivamente la funzionalità e la sostenibilità di ogni applicazione elettronica e di ogni passaggio.

5. Conclusioni

Dalla presentazione di alcune delle esperienze in atto a livello europeo, possono essere tratte alcune considerazioni che si inseriscono nel più ampio dibattito in corso, testimoniato da importanti convegni recentemente tenuti per permettere lo scambio di informazioni e soluzioni per l'utilizzo delle carte sanitarie (6), così come dal fiorire di progetti europei sui temi delle carte e della predisposizione di requisiti di base per la loro implementazione. Tra questi ultimi vanno segnalati in particolare NETLINK, finanziato dalla Commissione europea, che riunisce partecipanti di Francia, Quebec, Germania, Italia con l'obiettivo di rendere interoperabili i Sistemi informativi del settore sanitario e HEALTH CARDS realizzato dai membri del G-8 e della Commissione europea che si concentra sulle carte per dati sanitari.

Tra gli elementi emersi dai casi si possono distinguere problemi:

— connessi alla dotazione tecnologica cui si ricorre,

— relativi alle specificità del sistema sanitario/assistenziale del paese di riferimento, in termini di ruoli e coordinamento tra gli attori,

— legati alla gestione del cambiamento.

Per quanto riguarda il caso tedesco è interessante sottolineare alcune delle caratteristiche della prima generazione di carte sanitarie.

Innanzitutto le carte possono essere utilizzate da persone non autorizzate e non abilitate a fruire di servizi coperti dall'assicurazione sanitaria obbligatoria. Il problema non risiede tanto nella falsificazione, quanto nel fatto che il 20-25% delle carte viene sostituito ogni anno a causa del cambiamento di informazioni in esse contenute, e 15-20 milioni di carte sanitarie rappresentano un enorme potenziale per il mercato nero. Bisogna comunque considerare che il 94% della popolazione è coperto da assicurazione sanitaria obbligatoria, ma rimangono preoccupazioni sul rischio ora esposto.

Un problema più consistente risiede nel cambiamento di abitudini tra gli assicurati in seguito alla distribuzione della carta sanitaria. Infatti in passato ogni assicurato riceveva una carta di abilitazione trimestrale a usufruire delle prestazioni, e l'utente poteva rivolgersi durante quel periodo ad un altro medico solo se indirizzato dal primo medico. Questo è cambiato con l'introduzione della carta perché gli specialisti vengono contattati personalmente e direttamente dagli utenti, e molti assicurati hanno deciso di sostituire il medico di base durante lo stesso trimestre. Una stima empirica ha comunque mostrato che fino all'8% di tutte le visite potrebbe essere evitata se la carta sanitaria permettesse controlli più stringenti sulle regole per contattare i medici. Quindi è necessaria una maggiore tutela dall'abuso e dell'accesso non mediato e individuale del cittadino all'assistenza medica.

È emerso un miglioramento dell'informazione attraverso la rapida disponibilità di dati validi e verificabili sia a livello delle organizzazioni professionali per controllare il sistema di erogazione delle prestazioni, sia a li-

vello di singoli operatori sanitari per ottimizzare le prestazioni terapeutiche.

Infine si ricorda la scelta strategica alla base del sistema di carte sanitarie tedesche che, sebbene efficienti e apportatrici di ingenti risparmi gestionali, utilizzano una rete ed un sistema ad hoc che nel lungo periodo potrebbe non dimostrarsi competitivo.

L'esperienza francese testimonia l'importanza del coordinamento tra gli attori, e della corretta impostazione della gestione del cambiamento. Infatti un ruolo cruciale nel ritardo della diffusione della carta sanitaria e del successo globale dell'operazione lo hanno giocato i medici che hanno identificato l'utilizzo del nuovo sistema, da una parte, come sopra ricordato, con una forzatura a svolgere senza nessun corrispettivo le funzioni amministrativo-contabili esercitate dalle assicurazioni, dall'altra con una minaccia alla propria autonomia professionale, dal momento che lo sviluppo della funzione di cartella clinica informatizzata potrebbe consentire ad altri medici, alle assicurazioni e al Governo di mettere in discussione la diagnosi e l'operato del medico curante. I medici in questo esempio hanno un «ruolo organizzativo critico», decisivo per l'esito positivo del processo.

Il caso spagnolo, infine, costituisce un esempio interessante per:

— la volontà di integrare le funzioni e le applicazioni concernenti le prestazioni sanitarie e quelle previdenziali in un'unica carta;

— la progettazione, nel piano di sviluppo delle carte, di appositi strumenti e risorse dedicati al «change management», così come la comunicazione interna ed esterna e la formazione;

— i problemi che si possono incontrare quando più attori, a livelli differenti, si occupano dell'implementazione di un'applicazione. Questo po-

trebbe causare delle diseconomie e duplicazioni (si pensi ad INSALUD e alle Comunità autonome) proprio nella realizzazione di un progetto che si propone come obiettivo integrazione di servizi/funzioni e diminuzione dei costi.

(1) Si ricorda a proposito l'esperienza Mintel, che presenta analogie importanti dal punto di vista della gestione del processo, e di un exploit iniziale cui non fa seguito una fase di sviluppo e di consolidamento di pari successo.

(2) Dati aggiornati al 3 novembre 1999. Di 41 milioni, 40 sono gli assicurati effettivi che la hanno ricevuta, e un milione sono le carte che erano state emesse e sono state rinnovate.

(3) Dati aggiornati al 3 novembre 1999. 86.365 carte, di cui 61.752 CPS e 24.613 CPE.

(4) I regimi di assicurazione per malattia sono la Cassa nazionale di assicurazione sulla malattia per i lavoratori salariati, la Cassa centrale della mutua sociale agricola, la Cassa nazionale di assicurazione sulla malattia e la maternità delle professioni indipendenti.

I regimi assistenziali complementari sono la Federazione dei mutuati francese, la Federazione nazionale della mutua francese, la Federazione francese delle società assicurative, il Centro tecnico degli istituti di previdenza.

Gli ordini professionali sono l'Ordine nazionale dei medici, l'Ordine nazionale dei chirurghi dentisti, l'Ordine nazionale dei farmacisti.

Gli organismi utilizzatori sono: l'Organizzazione professionale di armonizzazione nell'informatica sanitaria e il Centro nazionale di tecnologie ospedaliere.

(5) Il costo totale dell'investimento per le carte sanitarie tedesche è stato stimato intorno a 410 milioni di marchi tedeschi, che rappresenta una somma molto ingente nel suo insie-

me. Tuttavia valutando il costo per assicurato, questo ammonta a 5,70 marchi.

(6) Il CNEL - Gruppo di lavoro mercato sociale ha organizzato a Roma — 13 e 14 aprile 1999 — un convegno sulle carte per la competitività dei vari settori della Pubblica amministrazione.

Lo XASI (Centro di studi e analisi sulla società dell'informazione) ha organizzato a Milano, con il supporto della Regione Lombardia, del Ministero per gli affari esteri, il CNR, l'Istituto neurologico «C. Besta», il convegno «Health Cards 1999».

BIBLIOGRAFIA

- COLLEN M.F. (1988), *HIS concepts, goals and objectives*, in «Towards new Hospital Information Systems», North Holland, Amsterdam.
- DE MEYER F., DE MOOR G., VAN MAELE G. (1992), *Practical considerations on data communication over the public network*, in Proceedings Medical Informatics Congress.
- DICK R.S., STEEN E.B. (1991), *The Computer based Patient record. An essential Technology for Healthcare*, Washington DC Institute of Medicine, Washington DC.
- FUNDACIO PARC TAULI (1999), *Salut en Xarxa*, Sabadell.
- KINKHORST O.M., HASMAN A., VAN KESTEREN A.C.A. (1991), *Standardization of data-interchange in healthcare*, Telematics in Medicine, Elsevier Science Publishers, Amsterdam.
- INSALUD (1996), *Plan Estrategico Libro Azul*, Madrid.
- MXM - REGIONE LOMBARDIA (1999), *Osservatorio Telesanità 1999*, Quaderno MXM-AIM n.41, Milano.
- MOORMAN P.W., BERNSTEIN K. (1999), *Regional Healthcare Networks in Europe*, CoCo Project ReportNHS Commissioning Data Set Manual - Version 1.2.
- OTTES L., VAN RIJEN A.J.G. (1991), *Messaggi standard nella sanità: le opportunità di Edifact ed X400*, PTT Informatie.
- SCHAAFSMA M. (1995), *The hospital information system, an electronic central medical archive*, proceedings of the 8th european health records conference Future of patient records.
- SICURELLO F. (A CURA DI) (1999), *Health Cards 1999. Fifth International Congress on card application in health care*, Xasi Sirse, Milano.
- SICURELLO F. (1994), *L'informatizzazione dei servizi sanitari e patient data cards. Atti del convegno Statistica e Informatica sanitaria: il ruolo delle regioni*, Mondello.
- TANG L.H.Y., HASKA R. (1999), *A review of intelligent content-based indexing and browsing of medical images*, Health Informatics, n. 5.

Internet Bookmark

Spagna

<http://www.msc.es/>
http://www.msc.es/insalud/plan/home_plan.htm

Francia

<http://www.Sesam-vitale.fr>
<http://www.gip-cps.fr>

Germania

<http://www.hcp-protokoll.de>
<http://www.zi-koeln.de>

Altri siti

<http://www2.echo.lu/telematics/health/health.html>
<http://www2.echo.lu/telematics/health/coco.html>
<http://www.ehto.be>
<http://www.sanita.it/>

LA VIA FRANCESE ALL'ACCREDITAMENTO

Emidia Vagnoni

Economia Aziendale - Università degli Studi di Ferrara

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Un decennio di riforme - 3. Il sistema informativo di base - 4. I principi - 5. Gli attori coinvolti: l'ANAES; gli ospedali; il gruppo di verifica. Il personale medico-infermieristico. Il responsabile per l'accreditamento. L'ARH - 6. La procedura di accreditamento - 7. Un esempio delle linee guida: la presa in carico del paziente - 8. Conclusioni.

1. Introduzione

La crescente consapevolezza nel mondo sanitario delle responsabilità sociali delle strutture ivi operanti, oltreché l'affermarsi di logiche di controllo sociale da parte della collettività (1), ha condotto le istituzioni a porre sempre più attenzione alla qualità del servizio e delle prestazioni erogate, e quindi ai bisogni dei pazienti. Pertanto, il processo di accreditamento che ha coinvolto *les établissements de santé* rappresenta una risposta al tentativo di garantire condizioni di qualità e risultati di qualità nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari.

L'accreditamento si inserisce in un ampio dibattito in corso sulla qualità dei servizi sanitari e delle strutture erogatrici, che vede già il tentativo di rispondere all'esigenza di un sistema di qualità, ampiamente condiviso, nella realizzazione di sperimentazioni circa l'applicazione delle norme ISO 9000, nella certificazione, nel procedimento di assicurazione della qualità. «L'ordonnance n. 96-346», dell'aprile 1996, ha dato una chiara risposta al problema, prevedendo un sistema di accreditamento di tutte le strutture sanitarie, pubblici e privati, e rimandando ad un manuale di accreditamento le

linee guida per la realizzazione della procedura stessa.

Partendo da una descrizione di sintesi delle caratteristiche istituzionali del sistema di gestione dei servizi sanitari in Francia, tale articolo si propone di analizzare la procedura di accreditamento in corso di realizzazione, nei suoi principi, così come nelle relazioni che pone in essere con i diversi attori del servizio sanitario. Il lavoro è stato realizzato mediante ricerca bibliografica e grazie ad una serie di interviste condotte con il personale impegnato nella realizzazione della procedura di accreditamento presso il *Centre Hospitalier Universitaire Arnaud de Villeneuve* di Montpellier e l'*Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Rossillon*.

2. Un decennio di riforme

Sulla scia di molti paesi europei, anche la Francia a partire dall'inizio degli anni novanta ha intrapreso un articolato processo di riforma dell'organizzazione e della gestione dei servizi socio-sanitari. La legge del 1991 (Loi n. 91-478 du 31 juillet 1991 modificata dalla Loi n. 91-1406 du 31 décembre 1991) aveva cercato di risolvere i problemi posti dal progetto di accen-

tramento della gestione sanitaria, affiancando alle disposizioni sulla partecipazione di tutti gli attori al processo di pianificazione il rafforzamento di disposizioni miranti a incentivare l'offerta di cure tecnicamente efficienti, di modo tale da evitare duplicazioni, e migliorare la qualità del servizio reso. Pertanto, tali norme erano tese a introdurre strumenti in grado di porre fine alla situazione che aveva sempre visto l'ospedale come struttura centrale nel processo di erogazione dei servizi sanitari e, allo stesso tempo, ponevano le basi per la realizzazione del *réseau de soins* (2).

Inoltre, la previsione del *Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information* (PMSI) (3) già a partire dal 1989, basato sull'analisi delle attività effettivamente svolte all'interno degli ospedali pubblici e privati avrebbe consentito di procedere alla valutazione e all'analisi della loro attività e dei rispettivi costi, permettendo quindi di giustificare le modalità di impiego delle risorse assegnate. Il PMSI è

La ricerca è stata finanziata nell'ambito del progetto europeo TMR - AREHCAS «Accounting in the Reform of the European Health Care Systems».

dunque un procedimento che riprende il principio di classificazione degli atti diagnostici e terapeutici ideato da Fetter; non viene utilizzato come strumento di finanziamento, ma semplicemente per realizzare un confronto tra le risorse assegnate e le attività svolte dagli ospedali. Tale previsione rappresenta un passaggio particolarmente importante che induce una discreta modificazione nei sistemi organizzativi e informativi ospedalieri. L'introduzione del PMSI, infatti, focalizza l'attenzione del sistema informativo sull'attività medica, rafforzando la rilevanza di *report* quali i *Résumés de Sortie Standardisés* (RSS) — classificati all'interno del sistema DRG — a loro volta costituiti da sintesi redatte dalle unità medico-chirurgiche interessate (RUM) dal programma. La catalogazione delle diagnosi e degli «atti terapeutici» riferiti ad un paziente, nel corso di un ricovero, consente di misurare il consumo, in termini di risorse umane e materiali, occorso per realizzare quelle stesse attività.

Nel 1993 poi, in ragione del processo di decentramento regionale in corso, viene emanato un documento finalizzato al miglioramento della pianificazione sanitaria. L'obiettivo consiste nel ripartire le responsabilità in materia di politica sanitaria tra il livello nazionale e quello regionale: a livello locale viene costituita un'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), responsabile della realizzazione degli obiettivi definiti a livello nazionale, e avente competenze generali sia per le strutture pubbliche che private. Il *budget* regionale, inoltre, viene definito sulla base di un importo medio contrattato per assistito.

Le ARH stabiliscono e applicano gli schemi regionali d'organizzazione sanitaria e ne assicurano la coerenza con l'orientamento espresso dalle conferenze sanitarie regionali (CRS). Inoltre, su queste basi le ARH conclu-

gono un contratto pluriennale di obiettivi e di risorse con ogni struttura sanitaria. Tale procedura di pianificazione avrebbe come scopo quello di ridurre le ineguaglianze tra strutture sanitarie e meglio rispondere ai bisogni della popolazione (4), dapprima migliorando l'efficacia quantitativa, poi il livello di qualità.

Il *Livre blanc sur le système de santé*, emanato nel 1994, descrive i quattro pilastri sui quali poggia il sistema di principi per la gestione della funzione ospedaliera (5):

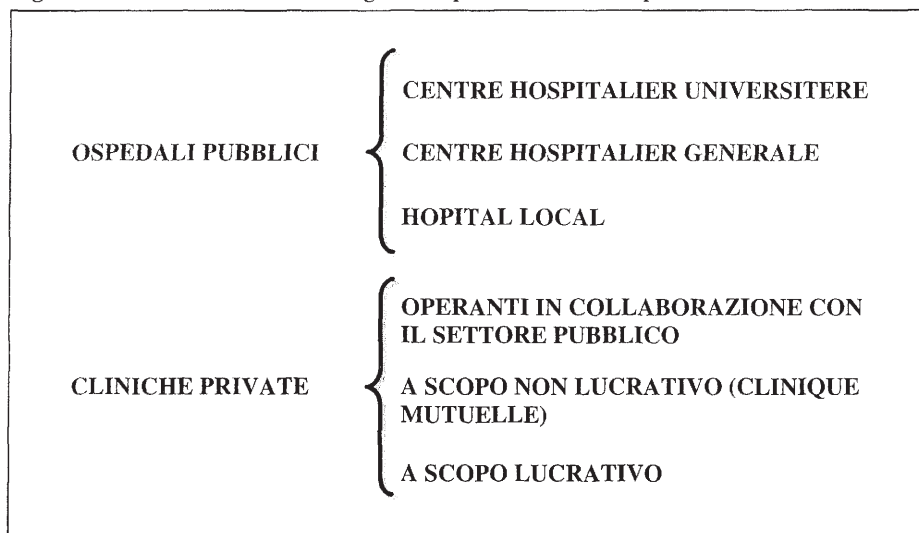
- 1) unificare la gestione ospedaliera pubblica e privata;
- 2) utilizzare le informazioni circa le attività sanitarie per l'allocazione delle risorse;
- 3) incentivare le ristrutturazioni;
- 4) avviare un processo ragionato di pianificazione dell'erogazione delle cure.

L'obiettivo di tali disposizioni risiede nel creare condizioni di competizione tra aziende pubbliche e private, al fine di incentivare la ricerca dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità. Questi principi trovano più decisa definizione nelle tre disposizioni n. 96-344, n. 96-345, n. 96-346, emanate il 24 aprile 1996, tra cui la *ordonnance*

hospitalière n. 96-346 relativa alla riforma dei ricoveri ospedalieri nelle diverse tipologie di strutture pubbliche e private (figura 1), e volta a ridefinire chiaramente le responsabilità degli attori del settore con riferimento agli obiettivi di efficienza e di qualità.

Tra le principali innovazioni introdotte dalle ultime norme di riforma va ricompresa la definizione dei principi e della procedura da seguire nel processo di accreditamento. La realizzazione di un sistema di accreditamento delle strutture sanitarie, posto sotto la vigilanza dell'ANAES (*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*), costituisce un'ulteriore garanzia della qualità delle prestazioni. L'Agencia è un istituto pubblico che, nelle disposizioni in materia sanitaria (*Code de la santé publique*), sostituisce l'*Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale* (ANDEM). L'ANDEM è stata creata nel settembre del 1989 — di fatto operante dall'aprile 1990 — ed è collegata al livello regionale attraverso le *Commissions régionales de l'évaluation médicale des établissements* (CREME). L'obiettivo assegnatogli, di sviluppo di un processo di valutazione delle cure e delle pratiche professiona-

Figura 1 - Le strutture che intervengono nel processo di cura ospedaliero



li, è rimasto sempre scarsamente atteso, e anche nei tre articoli di legge consacrati all'ANDEM qualsiasi disposizione restava allo stato embrionale.

3. Il sistema informativo di base

Les établissements de santé sono giunti alla fine degli anni novanta avendo già sviluppato tentativi di valutazione della qualità delle cure, e avendo sedimentato un sistema informativo in grado di contribuire quindi al procedimento di accreditamento che ci si appresta a realizzare. Pertanto, con riferimento al percorso di valutazione della qualità, alcuni documenti specifici circa l'attività di un'unità organizzativa sono già disponibili:

— il «dossier médical» costituisce uno strumento di documentazione della qualità poiché riporta le informazioni circa il contesto in cui il paziente vive e circa la sua patologia. Tale *dossier* consente l'individuazione del/i prescrittore/i, di tutte le cure prescritte e le prestazioni mediche e chirurgiche effettuate, delle reazioni del paziente ai trattamenti terapeutici, dell'obbligazione legale e della durata della sua conservazione;

— il «dossier de soins» permette di ripercorrere le diverse tappe del processo di cura e risponde ai requisiti informativi del percorso di valutazione della qualità. Il documento contiene delle informazioni fondamentali per la gestione della qualità, quali: informazioni circa il paziente e il suo ambiente familiare e lo stato psicologico, informazioni sui problemi terapeutici riscontrati permettendo di identificare se si verificano fenomeni di dipendenza ai farmaci ed eventualmente le ragioni della stessa, la diagnosi infermieristica o delle informazioni che riassumono le difficoltà incontrate dall'*équipe* curante per ciascun paziente, gli obiettivi di cura individuati per il paziente e con lo stesso

concordati, la pianificazione del processo terapeutico prendendo in considerazione ciò che dipende dalla prescrizione medica e ciò che dipende dal ruolo proprio dell'infermiere, le prestazioni e le azioni realizzate secondo la loro ripartizione in funzione degli attori (chi fa cosa e quando), la valutazione dei risultati in relazione agli obiettivi definiti.

Il «dossier de soins» dovrebbe essere conservato sotto la responsabilità della direzione del servizio infermieristico, pertanto occorrerebbe sganciarlo dal *dossier médical*, nel quale verrebbe quindi posta una scheda qualità che consenta di mantenere il legame con il «dossier de soins». Il vantaggio di tale sistema di raccolta e gestione dei dati è nella possibilità di considerare il «dossier de soins» un vero strumento di documentazione della qualità, e in quanto tale di conservarlo in un archivio senza limitazione di durata;

— il rapporto annuale di attività, redatto dalla direzione del servizio di cura infermieristico, ha il ruolo di produrre e presentare i dati statistici d'attività delle diverse unità funzionali, il numero e la qualifica del personale addetto, il numero delle *équipe* di cura, l'organigramma dell'unità funzionale, le attività di ricerca e formazione, le attività di valutazione;

— le disposizioni legislative e i regolamenti, i quali rappresentano i punti di riferimento del percorso qualità in considerazione sia della particolarità di una struttura che eroga cure, sia della necessità di controllare almeno il rispetto delle attribuzioni di legge da parte del personale addetto. La rigorosa applicazione e l'interpretazione dello spirito di tali norme costituirebbero già un primo passo verso la realizzazione di un sistema qualità. Ad esempio, l'esame delle norme relative al ruolo dell'infermiere in un contesto ospedaliero, il decreto n. 93-345 del 15 marzo 1993, stabiliscono che

esso «identifica i bisogni del paziente, definisce una diagnosi infermieristica, formula gli obiettivi di cura, realizza le azioni appropriate e le pone come oggetto di valutazione». Inoltre, tra i compiti prescritti per il personale infermieristico generale nel proprio statuto rientra l'obbligo di coordinare, organizzare, realizzare e contribuire al miglioramento della qualità delle cure e alla loro valutazione, oltretutto adattare la qualità delle cure in relazione al progresso tecnico-scientifico.

4. I principi

La legge del 24 aprile 1996 ha istituito una procedura di accreditamento ispirata a quelle realizzate già da molti decenni nei paesi nord-americani (6).

Nel corso degli anni, il lavoro di diversi organi ed istituzioni incaricati di sviluppare l'area qualità ha condotto alla definizione di taluni concetti in merito alla qualità, comunemente accettati sul piano internazionale, e divenuti il punto di riferimento in alcuni Paesi per l'avvio del procedimento di accreditamento della qualità.

Pertanto, i legislatori francesi, basandosi molto sull'esperienza statunitense (lunga di settant'anni) e su quella canadese (di oltre 30 anni) (7), individuano nell'accREDITAMENTO un processo indispensabile per la sopravvivenza delle aziende sanitarie per ragioni che vanno oltre la considerazione dell'aspetto economico e il monitoraggio dell'impiego di risorse provenienti dalla collettività; l'evoluzione tecnologica della scienza medica, l'esigenza di sicurezza e la complessità di tali organizzazioni (8) rende necessario il ricorso a strumenti in grado di assicurare maggiore trasparenza.

L'ordonnance dell'aprile 1996 dà una definizione di accREDITAMENTO conforme ai concetti comunemente utilizzati sul piano internazionale; pertanto, l'accREDITAMENTO è definito

come una «procedura esterna all'azienda, realizzata da esperti indipendenti per il raggiungimento di determinati fini, e finalizzata alla valutazione della qualità dell'azienda con l'aiuto di indicatori, di altri strumenti, e nel rispetto delle disposizioni di un quadro di riferimento normativo» (9).

Pur avendo il carattere della volontarietà, nel senso che ogni azienda interessata deve farne richiesta, la procedura di accreditamento è resa obbligatoria dalla legge per tutte le aziende ospedaliere entro cinque anni dalla data di emanazione della legge nazionale. In caso contrario, l'*Agence Régionale de l'Hospitalisation* (ARH) è incaricata di imporre l'avvio dell'accREDITAMENTO agli ospedali in difetto. È evidente come, in questo caso, si realizzi un'incoerenza rispetto al principio di volontarietà, che il testo di legge comunque evoca.

L'accREDITAMENTO, così come previsto all'articolo 710-5 del *Code de la santé publique*, è allo stesso tempo, parziale e globale: può avere per oggetto servizi, attività o reti di servizi/attività, inoltre è riferito all'ospedale nel suo complesso. Ad ogni modo, la valutazione finale che scaturisce dalla procedura di accREDITAMENTO è da riferirsi alla struttura ospedaliera, per cui quello che viene di fatto realizzato è un accREDITAMENTO globale e non del singolo servizio.

Il testo di legge non prevede la valutazione dei risultati, ma dispone solo circa le procedure di erogazione delle prestazioni; questa potrebbe essere una scelta del legislatore realizzata al fine di evitare il verificarsi di situazioni bieche, consistenti nell'accREDITARE un ospedale avente procedure perfette, ma risultati contestabili.

Il manuale di accREDITAMENTO recentemente predisposto dall'ANAES (si vedano i contenuti sintetici nella tabella 1) costituisce il documento intorno al quale la procedura di accREDITA-

mento è imperniata. Si tratta, quindi, di un processo avente per oggetto tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private, le reti di cura e i raggruppamenti di professionisti medici, e finalizzato ad assicurare che la sicurezza e la qualità delle cure siano rispettate.

Gli obiettivi possono essere ricondotti ai seguenti:

— valutazione della qualità e della sicurezza delle cure erogate;

— valutazione della capacità della struttura al miglioramento continuo della qualità delle cure e dell'ospedalizzazione nel suo complesso;

— formulazione di esplicite raccomandazioni;

— coinvolgimento delle diverse figure professionali a tutti gli stadi del processo di misurazione, valutazione, miglioramento della qualità;

— riconoscimento esterno della qualità del processo terapeutico nelle aziende ospedaliere;

— miglioramento continuo del rapporto fiduciario tra struttura sanitaria e collettività.

La procedura ha per oggetto le attività delle aziende sanitarie (*établissements de santé*) che partecipano in maniera diretta e indiretta al tratta-

mento del paziente (es.: settori logistica, tecnico...); restano escluse dal campo di applicazione della procedura tutte le attività di insegnamento e di ricerca (si tratta di un espresso riferimento agli ospedali universitari). La caratteristica dell'indipendenza dell'accREDITAMENTO fa sì che esso si distingua dal processo di pianificazione territoriale, dalle procedure di autorizzazione (all'apertura di nuovi posti letto, ad effettuare trapianti, alla cardiocirurgia...), dal processo di assegnazione delle risorse, dal procedimento di ispezione e verifica di conformità (che ha specifici obiettivi, metodologie di lavoro e attori specializzati coinvolti), dalla valutazione delle capacità e delle prestazioni individuali. Ciò non impedisce comunque, che le informazioni che scaturiscono da tale processo di valutazione non possano essere utilmente impiegate a livello decisionale.

I principi posti a fondamento dell'accREDITAMENTO sono individuabili in:

— centralità del paziente; l'accREDITAMENTO si interessa in primo luogo al percorso diagnostico del paziente e al coordinamento delle cure all'interno della struttura e nella rete sanitaria,

Tabella 1 - Struttura del Manuale di accREDITAMENTO

MANUALE DI ACCREDITAMENTO	
1. MISSIONE E OBIETTIVI	(Area di intervento, fondamenti e principi, limiti di applicazione, possibilità di sviluppo)
2. PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO	(Principi generali, fasi della procedura)
3. METODO DI ELABORAZIONE E CARATTERISTICHE DELLE NORME DI RIFERIMENTO	(Norme e linee guida di riferimento, scala di ponderazione e scala di valutazione)
4. NORME E LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO	(Presenza in cura del paziente, gestione e logistica, qualità e prevenzione)
5. GLOSSARIO	
6. BIBLIOGRAFIA	

per tanto viene preso in considerazione sia il livello di soddisfazione del paziente che di altri soggetti che vengono a contatto con la struttura (familiari, medico di medicina generale...);

— miglioramento della sicurezza delle prestazioni erogate; si tratta di una delle dimensioni fondamentali della qualità delle cure, di particolare importanza per il paziente. La prevenzione dei rischi è subordinata al rispetto di diversi elementi tra cui la regolamentazione in materia di sicurezza, le buone pratiche professionali, la realizzazione di un sistema di valutazione e di miglioramento sulla base del censimento dei rischi, la realizzazione di azioni di prevenzione;

— miglioramento continuo della qualità; subordinato all'esistenza di un sistema condiviso di gestione della qualità, può essere ottenuto grazie al miglioramento continuo dei processi, alla riduzione delle disfunzioni e degli sprechi...;

— coinvolgimento dei professionisti; la partecipazione delle diverse professionalità a ciascuna fase della procedura di accreditamento è fondamentale per l'accettazione della nuova cultura e la realizzazione di una condivisione delle soluzioni adottate. Al riguardo l'ANAES si occupa anche di intrattenere una regolare comunicazione esplicativa e informativa con i professionisti;

— continuità; l'ottenimento di risultati è subordinato ad un impegno da parte della struttura nel medio-lungo periodo. L'accreditamento è un processo ciclico dove l'autovalutazione e la visita di verifica consentono di identificare le criticità oggetto dei programmi d'azione condotti fino alla successiva procedura di accreditamento;

— oggettività; la procedura di accreditamento aiuta le aziende sanitarie a realizzare una diagnosi della propria situazione secondo criteri stabiliti e

misurabili, definiti dall'ANAES di concerto con i professionisti;

— valutazione e miglioramento continuo della metodologia di accreditamento; i principi di valutazione e di miglioramento continuo per lo sviluppo e la gestione delle aziende si applicano anche alla stessa procedura di accreditamento. L'ANAES si impegna infatti, a sviluppare un sistema informativo che permetta di misurare l'efficacia, il costo, le difficoltà e le eventuali disfunzioni della procedura. Quindi, l'accreditamento viene adattato e migliorato sulla base dei risultati delle sperimentazioni e delle osservazioni ricevute dagli attori interessati.

5. Gli attori coinvolti. L'ANAES. Gli ospedali. Il gruppo di verifica. Il personale medico-infermieristico. Il responsabile per l'accreditamento. L'ARH

La procedura di accreditamento, in quanto finalizzata a verificare che gli ospedali e le cliniche raggiungano determinati livelli di qualità, perduranti nel tempo, coinvolge in maniera attiva il personale interno all'azienda, sia esso medico che infermieristico, la direzione aziendale, così come altri attori esterni. Tra questi, un ruolo di primaria importanza viene assegnato alla già citata ANAES (*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*), ma l'ARH e il gruppo di verifica delle condizioni «di qualità» giocano ugualmente un ruolo attivo nel lungo processo di accreditamento. Infine, non di secondaria importanza, l'utenza: la collettività, infatti, rappresenta l'entità a beneficio e tutela della quale la procedura di accreditamento viene posta in essere.

L'ANAES è una struttura dotata di personalità giuridica pubblica, al fine di rispondere alla doppia esigenza di autonomia e di controllo di un'istanza

la cui principale caratteristica deve essere l'indipendenza, a garanzia della credibilità delle procedure realizzate.

I compiti principali assegnati all'Agenzia rispondono a:

— un obiettivo di valutazione delle cure e delle pratiche professionali per gli ospedali e i medici di base, in linea con i lavori fino ad allora svolti dall'ANDEM;

— un obiettivo di accreditamento degli ospedali pubblici e privati.

L'Agenzia, quindi, fornisce assistenza alle aziende sanitarie nella predisposizione delle cosiddette *bonnes pratiques*, del quadro di riferimento medico, della nomenclatura delle prestazioni, dei fornitori necessari per intraprendere il processo di valutazione, oltretutto nella formazione alla procedura di valutazione.

Inoltre, in maniera più generale, l'Agenzia elabora e convalida il quadro di riferimento per l'accreditamento (linee guida, norme...), individua le procedure, assicura la coerenza e la validità delle metodologie, seppur una parte dell'iniziativa resta demandata al livello locale.

Tale duplice missione — di guida generale alla procedura, e di supporto alle aziende — assegnata ad un solo organismo ha suscitato alcune riserve da parte dei professionisti, e ha condotto talvolta ad una possibile confusione tra valutazione e accreditamento, quest'ultima in quanto procedura esterna di valutazione.

Per perseguire gli obiettivi sopra esposti l'ANAES si avvale di una rete di esperti (10) nazionale e locale, scelti tra professionisti ed esperti dell'area medica, para-medica e amministrativa, nominati dal direttore dell'Agenzia.

Il consiglio di amministrazione dell'Agenzia è costituito da 32 persone che restano in carica per quattro anni, rinnovabile una sola volta, tra i quali sono rappresentati ministeriali e del-

le casse di previdenza. Ad ogni modo, la metà dei componenti il consiglio è costituito da professionisti medici.

Il consiglio di amministrazione è assistito da un comitato scientifico e da un comitato d'accreditamento. Il Direttore generale viene nominato dal Ministro della sanità e resta in carica per cinque anni.

Il comitato scientifico (37 componenti) vigila sulla coerenza scientifica delle procedure e delle scelte dell'Agencia ed è costituito dalla sezione valutazione e dalla sezione accreditamento (le sezioni hanno ciascuna 18 membri, designati per tre anni dal Ministro della sanità e rinnovabili una sola volta). Il suo presidente, nominato al di fuori dei componenti dal Ministro, resta in carica per il triennio.

Il comitato di accreditamento, costituito di 11 membri, nominati dal ministro su proposta del comitato scientifico, redige una relazione annuale d'attività, resa pubblica, e relativa ai seguenti temi: il numero di aziende sanitarie, di servizi, di attività in corso di accreditamento, e già esaminati, l'evoluzione della qualità e della sicurezza delle cure nelle aziende ospedaliere.

L'attività dell'ANAES è finanziata in parte dal Ministero e dalle assicurazioni sanitarie, e in parte dalle stesse strutture sanitarie conformemente alle disposizioni dell'art. 791-9 (visite di accreditamento...). Le risorse messe a disposizione per il 1998 sono state pari a 119,390 milioni di franchi (di cui 74,6 milioni di franchi a titolo di finanziamento dall'amministrazione centrale) contro gli 86 milioni di franchi del 1997 e i 30 milioni di franchi a disposizione dell'ANDEM negli anni precedenti. Il costo della procedura di accreditamento per una struttura è stimato attestarsi tra gli 80.000 e i 115.000 franchi, secondo la dimensione dell'azienda.

Il successivo decreto 97-311 del 7 aprile 1997, modificato dal decreto 98-225 del 27 marzo 1998, ha definito l'organizzazione e il funzionamento dell'ANAES ed ha individuato, nella terza sezione, le procedure di accreditamento e di valutazione: pertanto, i documenti di analisi (metodi, indicatori, linee guida, criteri...), la richiesta di avvio della procedura, l'autovalutazione, le visite di controllo, le relazioni degli esperti, le procedure di ricorso, la pubblicità, i rapporti con l'ARH.

Il ruolo dell'ANAES è quindi centrale nella realizzazione dell'accREDITamento, e altrettanto importante è quello dell'ARH. L'*Agence Régionale de l'Hospitalisation*, infatti, oltre ad intraprendere attività di modo tale che la procedura sia rispettata, è anche la destinataria del rapporto di accREDITamento relativo a tutte le strutture pubbliche e private presenti nella regione. Pertanto, le implicazioni sul sistema informativo dell'ARH, da un punto di vista della pianificazione dell'erogazione delle cure e dell'attribuzione delle risorse, è rilevante: le agenzie regionali dispongono di ulteriori informazioni per lo sviluppo della collaborazione tra strutture pubbliche e private, e per dare corso a strategie volte alla realizzazione di eventuali poli di eccellenza.

Le diverse professionalità mediche, infermieristiche e amministrative sono poi interessate dall'accREDITamento in maniera continuativa e lungo tutto il processo di erogazione delle prestazioni. Tale personale infatti è costantemente impegnato nella realizzazione di un'attività sanitaria o nella somministrazione di una terapia, o ancora nella gestione delle relazioni con un dato fornitore. Per cui è il solo a poter individuare possibilità di miglioramento della qualità del servizio. Va da sé che occorre diffondere una cultura aziendale fondata sulla comunicazione tra quanti attengono all'area ammi-

nistrativa e quanti a quella medico-professionale, di modo tale da evitare duplicazioni di rilevazioni, e di compromettere l'obiettivo del processo di accREDITamento. Alcune strutture che avevano già intrapreso tentativi di miglioramento della qualità hanno affrontato, in taluni servizi, la formazione del personale all'obiettivo di qualità, ma in ogni caso, il cambiamento culturale resta l'obiettivo più difficile da raggiungere, soprattutto in ragione della difficoltà, al momento iniziale della sperimentazione, di comprendere con evidenza i risultati e le conseguenze della procedura di accREDITamento.

6. La procedura di accREDITamento

A partire dal maggio 1998, sono state intraprese delle sperimentazioni in tre aziende volontarie, le quali hanno permesso di migliorare l'elaborazione della procedura di accREDITamento, soprattutto negli aspetti riguardanti le infezioni nosocomiali, il percorso del paziente, le risorse umane. Il 1998 ha quindi costituito l'anno di elaborazione e di avvio della procedura di accREDITamento nelle aziende sanitarie francesi; la procedura di accREDITamento riguarda all'inizio 3700 aziende sanitarie secondo il piano seguente:

- 40 aziende nel 1998 per sperimentazione della procedura;
- da 200 a 500 aziende nel 1999;
- da 500 a 700 aziende per anno in futuro.

Se si osserva che l'accREDITamento non è assimilabile a un atto giuridico poiché esso non comporta effetti giuridici diretti, e che la relazione degli esperti validata dalla commissione di accREDITamento non è una decisione, ma un insieme di raccomandazioni, questo processo non può comunque essere dissociato dalle procedure intraprese dalla riforma ospedaliera.

L'accreditamento, al di là di uno strumento di trasparenza e di valutazione della qualità, può essere anche visto come uno strumento di riorganizzazione. La federazione nazionale dei centri di lotta contro il cancro ha compreso questa possibilità e ha realizzato un manuale d'accreditamento in cancerologia, destinato ai venti centri regionali.

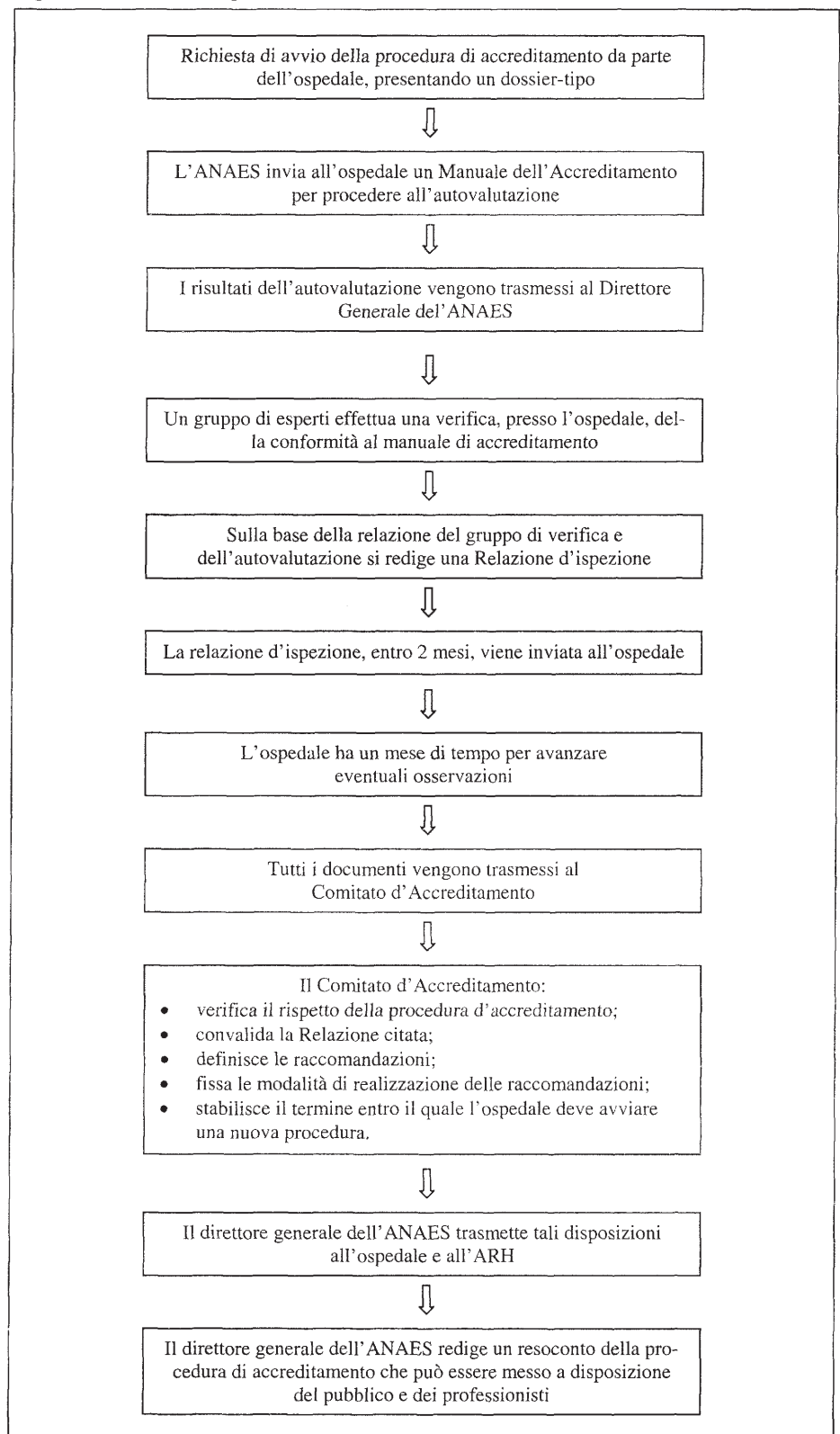
Seppure non riportato nella riforma, la certificazione è un riconoscimento della conformità del sistema di assicurazione della qualità di un'azienda o di un prodotto a un modello normato/disciplinato (norme ISO 9000). La certificazione non è scindibile dalle procedure di valutazione e di accreditamento, applicandosi preferibilmente al settore dei servizi logistici, medico-terapeutici, alberghieri. Una classificazione circa queste diverse procedure e i loro effetti sarà di certo necessaria nel medio periodo, dal momento in cui certi organismi, come il Comitato francese di accreditamento (COFRAC), rivendicano la legittimità dell'accreditamento, riducendo l'ANAES al rango di «certificatore regolamentare».

La procedura di accreditamento (si veda la figura 2) è particolarmente centrata sulla redazione della relazione risultante dalle visite ispettive; si tratta di un documento che è costituito per una parte dalle risultanze delle verifiche periodiche e per un'altra dalle raccomandazioni che da esse sono emerse, nello specifico nei settori:

- della sicurezza delle persone e dei locali (tra cui incendi e igiene);
- della sicurezza alimentare, compresa l'acqua;
- altri controlli di conformità (es.: conformità tecnica...).

Tale rapporto poi potrà essere completato da altre informazioni raccolte in un quadro regolamentare, non sistematicamente, o per iniziativa dell'azienda, e relative a fatti suscettibili di

Figura 2 - Schema di un processo di accreditamento (fonte: ANAES)



mettere in gioco gravemente la sicurezza dei pazienti, nei campi della farmacia, della sterilizzazione, della sicurezza anestetica, dell'aria e dei fluidi, della raccolta e smaltimento dei rifiuti ospedalieri.

La procedura richiede un impegno reciproco degli attori; la fiducia è il «valore» alla base del procedimento che coinvolge fin dall'inizio le professionalità interne, poi gli esperti-ispettori, e infine i membri del Comitato d'accreditamento. La mancanza di rispetto delle regole fiduciarie potrebbe indurre l'ANAES a sospendere la procedura di accreditamento. Tale rapporto fiduciario trova espressione nella:

— trasparenza, vale a dire veridicità delle informazioni comunicate e accessibilità alle informazioni e alla base-dati;

— comunicazione reciproca circa l'evoluzione della procedura.

La domanda di accreditamento, corredata da una documentazione recante la situazione dell'azienda circa gli aspetti oggetto di controllo, verrà inviata all'ANAES e dalla stessa esaminata. In seguito, l'ANAES propone un «contratto» d'accreditamento, il quale, oltre a richiamare i principi e le norme della procedura, reca una proposta di calendario (autovalutazione e visite di controllo), della durata delle visite, del costo dell'accreditamento posto a carico dell'azienda (11).

L'autovalutazione è la fase prioritaria della procedura di accreditamento in occasione della quale l'azienda effettua la valutazione della sua *performance*, con riferimento a linee guida elaborate da professionisti del settore sanitario e grazie alla partecipazione di tutti gli attori interni. Tale fase consente di raccogliere informazioni circa l'insieme delle attività della struttura.

Nel corso della visita di accreditamento gli esperti (12) che vi partecipa-

no evidenziano i punti di forza dell'azienda e contribuiscono all'individuazione delle aree critiche da migliorare.

Per facilitare il ruolo degli esperti controllori, l'azienda preparerà, in occasione della prima visita, l'insieme della documentazione (supporti informativi) disponibile. Le consultazioni dei documenti da parte degli esperti sono coperte da segreto professionale, e possono riguardare anche dati clinici.

La visita di controllo ha quale obiettivo quello di valutare, congiuntamente all'azienda, la dinamica del miglioramento continuo della qualità, basandosi sui risultati del processo di autovalutazione. Il rapporto sulla visita di controllo, pertanto, rende conto della qualità e della sicurezza del processo terapeutico e dell'insieme delle prestazioni erogate, e altresì dell'incidenza dell'organizzazione interna sulla qualità e la sicurezza delle cure. Tale rapporto viene esaminato dal Comitato di accreditamento il quale può richiedere un'ulteriore visita.

Il rapporto finale di accreditamento è dunque una valutazione personalizzata, formulata per ogni azienda che abbia soddisfatto la procedura di accreditamento.

La conclusione del rapporto di accreditamento conduce alla valutazione, nel senso di classamento, delle *performance* dell'azienda. Tale classificazione, riassunta nella tabella 2, consente di definire per ciascuno dei livelli di accreditamento (senza riserva, con osservazioni, ...) le successive modalità procedurali e i tempi con cui si svolgeranno i prossimi controlli.

I documenti finali della procedura, quindi, sono:

— il rapporto di accreditamento, trasmesso dal direttore generale dell'ANAES all'ospedale e al direttore dell'ARH di competenza;

— il rendiconto dell'accreditamento, inviato dal direttore generale dell'ANES all'ospedale.

7. Un esempio delle linee guida: la presa in carico del paziente

Nel box viene riportata un'esemplificazione circa le linee guida contenute nel manuale di accreditamento. Il caso riportato, sviluppato presso l'Ospedale Arneau de Villeneuve, riguarda l'area dei diritti e dell'informazione al paziente, in relazione alla quale vengono individuati diversi obiettivi e criteri per il monitoraggio.

Tabella 2 - I livelli di accreditamento

Livello di accreditamento...	Attori impegnati nelle successive fasi...	Tempo intercorrente tra due procedure
1. Senza riserve	<i>L'établissement</i>	Alla scadenza del termine previsto tra due procedure
2. Con osservazioni	<i>L'établissement</i> con una relazione sull'esito delle raccomandazioni, da produrre prima della successiva procedura di valutazione	Alla scadenza del termine previsto tra due procedure
3. Con riserve	<i>L'établissement</i> e l'ANAES con relazione circa l'esito delle raccomandazioni, trasmessa all'ANAES a scadenze determinate	Scadenza ridotta, secondo le riserve
4. Con gravi riserve	<i>L'établissement</i> e l'ANAES secondo un calendario delle procedure	Visite di controllo mirate, a scadenza fissata dal Comitato, e sui punti specifici raccomandati

Box 1 - Diritti e informazioni del paziente (DIP)● *Introduzione*

L'azienda assicura che ogni paziente possa esercitare i suoi diritti e s'impegna, pertanto, a mettere a disposizione gli strumenti a tal fine utili. I diritti dei pazienti concernono essenzialmente l'accesso alle cure, la libertà di scelta, e il rispetto della dignità. L'informazione costituisce un aspetto scientifico comunque connesso a tali diritti.

● *Obiettivi*

DIP 1

I diritti e l'informazione del paziente costituiscono le priorità della struttura ospedaliera.

DIP 2

L'ospedale assicura a tutti l'accesso alle cure.

DIP 3

Il paziente riceve un'informazione trasparente, comprensibile e chiara sulle condizioni di permanenza.

DIP 4

Il paziente riceve un'informazione trasparente, comprensibile e chiara sulle sue terapie e stato di salute.

DIP 5

Il consenso del paziente e/o dei suoi familiari viene domandato ogni qualvolta richiesto dalle cure prestate.

DIP 6

Il rispetto della *privacy* e della dignità del paziente, nonché della sua libertà, è garantito nel corso della durata del soggiorno o di della sua consultazione.

DIP 7

Al paziente viene garantito il rispetto della riservatezza delle informazioni personali, mediche e sociali e della vita privata.

DIP 8

I reclami e suggerimenti del paziente sono oggetto di specifica gestione.

DIP 9

L'ospedale valuta il grado di considerazione dei diritti del paziente, compreso il diritto all'informazione.

● *Linee guida e criteri*

DIP - OBIETTIVO 1

I diritti e l'informazione del paziente costituiscono le priorità della struttura ospedaliera

DIP 1.a. L'ospedale ha adottato i principi enunciati nella carta del paziente ospedalizzato come direttrice di sviluppo del suo progetto qualità.

DIP 1.b. La direzione, la Commissione sanitaria o il responsabile del servizio infermieristico, sviluppano una politica fondata sui principi della carta del paziente ospedalizzato.

DIP 1.c. La Carta viene portata a conoscenza dei professionisti e il documento è reso disponibile in tutti i settori di attività.

DIP 1.d. I professionisti vengono formati e sensibilizzati alla questione del rispetto dei diritti del paziente.

L'ospedale potrebbe aver individuato altre risposte per raggiungere l'obiettivo; nel caso deve darne evidenza.

DIP - OBIETTIVO 2

L'ospedale assicura a tutti l'accesso alle cure

DIP 2.a. In caso di urgenza, l'ospedale accoglie tutte le persone senza distinzione alcuna e qualunque sia la sua forma di assicurazione sociale.

DIP 2.b. L'ospedale si assicura di poter rispondere ai bisogni dei pazienti accolti e, in caso contrario, prevede una modalità adeguata di presa in carico, tra cui anche il trasferimento verso una struttura idonea.

DIP 2.c. L'ospedale dispone di strutture e supporti che permettano l'accesso e l'accoglimento di persone handicappate.

L'ospedale potrebbe aver individuato altre risposte per raggiungere l'obiettivo; nel caso deve darne evidenza.

Adottato dal Manuale di Accreditamento.

Critica all'accreditamento estero: rischio di appiattimento...

8. Conclusioni

La procedura di accreditamento seppur costituisca una novità nel settore sanitario, ha trovato già ampia sperimentazione tra le imprese: secondo taluni studiosi tale esperienza potrebbe consentire di beneficiare di determinate conoscenze accumulate e di accelerare i tempi per l'avvio del processo. Risulta però molto difficoltoso realizzare un parallelismo con quanto già accaduto nelle imprese, poiché ci si domanda se la struttura ospedaliera, nella sua attuale configurazione, possa essere in grado di integrare i cambiamenti che la gestione della qualità comporta senza per questo mettere a rischio il suo obiettivo di cura.

Inoltre, la progettazione e la realizzazione di un sistema qualità non dovrebbe ignorare gli strumenti già esistenti per la misurazione e la valutazione della qualità, di modo tale da evitare la perdita irreparabile della memoria storica e della cultura dell'azienda sanitaria.

Allo stato attuale, e nell'esperienza analizzata, non è stato creato alcun legame tra la procedura di accreditamento e le procedure di autorizzazione e di pianificazione già sottoposte a controllo, né con le logiche di finanziamento. Quest'aspetto potrebbe costituire un'area critica per le aziende ospedaliere, le quali saranno comunque chiamate a confrontarsi con la pubblicazione della propria posizione nel sistema di accreditamento. L'evidenza del giudizio di accreditamento potrà provocare effetti sull'utenza, sui medici di base e specialisti che indirizzano i pazienti verso la struttura, sulla motivazione e sul reclutamento del personale ospedaliero medico e non, sulla possibilità di contenzioso con i pazienti. La conoscenza del grado di

accreditamento della struttura potrebbe avere effetti imprevedibili sull'orientamento della domanda; le esperienze dei Paesi nordamericani mostrano, infatti, che talvolta il diverso orientamento dei pazienti ha ridimensionato o costretto alla chiusura taluni ospedali. Accanto a tali casi, però, se ne individuano altri nei quali la posizione nella scala di accreditamento non ha avuto particolari effetti sul mix della domanda: spesso, infatti, i pazienti si rivolgono ad una struttura piuttosto che ad un'altra basando la scelta sulla presenza di un determinato professionista, non ritenendo opportuno considerare molti altri aspetti riguardanti la struttura nel suo complesso.

La considerazione dell'effetto annuncio della posizione di accreditamento potrebbe avere particolare rilevanza nell'attività dell'*Agence Régionale pour l'Hospitalisation*, la quale si occupa della pianificazione sanitaria sul territorio regionale, orientando la domanda e gestendo l'attrattività delle diverse strutture ospedaliere.

Seppure l'articolazione delle disposizioni normative circa l'accreditamento lasciano spazio a molte considerazioni riguardo i risvolti gestionali, nell'operatività quotidiana la realizzazione di procedure interne per il controllo della qualità, a supporto dell'autovalutazione, trovano ancora scarso sviluppo. Così come risulta essere piuttosto ridotto il coinvolgimento delle varie professionalità interessate. Gli uffici qualità all'interno degli ospedali sono i principali attori di tale processo, poiché stanno operando nella direzione di realizzare un coordinamento tra i diversi documenti che allo stato attuale costituiscono il sistema informativo, e di individuare le esigenze informative ulteriori. Il coinvolgimento, la cooperazione e la responsabilizzazione delle varie figure professionali intorno all'obiettivo

di «qualità» rappresenta ancora un obiettivo da raggiungere nei prossimi anni.

(1) Si veda G. Farneti, 1995, p. 208.

(2) Si legga P. Giraud, R.J. Launois, 1995.

(3) Il *Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information* (PMSI) è stato generalizzato e reso obbligatorio a partire dal 1989. Successivamente questo programma è stato esteso alle strutture private per mezzo della circolare del 22 agosto 1995 rivolta ai Prefetti di Regione (*Direction Régionale des Affaires Socio-Sanitaires*) e ai Prefetti di dipartimento (*Direction Départementale des Affaires Socio-Sanitaires*). Sull'argomento si leggano: Joelle Dubois-Lefrère, Elias Coca, 1992; Jean-Marie Clément, 1993, Paris; G. de Pourville, A. Jeunemaitre, 1988; M. Naiditch, 1990.

(4) Le riforme che si sono succedute negli ultimi anni per regolamentare il settore sanitario, e la creazione, nel 1996, delle Agenzie regionali ospedaliere (ARH) costituisce un tentativo di territorializzazione della gestione dei servizi sanitari, al riguardo si legga François-Xavier Schweyer, 1998.

(5) Cfr. Jean-Michel Budet, Françoise Blondel, 1998.

(6) Si legga al riguardo C. Segouin, 1998.

(7) L'analisi dei manuali di accreditamento di altri paesi (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé, The Australian Council on Healthcare Standards, King's Fund, CASPE Research*) e di documenti elaborati in Francia (*Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, Hôpital de Nemours, ...*) ha consentito di redigere un primo piano di accreditamento.

(8) Cfr. M.A. Abernethy, J.U. Stoelwinder, 1995.

(9) «L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de la prise en charge du patient sont réunies». Tale è la definizione di accreditamento che il manuale fornisce al cap. 1.

(10) L'ANAES ha reclutato il personale esperto attraverso la diffusione di un invito alla candidatura pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 28 e 29 aprile 1998. Inoltre, basandosi sui risultati emersi da un'indagine realizzata tra 275 strutture sanitarie sui diritti e bisogni del paziente, l'organizzazione generale e la gestione,

le cure e il coordinamento terapeutico, l'ambiente di cura e dell'azienda, l'Agenzia ha proposto di misurare la risposta ai bisogni e alle attese del paziente (utilità, *comfort*, efficienza, informazione, qualità del servizio) prima di focalizzarsi sul supporto di norme tecniche e regolamentari proprie di ciascuna attività.

(11) Per i servizi ricevuti in merito alla procedura di accreditamento, le aziende dovranno effettuare un versamento all'ANAES, come stabilito dalle disposizioni legislative. Tale somma inoltre, integra:

i costi di gestione e l'organizzazione delle visite di controllo,

il costo della formazione degli esperti-controllori,

le spese di trasporto e soggiorno,

il costo relativo alla stampa, la conservazione, la diffusione dei documenti necessari e redatti dalla procedura,

i costi di funzionamento del Comitato d'accreditamento.

(12) Regole di incompatibilità degli esperti, i quali non possono operare:

nella regione in cui esercitano la propria funzione principale;

nelle aziende nelle quali hanno operato nei 5 anni precedenti;

nelle aziende nelle quali hanno svolto la propria missione, almeno nei 3 anni successivi.

BIBLIOGRAFIA

- ABERNETHY M.A., STOELWINDER J.U. (1995), *The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations*, Accounting Organizations and Society, vol. 20, n. 1.
- ANAES (1999), *Manuel de l'Accréditation*.
- BUDET J.M., BLONDEL F. (1998), *La réforme de l'hospitalisation publique et privée*, Berger-Levrault, Paris.
- CLÉMENT J.M. (1993), *Lire la nouvelle loi hospitalière*, Berger-Levrault, Paris.
- DE POUVILLE J., JEUNEMAITRE A. (1988), *La naissance d'un instrument de gestion hospitalière: le groupe homogène de malades*, Centre de Recherche en gestion, Ecole Polytechnique, janvier.
- DUBOIS-LEFRÈRE J., COCA E. (1992), *Maitriser l'évolution des dépenses hospitalières: le PMSI*, Berger-Levrault, Paris.
- FARNETI G. (1995), *Introduzione all'economia dell'azienda pubblica*, Giappichelli, Torino.
- GIRAUD P., LAUNOIS R.J. (1995), *Les réseaux de soins, médecine de demain*, Economica Ed., Paris.

NAIDITCH M. (1990), *Au-delà des DRG: les méthodes de classification des malades: objectifs, méthodes et résultats*, Sciences Sociales et Santé, vol. VIII, n. 2, juin.

SCHWEYER F.X. (1998), *La régulation régionale du système hospitalier: pilotage par l'état ou territorialisation?*, Revue Politique et Management Public, vol. 16, n. 3, septembre.

SEGOUIN C. (COLLECTIF) (1998), *L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française*, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Doin Editeurs.

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 piè 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: (Volpato, 1990); indicazione: VOLPATO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

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

I testi

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

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

Devono essere inviati a:

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

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

Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

Il sistema sanitario italiano

Vittorio Mapelli

il Mulino
Bologna, 1999
pagg. 179, L. 20.000

(a cura di Claudio Jommi)

Contemporaneamente all'approvazione del decreto legislativo 229 di Riforma del Servizio sanitario nazionale e ad un anno circa dall'approvazione, con D.P.R. del 23 luglio 1998 del Piano sanitario nazionale 1998-2000, viene pubblicato un saggio di Vittorio Mapelli, noto economista sanitario, sul sistema sanitario italiano.

Tale saggio fornisce una lettura, descrittiva ed interpretativa (di carattere qualitativo e quantitativo), della storia e dell'attuale assetto del nostro sistema sanitario, con la metodologia e gli strumenti di analisi propri di un economista sanitario.

Il testo si apre con un capitolo, mutuato dai classici testi di economia sanitaria, sulle determinanti della salute di una popolazione ed una focalizzazione sulle relazioni biunivoche tra stato di sviluppo e spesa sanitaria.

Successivamente vengono analizzate le caratteristiche del sistema sanitario, con la sequenza tematica tipica dei testi di economia sanitaria:

— le determinanti della domanda di salute e di servizi sanitari: oltre ad un'analisi del processo di formazione della domanda, vengono riportati i dati relativi ai principali fattori determinanti ed indicatori dello stato di salute della popolazione;

— l'offerta di servizi sanitari: viene fornito un quadro esaustivo e sintetico sull'attuale assetto dell'offerta nel nostro sistema sanitario, con riferimento alle strutture di offerta sia del SSN (pubbliche e private accreditate) sia del settore privato;

— la spesa sanitaria: vengono illustrati l'evoluzione delle voci di spesa, secondo le usuali classificazioni funzionali (per funzioni sanitarie) ed economiche (per fattori della produzione), le cause di incremento della spesa e le politiche di *cost-containment* adottate nel nostro paese;

— il finanziamento del sistema sanitario: in particolare vengono analizzate le fonti di finanziamento (sottolineando la peculiarità del SSN di aver fatto maggiormente ricorso, a differenza degli altri sistemi a servizio sanitario nazionale, ai contributi sanitari rispetto alla fiscalità generale) e la funzione redistributiva del finanziamento in un sistema a Servizio sanitario nazionale;

— la collocazione dell'attuale assetto del nostro sistema sanitario e della sua evoluzione nel tempo [scandita dalle due riforme precedenti all'attuale «Riforma *ter*» (istituzione nel '78 del SSN e sua prima riforma con i decreti legislativi 502/92 e 517/93)], rispetto:

a) al binomio pubblico-privato, sotto il profilo del (i) finanziamento, con la conseguente distinzione tra sistemi privati, pubblici mutualistici e pubblici a servizio sanitario nazionale, e della (ii) proprietà delle strutture di offerta

b) ai rapporti tra sistema assicurativo e sistema produttivo (con la conseguente distinzione tra sistemi a rimborso diretto del paziente da parte delle assicurazioni; sistemi contrattuali, caratterizzati appunto da rapporti contrattuali tra assicurazioni ed erogatori di pre-

stazioni, e sistemi integrati, caratterizzati da un'integrazione organizzativa tra sistema assicurativo e di offerta).

Il testo si chiude con una valutazione delle prospettive del nostro sistema sanitario, valutate sulla base anche di una sintetica analisi comparata dei processi di riforma dei sistemi sanitari in altri paesi.

Il libro di Mapelli ha il grande pregio di fornire un quadro sintetico, chiaro ed onnicomprensivo (almeno nella prospettiva propria di un economista sanitario), delle principali caratteristiche del nostro sistema e di utilizzare un linguaggio «per non addetti ai lavori»: la lettura risulta quindi semplice sia per coloro che non hanno un «background» di tipo economico sia per coloro che non hanno una formazione di tipo medico. Il saggio ha quindi in primo luogo un'importante funzione informativa.

Oltre ad una semplice descrizione del sistema viene però anche effettuata una valutazione del livello di coerenza interna (ovvero della coerenza tra strumenti ed obiettivi perseguiti) e dei processi di riforma in atto: l'autore non si limita quindi ad una semplice descrizione del sistema, ma ne fornisce una sua lettura critica. Sotto questo profilo risulta efficace la continua collocazione del nostro sistema nel contesto dei processi di riforma presenti in altri paesi.

Sotto il profilo metodologico, lodevole (e non di facile realizzazione) è il tentativo di legare teoria economica e sua applicazione all'analisi di un sistema sanitario: il saggio di Mapelli rappresenta quindi una dimostrazione del possibile uso normativo (e quindi più immediatamente applicativo) della teoria economica.

Ciò che però manca nel saggio di Mapelli è l'analisi della dimensione «aziendale» del sistema sanitario, e, quindi, la lettura del sistema sanitario ed i suoi processi di riforma come sistema di (e processi di riforma che hanno intaccato le) aziende sanitarie e la relativa funzionalità. Vengono conseguentemente trascurati (o solo accennati) tutti i temi correlati a tale lettura: il nuovo *management*, i criteri di finanziamento «visti» come vincoli ed opportunità per le aziende sanitarie, il cambiamento organizzativo, i nuovi sistemi di rilevazione, l'introduzione di sistemi di programmazione e controllo, l'introduzione di strumenti di «marketing» nelle aziende sanitarie pubbliche. Se l'assenza (o la trascurabile presenza) di queste tematiche è in parte giustificata dalla matrice culturale dell'autore, sarebbe stato comunque apprezzabile, almeno nella sezione bibliografica, un cenno all'importanza degli studi aziendali (oltre che economici), in modo tale da fornire al lettore una completa panoramica della letteratura, ai fini di una visione completa del nostro sistema sanitario.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

CLEMENTE LANZETTI

**La qualità del servizio
in ospedale.
Una ricerca sull'esperienza
dei malati**

FrancoAngeli
Milano, 1999
pagg. 248, L. 28.000

Nel volume sono raccolti i risultati della ricerca svolta dall'Osservatorio Pastorale sulla Salute della Diocesi di Milano, promossa dalla Consulta per la Pastorale della Sanità. L'Osservatorio si è proposto di analizzare, nel 199-97 con un campione di 1121 intervistati, l'esperienza di malati all'interno di ospedali e le condizioni di vita nelle prime fasi post dimissione. Uno degli obiettivi della ricerca è stato quello di arrivare a proporre modelli di intervento nel campo sanitario che valorizzassero il collegamento dell'ospedale con la realtà del territorio, con una maggiore integrazione tra i servizi (sociali e sanitari) e il sistema di sostegno informale che si struttura intorno al malato, ad opera di famigliari, parenti, amici e volontari.

INDICE: PRESENTAZIONE - PREMessa (ACHILLE ARDIGÒ) - INTRODUZIONE (ERMINIO LONGHINI) - 1. ALCUNI CAMBIAMENTI IN TEMA DI SALUTE E LE RAGIONI DELLA RICERCA - 2. LA FASE CHE PRECEDE L'OSPEDALIZZAZIONE - 3. UMANIZZAZIONE DELLE CURE E PROFESSIONALITÀ - 4. PRESTAZIONI ALBERGHIERE E RISPOSTE ALLE RICHIESTE PERSONALI - 5. INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE DELL'UTENTE - 6. L'ATTIVITÀ SPIRITUALE IN OSPEDALE - 7. CONCLUSIONI: IL PROBLEMA DEL MODELLO CUI RIFERIRSI - NOTA METODOLOGICA - ALLEGATI.

I sistemi qualità sono entrati e continuano a diffondersi nella sfera dei servizi, tra i quali quelli sanitari e amministrativi. La qualità è diventata strumento di cambiamenti culturali e comportamentali che possono modificare significativamente la nostra vita sociale. Il testo si propone come guida per lo sviluppo del sistema di gestione della qualità, secondo la nota norma ISO 9001 e propone un modello basato sui processi di erogazione del servizio, permettendo di seguire le attività e i processi svolti, abbandonando la successione, per aree aziendali, dei requisiti della norma.

INDICE: PRESENTAZIONE (VITO D'INCOGNITO) - INTRODUZIONE - 1. L'APPROCCIO METODOLOGICO - 1. LA STRUTTURA DEL SISTEMA QUALITÀ - 2. ALCUNE CONSIDERAZIONI - 2. FATTORI DI BASE DEI SISTEMA QUALITÀ - 1. RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE - 2. STRUTTURA DEI SISTEMA QUALITÀ - 2.1. SISTEMA QUALITÀ - COSA CHIEDE LA NORMA - 3. PERSONALE E RISORSE MATERIALI - 4. INTERFACCIA CON IL CLIENTE - 3. ELEMENTI OPERATIVI DEI SISTEMA QUALITÀ - 1. RICERCA DI MERCATO - 2. PROCESSO DI PROGETTAZIONE - 3. PROCESSO DI EROGAZIONE DEI SERVIZIO - 4. ANALISI E MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO - APPENDICE A.

GIANCARLO BIZZARRI

**Il sistema qualità ISO 9000
per i laboratori clinici**

FrancoAngeli
Milano, 1999
pagg. 169, L. 28.000

G. AMATO, S. CASSESE,
G. TURCHETTI,
R. VARALDO
(a cura di)

Il governo della sanità

FrancoAngeli
Milano, 1999
pagg. 158, L. 25.000

La Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e la sua Associazione ex Allievi hanno promosso le conferenze annuali IRME (Innovazione e Regolazione dei Mercati), che costituiscono un momento di approfondimento sui temi centrali nella vita socio-economica del Paese che richiedono un approccio di tipo interdisciplinare. Il volume raccoglie gli atti della conferenza IRME99 che è stata dedicata al Governo della sanità, tema centrale nel dibattito politico economico sia in Italia che a livello internazionale.

INDICE: PREFAZIONE (RICCARDO VARALDO) - INTRODUZIONE (ALFONSO DESIATA) - RELAZIONE INTRODUTTIVA: STATO E MERCATO: LA SANITÀ (SABINO CASSESE) - IL FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ: I TEMI DEI DIBATTITO (NERINA DIRINDIN) - LE PROSPETTIVE EVOLUTIVE (GIUSEPPE TURCHETTI) - L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE: LE PROSPETTIVE EVOLUTIVE (PIERO MICOSI) - IL SISTEMA SANITARIO E L'INDUSTRIA BIOMEDICA: I TEMI DEL DIBATTITO (FABIO PAMMOLLI) - LE TRAIETTORIE EVOLUTIVE (STEFANO MICOSI) - L'EVOLUZIONE DELLA RICERCA BIOMEDICA NEI PROGRAMMI CONIUNITARI (UMBERTO BERTAZZONI) - TAVOLA ROTONDA: IL GOVERNO DELLA SANITÀ - COORDINATORE: GIULIANO AMATO - INTERVENTI DI: FEDERICO NAZZARI, FARMINDUSTRIA - GIANPIETRO LEONI, GLAXO WELLCOME - PLINIO PINNA PINTOR, FONDAZIONE ARTURO PINNA PINTOR - MARIO ORIO, ANL4 - LIONELLO COSENTINO, ASSESSORATO SANITÀ REGIONE LAZIO - ALDO PAGNI, EN. O.M.C.E.O. - GABRIELLA GIULIANO, AZIENDA OSPEDALIERA DI PISA - DANILO NEGGLIA, IFC-CNR - FIORELLA PADOA SCHIOPPA KOSTORIS, UNIVERSITÀ «LA SAPIENZA» DI ROMA E ISAE - ANDREA ZAMBON, ZAMBON GROUP - CARLO MAMBRETTI, ASSOBIOMEDICA - MARCO D'ALBERTI, AUTORITÀ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO - MARIO CONDORELLI, CONSIGLIO SUPERIORE DELLA SANITÀ - CARLO CASTELLANO, ESAOTE E CONFINDUSTRIA - GIOVANNI MANGHETTI, ISVAP - MARIDA BOLOGNESI, COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA DEI DEPUTATI - CONCLUSIONI (ROSY BINDI).

Il testo ha carattere prevalentemente divulgativo e si rivolge a professionisti e operatori sociali (assistenti sociali, psicologi, sociologi, educatori, insegnanti, medici...) a responsabili dei servizi pubblici e del privato sociale e a studenti che intendono acquisire, sistematizzare e approfondire le tematiche connesse alla stesura, gestione e valutazione dei progetti. Pur privilegiando gli aspetti metodologici, l'attenzione si incentra sulle diverse dimensioni del processo di progettazione e valutazione: tecnico-metodologica, cognitiva ed emotiva, organizzativa e interorganizzativa e sugli aspetti relazionali, negoziali e politici connessi a qualsiasi ipotesi di cambiamento sociale.

INDICE: INTRODUZIONE - 1. CARATTERISTICHE DELLA PROGETTAZIONE NEL SOCIALE - 2. APPROCCI E MODELLI DELLA PROGETTAZIONE - 3. LE PRIME TAPPE DI UN PROGETTO: L'IDEAZIONE E L'ATTIVAZIONE - 4. LA STESURA DI UN PROGETTO - 5. LA VALUTAZIONE DI UN PROGETTO D'INTERVENTO - 6. FARE VALUTAZIONE: ANALISI DI UN PROGETTO YOUTHSTART - 7. LE IMPLICAZIONI ORGANIZZATIVE DEL LAVORO PER PROGETTI E APPROCCI ALLA PROGRAMMAZIONE.

LILIANA LEONE
MIRETTA PREZZA

**Costruire e valutare
i progetti nel sociale**
Manuale operativo
per chi lavora su progetti
in campo sanitario, sociale,
educativo e culturale

FrancoAngeli
Milano, 1999
pagg. 255, L. 38.000

MICHELE LOJUDICE

**La gestione
del cambiamento in sanità**
Manuale teorico-pratico
di Project management
per operatori sanitari

Centro Scientifico Editore
Torino, 1999
pagg. 184, L. 45.000

Il libro nasce dall'esperienza del Corso di perfezionamento «Formazione manageriale per operatori sanitari» dell'istituto di Igiene G. Sanarelli dell'Università «La Sapienza» di Roma, il cui scopo è fornire elementi di management applicabili in campo sanitario, disegnando la figura di un professionista in grado di orientare la struttura di cui è responsabile, programmarne le attività, valutarne i risultati, gestirne il personale. L'intento è di rafforzare l'entusiasmo e sostenere l'attuazione dei progetti di quegli operatori sanitari che vogliono attuare dei cambiamenti all'interno delle strutture in cui si trovano ad agire allo scopo di migliorarne i servizi che esse forniscono.

INDICE: CAPITOLO 1. INTRODUZIONE - CAPITOLO 2. IL PROJECT MANAGEMENT E LA GESTIONE DELLA SANITÀ - CAPITOLO 3. L'IDEAZIONE DEL PROGETTO - CAPITOLO 4. LA PIANIFICAZIONE DEL PROGETTO - CAPITOLO 5. L'ESECUZIONE E IL CONTROLLO DEL PROGETTO - CAPITOLO 6. LA CONCLUSIONE E LA VALUTAZIONE DEL PROGETTO - CAPITOLO 7. ALCUNE CONSIDERAZIONI SPECIFICHE - CAPITOLO 8. SCHEDE DI APPROFONDIMENTO - CAPITOLO 9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI - CAPITOLO 10. BIBLIOGRAFIA RAGIONATA - CAPITOLO 12. APPENDICE.

Nel volume si affrontano con lucidità i problemi connessi ai tempi di attesa in sanità, descrivendone le principali criticità, ma soprattutto viene presentata in sintesi una delle poche esperienze con solide basi metodologiche presenti nel nostro paese. Il coinvolgimento partecipativo e progressivo nei gruppi dei medici specialisti, operatori di CUP e medici di medicina generale ha permesso di definire alcuni raggruppamenti di attesa omogenea (RAO) sulla base di priorità cliniche degli utenti che richiedevano la prenotazione di una specifica prestazione specialistica. Il modello si offre come strumento per migliorare l'uso delle prestazioni specialistiche e per facilitarne la prescrizione da parte del medico di medicina generale.

INDICE: PRESENTAZIONE (CARLO LIVA) - INTRODUZIONE - PARTE I. UTILIZZARE LA FORMA PER MODIFICARE LA SOSTANZA - 1. UNA NOTA SULLA FORMAZIONE - 2. GESTIONE DEL CAMBIAMENTO E DEL PERSONALE - PARTE II. UN NUOVO APPROCCIO ALLE RISORSE PUBBLICHE - 3. LA LOGICA DELLE PRIORITÀ - 4. RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEA (RAO) - PARTE III. SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO CLINICO-ORGANIZZATIVO PER MIGLIORARE I TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI - 5. TEORIA GENERALE DELLA SPERIMENTAZIONE - 6. IL SERVIZIO CENTRALIZZATO DI PRENOTAZIONE - 7. PRIMA PIANIFICAZIONE: SEGMENTARE L'OFFERTA TRAMITE ACCORDO FRA (MEDICI SPECIALISTI) E FILTRO DI PRENOTAZIONE (CUP O SIMILI) - 8. PRIMA AZIONE: LE ISTRUZIONI OPERATIVE. UN AVVICINAMENTO ALLE NORME ISO 9000 9. SECONDA AZIONE: VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA E DELLA RAGIONEVOLEZZA CLINICA 10. SECONDA PIANIFICAZIONE: L'ACCORDO FRA PRESCRITTORE, FILTRO COMUNICATIVO E PRODUTTORE - PARTE IV. IPOTESI DI APPROCCIO CON RAO ALLA CHIRURGIA DI ELEZIONE - 11. IL RUOLO DELL'OSPEDALE - 12. LA SEGMENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INTERVENTO CHIRURGICO NON EMERGENTE - PARTE V. IL RUOLO DEI MEDICI DI DIREZIONE SANITARIA E DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO - 13. SULLA FORMAZIONE - 14. UN APPROCCIO «SITUAZIONALE» ALL'AZIENDA SANITARIA.

GIULIANO MARIOTTI

**Tempi d'attesa
e priorità in sanità**
La selezione della domanda
come strategia
per la qualità

FrancoAngeli
Milano, 1999
pagg. 172, L. 32.000

NICCOLO PERSIANI

**L'introduzione
della contabilità
economica
e il nuovo sistema
di bilancio
nell'azienda sanitaria**

GEDAM
Padova, 1999
pagg. 227, L. 28.000

Obiettivo del testo è di indagare le particolari problematiche relative all'introduzione della «nuova contabilità» e del «nuovo sistema di bilancio» nel servizio sanitario nazionale. Si osserva come il complesso processo di riorganizzazione del sistema erogativo sanitario pubblico abbia spinto il legislatore a prevedere, in queste realtà, un sistema contabile del tutto analogo a quello privatistico regolato dal Codice Civile e come, sotto questo aspetto, la normativa in materia di contabilità delle Aziende sanitarie e ospedaliere costituisca ad oggi l'esempio più avanzato di riorganizzazione contabile della Pubblica amministrazione.

SOMMARIO: PREMessa - INTRODUZIONE - CAPITOLO PRIMO. LA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 1. INTRODUZIONE - 2. LA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 3. L'AZIENDA SANITARIA E L'AZIENDA OSPEDALIERA - 4. IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 5. LE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI TRAMITE IL SETTORE PRIVATO - 6. IL FINANZIAMENTO A TARIFFA - CAPITOLO SECONDO. PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SISTEMA DI BILANCIO -1. INTRODUZIONE -2. IL NUOVO SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE -3. LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE: TRATTI CARATTERIZZANTI - 4. PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO NELLE AZIENDE SANITARIE -5. LA PROGRAMMAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO: IL SISTEMA DI BILANCIO - CAPITOLO TERZO. LA CONTABILITA' ECONOMICA NELLE AZIENDE SANITARIE - 1. INTRODUZIONE - 2. IL SISTEMA RILEVATIVO PRECEDENTE ALLA RIFORMA: CARATTERISTICHE E LIMITI - 3. LA «NUOVA» CONTABILITÀ -4. IL PASSAGGIO DALLA CONTABILITÀ FINANZIARIA ALLA CONTABILITÀ ECONOMICA -5. LA RIORGANIZZAZIONE DEGLI UFFICI CONTABILI - 6. IL PIANO DEI CONTI - CAPITOLO QUARTO. IL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE -1. INTRODUZIONE -2. LO STATO PATRIMONIALE - 3. IL CONTO ECONOMICO - 4. LA NOTA INTEGRATIVA - 5. LE VALUTAZIONI DI BILANCIO - CAPITOLO QUINTO. LA LETTURA GESTIONALE DEL BILANCIO - 1. INTRODUZIONE - 2. LA RICLASSIFICAZIONE DELLO STATO PATRIMONIALE 3. LA RICLASSIFICAZIONE DEL CONTO ECONOMICO - 4. L'ANALISI DEI FLUSSI FINANZIARI - CONCLUSIONI.

L'autore sviluppa un esame critico su ruolo e natura dell'accreditamento, trattando la storia e la struttura dei sistemi di accreditamento con riferimento al funzionamento degli organismi in alcuni paesi anglofoni quali USA, Canada e Australia e in particolar modo Regno Unito, analizzando le caratteristiche teorico-pratiche, a livello di progettazione, realizzazione e organizzazione che emergono dal confronto di tali modelli. Vengono inoltre trattate le problematiche relative alle implicazioni politiche dell'accreditamento, al suo impatto con la configurazione giuridico-economica dei sistemi sanitari e alla standardizzazione dell'organizzazione sanitaria e al suo monitoraggio.

INDICE: PRESENTAZIONE - PARTE I: LA STORIA E LA STRUTTURA DEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO - 1. LA SOSTANZA DELL'ACCREDITAMENTO - 2. L'ESPERIENZA DEL REGNO UNITO - 3. L'ESPERIENZA DELL'ACCREDITAMENTO - PARTE II: ARGOMENTAZIONI SU PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO - 4. STANDARD - DEFINIZIONE E MISURA - 5. L'ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO - PARTE III: POLITICA E ACCREDITAMENTO - 6. IMPLICAZIONI POLITICHE DELL'ACCREDITAMENTO 7. IL FUTURO - BIBLIOGRAFIA - BIBLIOGRAFIA RAGIONATA.

ELLIE SCRIVENS

**Accreditamento
dei servizi sanitari**
Esperienze internazionali
a confronto

Centro Scientifico Editore
Torino, 1997
pagg. 175, L. 45.000

FABRIZIO VALCANOVER

Computer e reti
in medicina generaleUTET Periodici scientifici
Milano, 1999
pagg. 114, L. 29.500

Oltre a descrivere le resistenze di tipo culturale e psicologico che suscita l'informatizzazione in ambiente sanitario, l'autore suggerisce anche le strategie per uscirne. Tuttavia il libro non costituisce affatto un manuale per principianti, sebbene affronti anche numerosi problemi di tipo tecnico e fornisca ottime risposte a importanti questioni di carattere squisitamente informatico. Il testo infatti stimola notevoli riflessioni soprattutto sull'approccio alla professione, al punto da dedicare gran parte del capitolo introduttivo alla specificità della medicina generale, invitando il medico «di famiglia» ad interrogarsi su che cosa e come stia operando, condizione questa preliminare all'approccio allo strumento informatico.

SOMMARIO: PRAFAZIONE - INTRODUZIONE - 1. MEDICINA GENERALE E INFORMATICA - CONCETTI GENERALI - COMPUTER, MEDICO, PAZIENTE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO - 2. USI DEL COMPUTER IN MEDICINA GENERALE - LA CARTELLA CLINICA - CARTELLA CLINICA E RICERCA - ALTRI USI DEL COMPUTER IN MEDICINA GENERALE - RETI DI LAVORO E RETI INFORMATICHE - RETI RELAZIONALI, RETI INFORMATICHE E SISTEMA INFORMATIVO - LA CARTELLA CONDIVISA - 3. STORIA E GEOGRAFIA DELL'INFORMATICA - L'INFORMATICA MODERNA - L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE (E I SISTEMI ESPERTI) - IL FUTURO: DIVERSE TECNOLOGIE SI FONDONO, I MERCATI SI ESPANDONO. E L'UOMO? - PERCORSI DELLA GEOGRAFIA INFORMATICA: INTERNET E MEDICINA GENERALE - ALTRI MODI DI USARE INTERNET - ALCUNE RIFLESSIONI CON UN OCCHIO ALLA MEDICINA GENERALE - 4. RIFLESSIONI E SUGGERIMENTI - IL MEDICO E IL COMPUTER - LA SCELTA DI UN PROGRAMMA PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE - CONCLUSIONI - PRO E CONTRO L'INFORMATICA: L'ESPERIENZA DELL'AUTORE - APPENDICE - GLOSSARIO - SOFTWARE PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE - INDIRIZZI INTERNET.

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

FASER I., MCNAMARA P., LEHMAN G.O., ISAACSON S.,
MOLER K.

Marketwatch: the pursuit of quality by business coalitions: a national survey

Health Affairs, 18 (6): 158-165, 1999

FRIEDBERG M., SAFFRAN B., STINSON T.J., NELSON W.,
BENNETT C.L.

Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology

The Journal of the American Medical Association, 282 (19): 1453-1457, 1999

KIFMANN M.

Community rating and choice between traditional health insurance and managed care

Health Economics, 8 (7): 563-578, 1999

MARQUIS M.S. LONG S.H.

Trends in managed care and managed competition, 1993-1997

Health Affairs, 18 (6): 75-88, 1999

SAILLY J.-C.

Willingness to pay as a measure of benefit in health

Journal d'économie médicale, 17 (5): 301-326, 1999

Sistemi di finanziamento

GRAFMAN J., LITVANI.

Importance of deficits in executive functions

The Lancet, 354 (9194): 1921-1922, 1999

PETRETTO A.

Optimal social health insurance with supplementary private insurance

Journal of Health Economics, 18(6): 727-746, 1999

SELDEN T.M.

Premium subsidies for health insurance: excessive coverage vs. adverse selection

Journal of Health Economics, 18(6): 709-726, 1999

Economia del farmaco

FERRANDIZ J.M.

The impact of generic goods in the pharmaceutical industry

Health Economics, 8 (7): 599-612, 1999

JOMMI C., FATTORE G., BONETTI A.

Spesa farmaceutica pubblica a 14.520 miliardi nel 1999 e per il 2000 previsto un tasso di crescita del 9%

Agenzia Sanitaria Italiana, 46: 19-23, 1999

LILLARD LEE A., ROGOWSKI J., KINGTON R.

Insurance coverage for prescription drugs: effects on use and use and expenditures in the medicare population

Medical Care, 37 (9): 926-936, 1999

MC NAMEE D.

Pharmacovigilance into 2000

The Lancet, 354 (9188): 1406, 1999

NICOLOSO B.R.

La «nuova» convenzione farmaceutica

Sanità Pubblica (settembre-ottobre): 1097-1108, 1999

Valutazione economica delle attività sanitarie

BERWICK D. M., LEAPE L. L.

Reducing errors in medicine

Quality in Health Care, 8 (3):145-146, 1999

BLEICHRODT H., QUIGGIN J.

Life-cycle preferences over consumption and health: when is cost-effectiveness analysis equivalent to cost-benefit analysis?

Journal of Health Economics, 18(6): 681-708, 1999

- BUETOW S. A., ROLAND M.
Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care
Quality in Health Care, 8 (3):184-190, 1999
- CHARAVEL M., BREMOND A., FERVERS B., GRATADOUR A.C., VOOGE E., GARROUSTE P., PHILIP T.
Integrating patients' preference in therapeutic decisions in cancer: development of a decision board
Journal d'économie médicale, 17 (5): 327-342, 1999
- CREMIEUX P.Y., OUELLETTE P., PILON C.
Health care spending as determinants of health outcomes
Health Economics, 8 (7): 627-640, 1999
- ENTWISTILE VIKKI A., WATT IAN S.
Judging journalism: how should the quality of news reporting about clinical interventions be assessed and improved?
Quality in Health Care, 8 (3):172-176, 1999
- GOWRISANKARAN G., TOWN R.J.
Estimating the quality of care in hospitals using instrumental variables
Journal of Health Economics, 18 (6): 747-768, 1999
- KLAVUS J.
Health care and economic well-being: estimating equivalence scales for public health care utilisation
Health Economics, 8 (7): 613-626, 1999
- KRIMSKY S.
Conflict of interest and cost-effectiveness analysis
The Journal of the American Medical Association, 282 (15): 1474, 1999.
- LONG. M.J., STEVENSON MARSHALL B.
The relationship between self-assessed health status, mortality, service use, and cost in managed care setting
Health Care Management Review, 24 (4): 20-27, 1999
- MACINTYRE K.
Rapid assessment and sample surveys: trade-offs in precision and cost
Health Policy and Planning, 14 (4): 363-373, 1999
- MOSS F., BACKER R.
Learning from quality systems in different countries: quality improvement across borders?
Quality in Health Care, 8 (3):147, 1999
- MOULDING N.T., SILAGY C.A., WELLER D.P.
A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines
Quality in Health Care, 8 (3):177-183, 1999
- RIZZOJA, SINDELAR JL
Linking health-related quality-of-life indicators to large national data sets
PharmacoEconomics, 16 (5): 473-482, 1999
- VAN DEN HOMBERGH P., GROL R., VAN DEN HOOGEN H.J.M., VAN DEN BOSCH W.J.H.M.
Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers
Quality in Health Care, 8 (3):161-166, 1999
- VAN DEN HOMBERGH P., GROL R., VAN DEN HOOGEN H.J.M., VAN DEN BOSCH W.J.H.M.
Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility
Quality in Health Care, 8 (3):167-171, 1999
- Analisi dei sistemi sanitari**
- AUFFRET P.
Russie: le système de santé est-il encore réformable?
Journal d'économie médicale, 17 (5): 363-382, 1999
- BISSONI G.
Un possibile rilancio del SSN
Panorama della Sanità, 40:20-21, 1999
- BODINI E.
Spesa sanitaria e sistemi sanitari al bivio?
Panorama della Sanità, 40: 24, 1999
- BORGONOVIE.
L'ambiguità dei termini
Panorama della Sanità, 40:18-19, 21, 1999
- COOKSON R., DOLAN P.
Public views on health care rationing: a group discussion study
Health Policy - Special Issue «Rationing in Health Care (Part I): 63-74, 1999
- CRICELLI C.
Obiettivo: il management
Panorama della Sanità, 40: 22-23, 1999
- KLEIN R.
Markets, politicians, and the NHS
BMJ, 7222: 1383, 1999
- LENAGHAN J.
Involving the public in rationing decisions. The experience of citizens juries
Health Policy - Special Issue «Rationing in Health Care (Part I): 27-44, 1999

MARMOR T.R., BOYUM D.

Medical care and public policy: the benefits and burdens of asking fundamental questions

Health Policy - Special Issue «Rationing in Health Care (Part I): 13-26, 1999

MAYNARD A.

Rationing health care: an exploration

Health Policy - Special Issue «Rationing in Health Care (Part I): 5-12, 1999

MAYNARD A., MOSSIALOS E.

Setting health care priorities: to whom and on what basis?

Health Policy - Special Issue «Rationing in Health Care (Part I): 1-4, 1999

MOR G.

Ruolo e funzioni della regione nel servizio sanitario nazionale

Sanità Pubblica, (settembre, ottobre): 1089-1096, 1999

MOSSIALOS E., KING D.

Citizens and rationing: analysis of a European survey

Health Policy - Special Issue «Rationing in Health Care (Part I): 75, 1999

PECKHAM M.

Developing the National Health Service: a model for public services

The Lancet, 354 (9189): 1539-1545, 1999

PRICE D. AND OTHERS

How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care

The Lancet, 354 (9193): 1889-1892, 1999

ROBINSON R.

Limits to rationally: economics, economists and priority setting

Health Policy - Special Issue «Rationing in Health Care (Part I): 13-26, 1999

Programmazione ed organizzazione del lavoro

ADAMS DUDLEY R., LUFT HAROLD S.

Goals, Targets, and tactics: making health care policy decision explicit

Journal of Health Politics, Policy and Law, 24 (4): 705-714, 1999

COHEN ALAN B.

Hitting the «target» in health care cost control

Journal of Health Politics, Policy and Law, 24 (4): 653-696, 1999

PERRYMAN-STARKEY M., ASUBONTEG RIVERS P., MUNCHUS G.

The effects of organizational structure on hospital performance

Health Services Management Research, 12 (4): 232-245, 1999

ZHANG N., KOHN L., MCGARRAHR., ANDERSON G.

The effect of managed care on hospital staffing and technological diffusion

Health Policy, 48 (3): 189-206, 1999

WHITE JOSEPH

Targets and systems of health care cost control

Journal of Health Politics, Policy and Law, 24 (4): 697-704, 1999

Controllo di gestione e sistemi informativi

BRAYN.S., WEATHERBURN G., BUXTON M., WATKINS J., KEEN J., MURIS N.

Evaluation of a hospital picture archiving and communication system

Journal of Health Services Research & Policy, 4 (4): 204-209, 1999

TAN J.K.H.

The critical success factor approach to strategic alignment: seeking a trail from a health organization's goal

Health Services Management Research, 12 (4): 246-257, 1999

Innovazione tecnologica

EISENBERG J.M.

Ten lesson for evidence-based technology assessment

The Journal of the American Medical Association, 282 (15): 1865-1868, 1999

MARK D.H., GLASS R.M.

Impact of new technologies in medicine: a global theme issue

The Journal of the American Medical Association, 282 (19): 1875, 1999

PERRY S., THAMER M.

Medical innovation and the critical role of health technology assessment

The Journal of the American Medical Association, 282 (19): 1869-1872, 1999

Altro

GENTRY D., LONGO D.R., HOUSEMANN R.A., LOITERSTEIN D., BROWNSON C.

Prevalence and correlates of physician advice for prevention: impact of type of insurance and regular source of care

JHCF, 26 (1): 78, 1999

LEVINSON W., GORAWARA-BHAT R., DEUCK R., EGENER B., KAO A., KERR C., LO B., PERRY D., POLLITZ K., REIFSTECK S., STEIN T., SANTA J., KEMP-WHITE M.

Resolving disagreements in the patient-physician relationship: tools for improving communication in managed care

The Journal of the American Medical Association, 282 (15): 1477-1483, 1999

STONE TAMARA T., MANTESE ANNAMARIE

Conflicting values and the patient-provider relationship in managed care

JHCF, 26 (1): 48-62, 1999

WILLCOCKS S.

Clinical and management and cultural diversity: the cultural context of doctor involvement in the managerial process

Health Services Management Research, 12 (4): 212-216, 1999

I SISTEMI INFORMATIVI IN SANITÀ

Greta Nasi

L'insieme dei processi mediante i quali si individuano, si raccolgono e si diffondono dati e informazioni costituisce il sistema informativo aziendale, che può essere definito come quel complesso di elementi che rileva in modo sistematico e organizzato i fenomeni economici di interesse dell'azienda nell'intento di rappresentarli in modo organico, utilizzando la tecnologia più appropriata ed applicando le logiche ed i metodi suggeriti, per le diverse classi dei fenomeni aziendali, dalle discipline di economia aziendale (1).

In particolare, l'espressione «sistema informativo» è di per sé evocativa di una logica sistemica, cui spesso si fa ricorso nelle discipline economiche e sociali per definire realtà di tipo complesso, costituite da un insieme di elementi distinguibili tra loro, tra i quali si manifestano significative interazioni. Il sistema informativo è, in effetti, costituito da più elementi (procedure, mezzi, persone ecc.), tra cui avvengono interazioni, che risultano determinanti ai fini del conseguimento degli obiettivi del sistema, ovvero la produzione di informazioni rilevanti per i destinatari. Alcuni testi fondamentali (tra i quali si segnala Camusone, 1998) propongono interessanti modelli di rappresentazione dei sistemi informativi aziendali.

Il processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale ha evidenziato la particolare criticità dei sistemi informativi anche rispetto alle nuove aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche; la nuova responsabilizzazione rispetto all'efficiente utilizzo delle risorse (scarse) ed all'efficacia della gestione (in termini di adeguata capacità di soddisfare il «bisogno di salute») ha immediatamente generato un forte fabbisogno di logiche e strumenti di misurazione, programmazione e controllo, rispetto al quale si è percepita l'inadeguatezza delle esistenti strutture organizzative e delle procedure informatiche in uso.

L'azienda sanitaria pubblica ha dunque evidenziato un'attenzione crescente rispetto al tema della riprogettazione dei propri sistemi informativi, con lo scopo di renderli idonei:

- a supportare i nuovi strumenti gestionali (si pensi, ad esempio, alla contabilità generale di tipo economico-patrimoniale ed alla contabilità analitica);
- a rendere operativi i nuovi meccanismi di finanziamento (ad esempio, la tariffazione per prestazione);
- a supportare i processi decisionali dell'alta direzione (Buccoliero, 1998, Austin, Trimm, Sobczak, 1995, Southon, Braithwaite, Lorenzi, 1997);
- a razionalizzare l'area più propriamente sanitaria della gestione (ossia quella legata all'erogazione dei servizi clinici ai pazienti ed alla popolazione), anche attraverso l'adozione di tecnologie innovative (con riferimento, ad esempio, alle nuove tecnologie di comunicazione e trasmissione di dati ed immagini).

In tempi recenti, alcuni importanti stimoli all'aggiornamento ed all'innovazione dei sistemi informativi aziendali si sono poste all'attenzione del *management*, con particolare riferimento:

— agli adempimenti legati alla nascita dell'Euro, che impongono alle aziende di dotarsi di sistemi contabili multivaluta (accrescendo in modo rilevante la complessità del sistema stesso);

— agli adeguamenti dei sistemi informativi all'anno 2000 (Leggio, 1998);

— alla crescente attenzione che deve essere dedicata agli aspetti di sicurezza dei sistemi e di riservatezza dei dati sensibili.

Si può affermare che il contributo dei sistemi informativi alla gestione ed alla direzione dell'azienda sanitaria si sia evoluto lungo un percorso assai coerente con l'evoluzione della visione dell'azienda stessa:

— da «insieme» di unità organizzative scarsamente interrelate tra loro e direttamente controllate da un unico centro decisionale;

— a «rete» di unità organizzative relativamente autonome dal cui operare in modo coordinato ed integrato discende il «successo» della gestione (Ferratt, Ledere, Hall, Krella, 1998).

Si è infatti assistito ad una progressiva modifica del ruolo dell'*information technology*:

— da coacervo di procedure automatizzate per il trattamento di dati gestionali in attività specifiche altamente strutturate e ripetitive (ad esempio la gestione del personale e l'elaborazione dei cedolini paga oppure la rilevazione dei carichi e degli scarichi di magazzino);

— a procedure di supporto dei processi decisionali (di programmazione e controllo operativo) del *management* aziendale, attraverso l'istituzione dei primi sistemi di *reporting* in grado di estrarre ed aggregare secondo schemi significativi rispetto agli obiettivi dei decisori alcune delle informazioni generate dai processi gestionali (Caccia, 1997);

— a strumenti di integrazione aziendale e di coordinamento delle diverse unità funzionali: dagli strumenti di *groupware* sino agli strumenti di gestione per progetti e processi (Pisini, 1994, Martin, 1997).

Analizzando nello specifico le esigenze aziendali di rappresentazione della situazione economica complessiva di un'azienda, particolarmente critico si rivela il processo di raccolta dei dati all'interno dell'area amministrativa, perché sovente non vi è coerenza tra le logiche del sistema informativo e le metodologie di lavoro delle unità organizzative. Ciò genera ripercussioni rilevanti sulla qualità e sull'integrità delle informazioni prodotte per la gestione aziendale e per il supporto al processo decisionale. Una interessante chiarificazione sulle sinergie e sulle dinamiche di interazione tra l'*information technology* e l'organizzazione del sistema amministrativo è proposta da Agliati, 1996.

Occorre peraltro osservare che i sistemi informativi attualmente in dotazione alla maggior parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere si sono sviluppati attraverso «sedimentazioni» successive di singoli applicativi o di gruppi di applicativi, inizialmente concepiti quali supporti di ben delimitate aree gestionali (ordini, fatturazione, personale, contabilità, logistica, ecc.) e solo successivamente integrati mediante la predisposizione di apposite interfacce. La genesi e lo sviluppo di un sistema informativo (in assenza di un disegno complessivo) secondo modalità dettate da esigenze contingenti e specifiche delle singole unità organizzative utenti di specifici moduli *software* determina, di fatto, una «razionalità limitata» del disegno del sistema stesso. In particolare:

— viene meno il criterio di univocità del dato (si verificano inserimenti multipli dello stesso dato con evidenti rischi di disallineamento);

— il costo di aggiornamento del sistema è elevato in quanto la sostituzione di un singolo modulo o di un componente del sistema operativo implica la necessità di intervenire contestualmente su tutte le diverse interfacce di integrazione;

— la manutenzione del sistema è particolarmente complessa ed onerosa, soprattutto con riferimento ai rilevanti fabbisogni di allineamento dei dati e di *system integration*;

— la capacità del sistema di rispondere ai fabbisogni informativi di crescente complessità si rivela complessivamente inadeguata.

Questi limiti, unitamente agli ulteriori stimoli all'innovazione già menzionati in precedenza, rendono facilmente prevedibile un'ulteriore sensibilizzazione dei vertici aziendali rispetto all'area dei sistemi informativi a supporto della gestione (sistema informativo amministrativo), delle decisioni (sistema informativo direzionale) e dell'area clinica (sistema informativo sanitario).

Anche alla luce delle considerazioni sopra esposte, l'allegata bibliografia monotematica sui sistemi informativi nelle aziende sanitarie è strutturata secondo tre blocchi fondamentali:

— i sistemi informativi aziendali:

1) bibliografia essenziale;

2) analisi delle implicazioni organizzative delle tecnologie informatiche e delle logiche per processo;

3) temi di attualità;

— i sistemi informativi per le pubbliche amministrazioni;

— i sistemi informativi per la sanità.

Con riferimento a quest'ultima area, che costituisce il fulcro dell'analisi, i testi ivi citati si focalizzano particolarmente sui seguenti argomenti, che costituiscono i temi-chiave del dibattito attuale:

— il crescente fabbisogno di integrazione del sistema informativo tra tutte le sue aree (amministrativa, direzionale e sanitaria) e tra i diversi moduli all'interno di ciascuna area, che sta di fatto conducendo alla progettazione ed all'adozione di architetture ERP (*Enterprise Resource Planning*) specificamente disegnate per le aziende sanitarie pubbliche (tanto nella parte amministrativa quanto nelle «verticalizzazioni» sanitarie);

— la mappatura e la revisione dei processi aziendali, essenziali presupposti logici dell'adozione dei sistemi informativi integrati;

— l'analisi delle condizioni organizzative per l'adozione di sistemi informativi nativamente integrati, il cui impatto sulla struttura organizzativa aziendale è ricco di elementi di criticità;

— le metodologie di progettazione dei sistemi informativi aziendali, dall'analisi dei fabbisogni sino all'individuazione dei partner tecnologici ed alla gestione dei rapporti contrattuali con gli stessi;

— gli strumenti informatici e telematici a supporto della comunicazione interna (condivisione di dati ed informazioni) ed esterna (informazioni e servizi agli utenti).

Bibliografia essenziale sul tema dei sistemi informativi

CAMUSSONE P.F.

Il sistema informativo aziendale

ETAS Libri, Milano, 1998

CAMUSSONE P.F.

Valutazione e scelta dei progetti informatici in impresa

Economia & Management, n. 7, pag. 12, 1989

DEMPSEY J., DVORAK R.E., HOLEN E., MARK D., MEEHAN III W.F.

A hard and soft look at IT investments

The McKinsey Quarterly, n. 1, pagg. 126-150, 1998

MARTIN A.

La gestione collettiva dell'informazione

Franco Angeli, Milano, 1997

PASINI P.

Groupware

ETAS Libri, Milano, 1994

PASINI P., CESARA

I servizi di outsourcing informatico

Franco Angeli, Milano, 1999

PONTIGGIA A.
Organizzazione dei sistemi informativi
ETAS Libri, Milano, 1997

VIRTUANI R.
L'outsourcing nei sistemi informativi aziendali
Franco Angeli, Milano, 1997

Bibliografia sul tema dei sistemi informativi: analisi delle implicazioni organizzative e delle logiche per processo

AGLIATI M.
Tecnologie dell'informazione e sistema amministrativo
Egea, Milano, 1996

AMIGONI F., BERETTA S.
Information Technology e creazione del valore. Analisi del fenomeno SAP
CESAD Egea, Milano, 1998

BRACCHI G.
Processi aziendali e sistemi informativi
Franco Angeli, Milano, 1997

KELLER G., TEUFEL T.
SAP R/3 Process Oriented Implementation
Addison-Wesley, England, 1998

MAIOCCHI M.
Il miglioramento dei processi nel settore dell'information technology
Franco Angeli, Milano, 1998

PROVENZALI P.
Il sistema informativo per il controllo direzionale
Franco Angeli, Milano, 1998

Bibliografia sul tema dei sistemi informativi: temi di attualità

CIACCI G.
La firma digitale
Il Sole 24 Ore, Milano, 1999

LANGLOIS M.
L'euro e les systèmes d'information
Dunod, Paris, 1998

LEGGIO A.
Euro, anno 2000 e sistemi informativi
Il Sole 24 Ore, Milano, 1998

MAIOCCHI M.
Internet per l'azienda
Il Sole 24 Ore, Milano, 1998

MARASCO R.
La sicurezza informatica
Jackson Libri, Presso, 1998

ROBECK M.F., BROWN G.F., STEPHENS D.O.
Information and Records Management: Document-Based Information Systems
Mc Graw Hill, New York, 1995

Bibliografia sul tema dei sistemi informativi per le Pubbliche amministrazioni

AIPA
La rete unitaria della Pubblica amministrazione. Studio di fattibilità
AIPA, Roma, 1996

AIPA
Lo stato dell'informatizzazione nella Pubblica amministrazione
AIPA, Roma, 1998

AIPA
Lo stato dell'informatizzazione nelle regioni e nelle provincie autonome
AIPA, Roma, 1998

BUGLIONE E.
La sperimentazione amministrativa regionale
Il Mulino, Bologna, 1991

CAFFERATA R.
L'automazione nella Pubblica amministrazione
Franco Angeli, Milano, 1990

DE PETRA G.
La fase alta della progettazione dei sistemi informativi: dall'analisi integrata di organizzazione e tecnologia alla individuazione e valutazione dei costi e benefici della soluzione innovativa. Nuove metodologie per i sistemi informativi della Pubblica amministrazione
Il Mulino, Bologna, 1993

ERCOLI P.
Nuove metodologie per i sistemi informativi della Pubblica amministrazione
Il Mulino, Bologna, 1992

GARSON G.D.
Information Technology and Computer Applications in Public Administration: Issues and Trends
Idea Group Publishing, USA, 1998

- GAVAZZI L.
Notes viaggia in internet
Pubblica Amministrazione Management Oggi, n. 3, pagg. 23-37, 1996
- LIMONE D.A.
I processi di riorganizzazione e di automazione nelle PA
Pubblica Amministrazione Management Oggi, n. 9, pagg. 35-72, 1995
- MARGETTS H.
Information technology in government
Routledge, London, 1998
- MATTALUCCI L., VINO A.
L'information technology nella PA ostacoli organizzativi e culturali
Franco Angeli, Milano, 1993
- PILOTTI L.
La «rivoluzione telematica dolce» di amministrazione, società ed economia del territorio
Economia & Management, n. 1, pagg. 80-96, 1996
- PRABUDDHA D., FERRATT T.
An information System involving competing organizations
Communications of the Acm, n. 41, pagg. 90-97, 1998
- Bibliografia sul tema dei sistemi informativi sanitari**
- ANDERSON J.G., AYDIN C.E.
Evaluating the impact of health care information system
International Journal of Technology Assessment in Health Care, n. 13, pagg. 380-393, 1997
- BALL M.J., ALBRIGHT J.
Healthcare Information Management Systems: a practical Guide (Computers in Health Care)
Springer Verlag, New York, 1995
- BUCCI S.
La medicina verso il Terzo Millenio
Il Sole 24 Ore, Milano, 1998
- CARRIERI M.P., VIVIANI S., NICCOLINI A., MARONGIU C., SALAMINA G., SALMASO S.
A communicable disease network in Italy
European Journal of Public Health, n. 8, pagg. 71-74, 1998
- CASEY M.
Integrated networks and health care provider cooperatives: new models for rural health care delivery and financing
Health Care Manage Review, n. 22, pagg. 41-48, 1997
- DOWIE J.
Producing informed consumers and users of decision analysis
Official Journal of Society for Medical Decision Making, n. 18, pag. 2, 1998
- FERRATT T.W., LEDERE A.L., HALL R.S., KRELLA M.J.
Surmounting health information network barriers: the Greater Dayton Area experience
Health Care Management Review, vol. 23, n. 1, pagg. 70-76, 1998
- JOMMI C.
I flussi informativi relativi ai farmaci acquistati dal Servizio sanitario nazionale
Mecosan, n. 23, pagg. 37-50, 1997
- KISSINGER K., BORCHARDT S.
Information Technology for Integrated Health Systems: Positioning for the future (Ernst & Young)
John Wiley & Sons, New York, 1995
- MCGLYNN E.A.E., KERR E.A., DAMBERG C.E., BROOK R.H.E.
Health Information System: Design Issues and Analytic Applications (Directions in Health Services Research and Policy)
Rand Corporation, USA, 1999
- ORICCI G.
Piattaforma di servizi per l'integrazione dei sistemi informativi ospedalieri
Progettare per la sanità, n. 30, pagg. 57-60, 1995
- OVRETVEIT J.A.
Developing Public Health Service Management in Europe
European Journal of Public Health, n. 8, pagg. 87-88, 1998
- PALLEY M.A., CONGER S.
Health care information system and formula-based reimbursement: an empirical study
Health Care Management Review, vol. 20, n. 2, pagg. 74-84, 1995
- SABA V.K., MCCORMICK K.A.
Essentials of Computers for Nurses
McGraw Hill Text, New York, 1995
- SCRIVENS E.
Assessing the value of accreditation systems
European Journal of Public Health, n. 7, pagg. 4- 8, 1997
- SKURKA M.A.
Health Information Management: Principles and Organization for Health Record Services
American Hospital Association, USA, 1998
- WEED L.L.
New connections between medical knowledge and patient care
British Medical Journal, n. 7, pag. 315, 1997

WILKERSON J.D., DEVERS K.J., GIVEN R.S.
Competitive Managed Care: the Emerging Health Care System
Jossey-Bass Publisher, San Francisco, 1996

Bibliografia sul tema dei sistemi informativi amministrativi, ERP e direzionali per le aziende sanitarie ed ospedaliere

AUSTIN C.J., TRIMM J.M., SOBCHAK P.M.
Information systems and strategic management
Health Care Management Review, vol. 20, n. 3, pagg. 26-33, 1995

BUCCOLIERO L.
I sistemi informativi delle Aziende sanitarie: fabbisogni e percorsi evolutivi verso l'adozione degli ERP (Enterprise Resource Planning)
Mecosan, n. 28, pagg. 9-24, 1998

CACCIA C.
Sistemi informativi e supporto decisionale in sanità: l'utilizzo dei data-warehouse
Mecosan, n. 23, pagg. 83-92, 1997

DRISCOLL D.
Healthcare in Crisis: Preparing the Medical Office for the Year 2000
Spiral - Bond, London, 1998

DUDECK J., BLOBEL B., LORDIECK W., BURKLE T.
New Technologies in Hospital Information Systems
IOS Press, The Netherlands, 1997

FERRARA F.M.
Requisiti e linee evolutive per l'architettura dei sistemi informativi sanitari
Progettare per la sanità, n. 30, pagg. 20-30, 1995

HOLAWAY K., KOGAN H.
The Healthcare Management Handbook
Kogan Page Ltd., London U.K., 1997

MARONE U.
L'informatica nella Pubblica amministrazione
Esselibri - Simone, Napoli, 1998

MOTTA M., ZAVATTARO F.
Lo sviluppo del sistema informativo per la direzione in una azienda sanitaria
Mecosan, n. 18, pagg. 6-21, 1996

PORFIDO E., ROCCHI S., REITANO F., LUCHELLI M., SABELLA E., PALADINO S.
Attivazione di un sistema di reportistica sull'attività di ricovero in un presidio ospedaliero Usl
Mecosan, n. 21, pagg. 99-108, 1997

SOUTHON F.C.G., BRAITHWAITE J., LORENZI N.M.
Strategic constraints in health informatics: are expectations realistic?
The International Journal of Health Planning and Management, vol. 12, n. 1, pagg. 3-13, 1997

WEINBERG J., NEWTON L., ENGLISH P.M.B., VANDENBERGE P., ATKINSON M., CATCHPOLE M.
Electronic communications and communicable disease surveillance at the national level in the European Union
European Journal of Public Health, n. 7, pagg. 454-456, 1997

Materiale scaricabile

[http://WWW.AIPA.it/attivita\[2/protocollo\[13/gestflus\[2/gedoc2\[2/index.asp](http://WWW.AIPA.it/attivita[2/protocollo[13/gestflus[2/gedoc2[2/index.asp)

Pagine da cui è possibile scaricare il documento contenente i dati e le informazioni relative alla gestione documentale relativa al protocollo informatico.

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia e legislazione d'impresa. A.A. 1998-1999. Relatore Elio Borroni. Correlatore Francesco Longo

RUOLO STRATEGICO E NATURA DELLE SOCIETÀ MISTE PER LA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI

di Manila Marcuccio

La società italiana vive, da oltre un decennio, un'epoca di rapidi mutamenti che investono la funzione pubblica, i rapporti tra società e stato, i rapporti tra i privati e lo stesso concetto di «cosa pubblica». Con il crescere della complessità della moderna società, sempre più cruciale diventa la funzione delle Amministrazioni pubbliche e soprattutto di quelle sanitarie, chiamate a garantire il funzionamento delle infrastrutture primarie, dei meccanismi regolatori, della qualità della vita, il tutto in un mutato contesto dove da una parte le richieste della popolazione diventano sempre più complesse per un aumento del tenore di vita, della cultura, della diffusione delle tecnologie, della consapevolezza dei propri diritti e dall'altra parte diverse variabili (fattori ultranazionali, nazionali e settoriali) spingono verso una riduzione (*rectius*: stabilizzazione verso livelli ottimali) della spesa. Negli ultimi anni in particolare si è passati da un sistema in cui lo Stato garantiva una copertura della spesa sanitaria corrente totale del 78% (1990) ad una copertura del 70% nel 1998; l'analisi della distribuzione degli oneri delle spese in conto capitale evidenzia una situazione ancora più critica dato che i finanziamenti statali hanno coperto solo il 18% delle spese per investimenti nel 1998.

Alle forti pressioni alla riorganizzazione in senso competitivo ed efficiente delle aziende sanitarie pubbliche derivanti dalla necessità di ridurre le spese si aggiungono altre spinte all'innovazione che derivano da un generale cambiamento istituzionale delle strutture pubbliche, costrette ad operare in un mercato di riferimento più aperto (quasi-mercato).

In questo contesto allora le società miste per la gestione dei servizi sanitari risultano essere una risposta organizzativa efficiente dal momento che consentono di centrare alcuni obiettivi fondamentali quali:

— favorire, completare e armonizzare il processo di aziendalizzazione inteso come attivazione di un sistema gestionale flessibile, efficiente ed efficace ed autonomia e responsabilizzazione sui risultati;

— liberare nuove risorse finanziarie e riorganizzare quelle disponibili massimizzando l'utilità sociale e consentendo l'adeguamento delle strutture alle nuove previsioni legislative (area a pagamento ed *intramoenia*);

— riorganizzare la rete di offerta di prestazioni sanitarie per renderla più coerente con le caratteristiche epidemiologiche della popolazione di riferimento laddove molti sistemi locali sono caratterizzati da un eccesso di attrezzature per malattie acute ed una carenza di servizi territoriali, distrettuali ed ambulatoriali;

- tutelare gli interessi pubblici intesi sia come interessi dell'azienda sanitaria contro comportamenti opportunistici di terze parti coinvolte (riduzione delle asimmetrie informative tipiche dei meccanismi del terzo pagante) e come interessi della collettività ad un servizio migliore (azienda sanitaria può infatti focalizzarsi sul suo *core business*);
- efficiente gestione ed organizzazione dei servizi non clinici e di natura imprenditoriale.

Una scelta organizzativa di questo tipo comporta però che nella fase di costituzione e di architettura istituzionale vengano predisposti degli appositi strumenti a difesa e tutela dell'interesse pubblico e che consentano il «trasferimento della cultura assistenziale» dall'azienda sanitaria di riferimento alla nuova compagine societaria senza peraltro gravare tale entità con rigidi meccanismi che impediscano una gestione flessibile e ostacolino l'autonomia gestionale. Esistono vari strumenti a disposizione dell'azienda sanitaria che possono essere classificati in quattro categorie diverse:

- strumenti legati alla proprietà e all'assetto organizzativo (politiche statutarie, patti parasociali, definizione della corporate governance, ecc.);
- strumenti legati alla funzione di indirizzo e di controllo politico (scelta politica del convenzionamento /accreditamento istituzionale, controllo degli standard qualitativi, ecc.);
- strumenti legati alla definizione dei meccanismi di accesso al sistema (controllo sui CUP, sui PDT, classificazione delle fasce di utenti, ecc.);
- strumenti legati alla funzione di terzo pagante (definizione tariffe, volumi e *case mix* di produzione, contratti di acquisto e di servizio, ecc.).

L'utilizzo di un determinato strumento piuttosto che un altro dipende dalla configurazione concreta di società mista, laddove tale configurazione dipende dal diverso interagire di almeno quattro variabili (oggetto di attività svolto dalla società, ruolo strategico della società nei confronti dell'azienda sanitaria e dei soci nei confronti della società mista e suddivisione del capitale tra i soci). Appare evidente, infatti che il caso in cui la nuova società svolga soltanto alcune attività di natura non clinica e sia partecipata in misura maggioritaria dall'ente pubblico sia molto meno critico del caso in cui tale società svolga servizi clinici, l'ente pubblico ceda la maggioranza alla sua controparte privata e quest'ultima svolga un ruolo attivo nella gestione aziendale.

La scelta e l'applicazione di adeguati strumenti a difesa degli interessi pubblici coinvolti non è che una delle criticità che si evidenziano nella fase di costituzione della società altri problemi derivano per esempio dall'utilizzo di uno strumento non tipico (società di capitali) per la gestione di un servizio tipico (pubblico servizio), dall'unione di due culture istituzionali completamente diverse quali sono quella pubblica e quella privata, dall'esistenza di conflitti di interessi interni alla società (non solo della parte pubblica con quella privata, ma anche all'interno di quella privata dal momento che partecipa nella società come proprietario, come terzo pagante e in molti casi come fornitore laddove gli interessi di ognuna di queste categorie sono tra loro divergenti) e devono essere predisposti dei meccanismi che consentano di evidenziare i responsabili dei rischi finanziari.

A questi problemi devono inoltre esserne aggiunti altri che derivano dalle resistenze al cambiamento, dall'opposizione delle associazioni di lavoratori, dall'incertezza sulla legittimità e sui procedimenti che derivano dal vuoto di disciplina e della resistenze politiche istituzionali collegate a questi progetti. Particolare importanza a riguardo rivestono le recenti resistenze evidenziate a livello centrale e che sono state incorporate nell'art. 10 del decreto legislativo 229/99 (riforma *ter* del SSN); tale articolo vincola il processo di sperimentazione gestionale in sanità all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni e comunque impone un processo limitato, fortemente monitorizzato e comunque circoscritto ad un nucleo di attività di natura imprenditoriale.

Tale resistenze sono al centro di un dibattito di *policy* in corso tra Governo centrale ed alcune Regioni settentrionali ed in primo piano la regione Lombardia che pochi mesi prima del citato decreto aveva approvato una delibera che si muoveva in senso esattamente contrario allo stesso sollecitando un processo di privatizzazione (parziale) più radicale se questo avesse consentito una gestione più efficiente dei servizi sanitari (clinici e non clinici).

Proprio alla regione Lombardia appartiene uno dei tre casi esaminati nella tesi (clinica odontostomatologica dell'ospedale San Paolo, Milano) mentre gli altri due casi appartengono alla regione Liguria. Solo uno dei due casi (società mista per la gestione dei servizi socio-assistenziali di La Spezia) è stato però approvato dato che l'altro, nonostante lo studio di fattibilità avesse evidenziato la convenienza economica, strategica e finanziaria della gestione del servizio attraverso la costituzione di società mista non ha passato l'approvazione da parte del direttore generale della azienda sanitaria di riferimento a causa di invalicabili pressioni di carattere politico-istituzionale.

È L'ORA DEL RINNOVO

CAMPAGNA PROMOZIONALE «3 AL PREZZO DI 2» VALIDA FINO AL 31-03-2000

**CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE A N. 3 ABBONAMENTI
PER IL COSTO COMPLESSIVO DI L. 690.000 ANZICHÉ L. 1.035.000**

Programma abbonamento 2000

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n. 3 abbonamenti a

MECOSAN
Management ed economia sanitaria
diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa

Cognome e nome Via.....

C.a.p. Località Prov.

..... Il

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

L'ordine a prezzo ridotto è valido se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 31 marzo 2000.

Costo dell'abbonamento per l'anno 2000: L. 345.000 (euro 178,18)

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'invio dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura dell'1% (unopercento) mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovuto, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2000 è fissato in:

L. 345.000 (euro 178,18) per l'abbonamento ordinario
L. 500.000 (euro 258,23) per l'abbonamento sostenitore

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina di L. 95.000 - euro 49,06).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da L. 1.000 in francobolli.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari al prezzo del fascicolo dell'annata in corso.

Il prezzo dell'abbonamento 2000 per l'estero è fissato come segue: euro 178,18 per l'Europa unita; \$ 300 per il resto del mondo (spese postali incluse).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) L. 200.000 - euro 103,29
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) L. 200.000 - euro 103,29
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) L. 200.000 - euro 103,29
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) L. 200.000 - euro 103,29
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) L. 200.000 - euro 103,29
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) L. 250.000 - euro 129,11
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) L. 280.000 - euro 144,61

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di L. 1.300.500 (euro 671,65), anziché L. 1.530.000 (euro 790,18), e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.