

Esperienze innovative

Sezione 3^a

L'ANALISI PER QUOZIENTI DI BILANCIO NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: IL CASO DELLA REGIONE PIEMONTE

Gianmaria Battaglia¹, Giovanni Leoni²

¹ CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

² Direzione Regionale controllo delle attività sanitarie, Assessorato alla Sanità, Regione Piemonte

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Scopi e metodologia dell'analisi di bilancio - 3. Un sistema di grandezze per le aziende sanitarie - 4. Il contesto normativo e aziendale della Regione Piemonte - 5. La riclassificazione dei bilanci delle aziende piemontesi ai fini della determinazione degli indici di bilanci - 6. I valori risultanti e prime conclusioni.

1. Premessa

Il processo di aziendalizzazione del Sistema sanitario nazionale avviato da un decennio in Italia ha trovato negli strumenti di valutazione della *performance* aziendale un significativo elemento critico. La multidimensionalità delle finalità istituzionali che caratterizzano le aziende sanitarie pubbliche non consente, infatti, la sintesi di un giudizio unitario che prescindendo da valutazioni soggettive effettuate nell'ambito dei ruoli di rappresentanza della collettività previsti dall'assetto istituzionale (1). Tali finalità possono essere fatte afferire a tre dimensioni principali:

— **finalità sociali:** l'azione aziendale deve essere orientata a garantire una risposta adeguata ai bisogni della popolazione nell'ambito del riconoscimento della salute come bisogno primario cui la società deve dare, nei limiti della sostenibilità nel tempo, risposta senza discriminazioni;

— **finalità economiche:** l'azione aziendale deve svolgersi avendo a riferimento criteri di gestione orientati a garantire un rapporto tra risorse utilizzate e risultati conseguiti rappresentativi di condizioni di efficienza ed efficacia;

— **finalità competitive:** il riconoscimento dell'autonomia a ciascuna azienda in un contesto di regole competitive, sia pure parzialmente (libera scelta dei cittadini, esplicita compensazione della mobilità sanitaria ecc.), richiede di orientare la gestione al raggiungimento di capacità competitive in grado di garantirsi le condizioni organizzative ed economiche necessarie al funzionamento aziendale.

Da sempre la difficoltà a misurare e confrontare le dimensioni che descrivono la *performance* aziendale ha indotto la creazione di meccanismi di interazione istituzionale tra azienda e rappresentanti della collettività per rispondere in chiave dialettica al fabbisogno di una sintesi di giudizio. Il sistema di bilanci preventivi e consuntivi previsto per le aziende sanitarie pubbliche viene infatti utilizzato con queste finalità (2).

Inoltre la mancanza di un meccanismo di oggettivazione dei valori economici quale il sistema degli scambi di mercato, caratteristica dei sistemi sanitari, non permette una diretta ed automatica interpretazione del risultato economico in termini di rapporto tra utilità generata e risorse utilizzate (3). Ciò significa che il bilancio delle aziende sanitarie rappresenta in misu-

ra parziale il risultato economico conseguente all'azione aziendale: la significatività di risultati rilevati rispetto all'economicità aziendale è strettamente legato al significato attribuibile al finanziamento delle attività in termini di Valore della produzione.

In questo quadro di estrema complessità e rilevanza del problema della misurazione delle *performance* aziendali sono, quindi, particolarmente utili gli strumenti di analisi ed interpretazione delle informazioni a disposizione per supportare i diversi ambiti, organizzati o meno, in cui si forma il giudizio complessivo sulla situazione aziendale. La contabilità economico patrimoniale, ormai di larga adozione nelle aziende sanitarie pubbliche italiane, fornisce con il sistema dei bilanci la rappresentazione della situazione economica e patrimoniale secondo criteri di rappresentazione coerenti con la logica aziendale.

L'attribuzione di finalità complesse al sistema dei bilanci però, indipendentemente dalla natura tecnica di tipo

L'articolo è frutto dell'opera congiunta degli autori, tuttavia, ai fini dell'attribuzione dei paragrafi, i § 1, 2, 3, 6 sono di Gianmaria Battaglia, e i § 4 e 5 sono di Giovanni Leoni.

economico-patrimoniale, ha nei fatti generato un *corpus* di norme e prassi contabili orientato a privilegiare l'informativa esterna di tipo istituzionale (verso la Regione di appartenenza) rispetto ad un principio di pubblicità più allargato che ispira i documenti di bilancio delle imprese.

Un ulteriore elemento di complessità è riferibile al fatto che la competenza regionale in materia di contabilità delle aziende sanitarie ha generato situazioni potenzialmente difformi in termini di applicazione di principi contabili di rappresentazione (schemi) di bilancio, oltre ovviamente alla diversa significatività dei valori iscritti derivante dai diversi sistemi di finanziamento. In particolare, il valore della produzione assume significati economici differenti in relazione al regime di finanziamento secondo parametri basati sui bilanci precedenti, finanziamento basato sulla quota capitaria, sistema tariffario, modalità di regolazione della mobilità sanitaria, ecc.

Finora però, il contributo di esperienze e riflessioni operative sulle metodologie di analisi e lettura del bilancio è stato molto limitato (4): il lungo processo di introduzione e messa a regime del sistema di rilevazione contabile di tipo economico-patrimoniale ha reso infatti da poco disponibili documenti contabili riferiti ad un orizzonte temporale utilizzabile a tali fini.

Lo scopo di questo lavoro è quindi riconducibile alla ricerca delle condizioni e degli strumenti per l'introduzione dell'analisi dei valori di bilancio delle aziende sanitarie pubbliche e alla definizione di una metodologia di analisi condivisa per consentire il miglioramento dei sistemi decisionali, che si avvalgono delle misure di *performance* economica.

In particolare, questo scopo è stato perseguito attraverso la scelta di utilizzare la metodologia di analisi di bilancio tramite quozienti e di ricostrui-

re i principali indicatori con riferimento ai documenti contabili disponibili per le aziende sanitarie pubbliche della Regione Piemonte per gli anni 1997, 1998, 1999.

L'articolazione di una valutazione e giudizio delle situazioni e delle *performance* aziendali, pur essendo una finalità del lavoro di analisi effettuato, non viene esplicitata in questo articolo, ma potrà essere oggetto di ulteriori contributi e riflessioni.

2. Scopi e metodologia dell'analisi di bilancio tramite quozienti

Senza voler minimamente fornire una trattazione esaustiva della metodologia di analisi di bilancio tramite quozienti, per la quale si rimanda alla vasta e autorevole letteratura in merito (5), si vuole in questo paragrafo richiamare alcuni elementi che si sono rivelati importanti rispetto alle finalità di questo lavoro.

In primo luogo si desidera rievocare la finalità attribuita alle analisi di bilancio tramite quozienti: tale analisi è finalizzata a ricostruire opportuni quozienti (rapporti algebrici) tra grandezze ritenute significative del bilancio nell'ipotesi che un corretto apprezzamento dei valori contabili non possa essere effettuato sulla base dei valori assoluti degli stessi, ma che sia indispensabile, dopo aver raggruppato i valori in aggregati significativi, rapportarli tra loro ed apprezzarne la dimensione relativa. Tale metodo consente pertanto di effettuare analisi che possono basarsi su confronti temporali e spaziali e di posizionamento (rispettivamente: evoluzione della situazione di una stessa azienda nel tempo, raffronto tra aziende con caratteristiche simili, raffronto con indicatori medi riferiti a classi di aziende appartenenti al medesimo settore o contesto) più agevoli e oggettivi.

Ciò comporta che le metodologie di analisi, pur nel rispetto di esigenze di corretta rappresentazione della situazione economica e finanziaria di ciascuna azienda, debbano poter contare su bilanci redatti secondo criteri omogenei noti all'analista.

L'analisi deve pertanto articolarsi in un contesto informativo sufficientemente affidabile che viene ricondotto al rispetto di alcuni presupposti. Tra questi nel presente lavoro si sono rivelati problematici quelli descritti qui di seguito.

Consistency. Il bilancio dovrebbe essere redatto in condizioni di continuità di sistema di classificazione (schemi di bilancio e struttura del piano dei conti), di metodi di valutazione. Nel caso di cambio di metodi di valutazione dovrebbero comunque essere fornite le informazioni per raccordare la situazione precedente e successiva al cambio di metodo. Nell'esperienza effettuata si sono riscontrati alcuni significativi mutamenti nelle valorizzazioni: alcuni di questi sono ascrivibili alla comprensibile esigenza di affinare il metodo contabile nei confronti di aziende di elevata complessità in funzionamento (valorizzazione del magazzino, degli inventari, ecc.) e altre che rispondono all'evoluzione del contesto istituzionale (sistema di finanziamento e rifinanziamento dei risultati negativi pregressi). Da questi ultimi deriva una difficoltà strutturale ad effettuare analisi significative sull'evoluzione del funzionamento dell'azienda qualora i sistemi regionali siano oggetto di trasformazioni significative nei sistemi di finanziamento.

Essere redatto al solo fine di rilevare il risultato di esercizio. L'analista dovrebbe essere in grado di depurare gli effetti sui valori contabili delle valutazioni per attuare politiche fiscali, politiche di rapporto con i «proprietari» e così via. Nel lavoro sono apparse evidenti in diversi ambiti valutativi

l'influenza della problematica relativa all'influenza delle valutazioni stesse sull'ammontare del patrimonio netto. In particolare, l'interesse del soggetto istituzionale a evidenziare valori di patrimonio netto che non comportassero la necessità di interventi straordinari.

L'indipendenza economica. Tale criterio, nel contesto delle imprese, comporta la necessità di un «bilancio di gruppo» ogniqualvolta l'appartenenza ad un gruppo possa rendere inaffidabili i valori contabili dei singoli bilanci. D'altro canto la centratura sul bilancio del gruppo trova un supporto nel fatto che il soggetto istituzionale viene proprio a «spostarsi» a livello di gruppo e non più a livello di singola azienda (6). Tale criterio è invece particolarmente critico per il sistema di aziende sanitarie pubbliche di qualsiasi regione. Il ruolo che la Regione è chiamata ad assolvere si configura da un lato come unico «proprietario» delle aziende e dall'altro come principale «compratore» della produzione aziendale: non solo quindi si rileva l'esigenza di un apprezzamento complessivo del sistema di aziende pubbliche, ma si rileva la sovrapposizione di due ruoli considerati tradizionalmente distinti ai fini dell'utilizzo degli strumenti di rappresentazione contabile della situazione aziendale. Questa constatazione apre una problematica articolata e complessa che esula dai confini di questo lavoro, ma su cui opportuni approfondimenti andranno articolati. Nella prospettiva del nostro lavoro si rileva la necessità di creare i presupposti per consentire una lettura integrata dei bilanci delle aziende afferenti ad un medesimo contesto regionale. Ciò nondimeno occorre rilevare la presenza di finalità di valutazione e di analisi dei bilanci delle specifiche aziende, indipendentemente dalla partecipazione ad un «gruppo pubblico regionale finanziato

dalla Regione stessa»: si pensi in particolare alle aziende territoriali (ASL, AULS, ecc.). Appare evidente che la rilevanza di un apprezzamento della situazione economica e patrimoniale dell'azienda è da finalizzarsi non tanto a tutela del soggetto istituzionale, ma soprattutto alla collettività locale (oltre che ovviamente al sistema dei fornitori e altri soggetti che instaurano relazioni economiche con l'azienda stessa).

Si vuole ricordare infine l'articolazione delle due fondamentali fasi operative che caratterizzano il processo di analisi: la riclassificazione del bilancio e il calcolo degli indicatori di bilancio.

La fase della riclassificazione è volta a raggruppare i dati di bilancio in grandezze significative attraverso opportune rettifiche ai valori grezzi. Il ricorso a rettifiche non intende manipolare i dati di bilancio, ma è necessario per rendere i dati significativi ed elaborabili ai fini dell'analisi. Il processo di elaborazione dei dati consente inoltre l'ottenimento di nuovi valori, ottenuti sulla base delle grandezze elaborate.

Ciò rende il processo di riclassificazione non un semplice momento strumentale, ma conferisce a tale fase un valore analitico e interpretativo proprio.

La criticità di tale fase nel nostro lavoro si è manifestata sia a livello di metodologia operativa, sia a livello di impostazione concettuale.

Si è, infatti, dovuto procedere alla definizione di un insieme di grandezze rilevanti che consentissero il calcolo di quozienti ritenuti significativi e si sono dovute superare diverse difficoltà nel processo di aggregazione e rettifica dei valori grezzi del bilancio. Sul primo aspetto si rimanda ai paragrafi successivi. Dal punto di vista del fabbisogno di rettifiche ai dati di bilancio e sulle informazioni necessarie

alla loro corretta effettuazione si è rilevata la necessità di livelli di dettaglio con riferimento alle risorse ricevute da parte delle aziende dalla Regione. Per ciò che riguarda i proventi cui è possibile associare un significato di valorizzazione della produzione è infatti necessario poter disporre dell'articolazione con riferimento all'utenza di destinazione ed in particolare di distinguere tra VP afferente al «bacinco di utenza istituzionale» o meno. Per quanto riguarda i proventi di natura forfetaria è risultato fondamentale apprezzarne l'eventuale natura «straordinaria», ovvero la non significatività in termini di valore della produzione.

Dal punto di vista dei costi della produzione si è rivelato necessario e utile disporre della distinzione (con particolare riferimento alle aziende territoriali) del valore dei servizi sanitari erogati da altre aziende (pubbliche o private) ai cittadini il cui finanziamento transita dal bilancio in esame. In particolare nel lavoro svolto si sono rilevati diversi punti non perfettamente chiariti o di cui nell'arco temporale esaminato si è riscontrata l'applicazione di diversi orientamenti contabili.

La fase del calcolo dei quozienti dal punto di vista operativo si rivela una fase meramente tecnica, una volta definito il quadro degli indicatori da utilizzarsi per l'analisi. Tale ultimo aspetto viene trattato nel paragrafo successivo.

3. Un sistema di grandezze per le aziende sanitarie

Le finalità di natura extraeconomica, che caratterizzano l'assetto istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche italiane, impone una sostanziale rivisitazione dell'approccio tradizionale alla lettura del bilancio: in particolare, gli indicatori tradizionalmente

utilizzati dovranno essere reinterpretati per consentire una analisi coerente con i fabbisogni di valutazione propri della classe di aziende in oggetto (7).

Lo scarso significato del risultato netto, che tenderà nel lungo periodo in condizioni di economicità ad assestarsi ad un valore prossimo allo zero, sposta l'attenzione alle modalità con cui il risultato è raggiunto. Ciò porta a privilegiare le grandezze che descrivono e analizzano:

- i processi economici svolti,
- la struttura produttiva e finanziaria dell'azienda.

Se la significatività del risultato netto rilevato è scarsa, mantiene una grande rilevanza la analisi delle caratteristiche del valore della produzione generato e delle condizioni produttive necessarie a tale attività. Questo orientamento focalizza l'attenzione su grandezze che descrivono le differenti gestioni che caratterizzano l'attività aziendale e rapportano i valori economici relativi alla gestione caratteristica alle dotazioni patrimoniali necessarie (indici di struttura patrimoniale e indici di rotazione delle attività ecc.).

A questi fabbisogni informativi si affiancano quelli, più tradizionali e diffusi, dei soggetti terzi che presentano relazioni di natura economica con l'azienda (fornitori, ecc.). Tali fabbisogni originano una focalizzazione parallela alle grandezze e agli indicatori che descrivono le condizioni di liquidità e solidità dell'azienda (indici di liquidità, di solidità, tempi medi di incasso e pagamento ecc.).

Nel box 1 vengono riportate le voci relative agli aggregati economici che sono stati utilizzati per ricavare gli indici oggetto della nostra analisi.

Nelle tabelle D vengono riportati gli indicatori utilizzati nell'analisi ed i valori risultanti per le aziende esaminate.

4. Il contesto normativo e aziendale della Regione Piemonte

La Regione Piemonte, nell'ambito del processo di aziendalizzazione del sistema sanitario regionale avviato con il D.L.vo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni ha istituito nel 1994 (L.R. 39/94) 22 Aziende sanitarie locali (ASL) e 7 Aziende sanitarie ospedaliere, mediante l'accorpamento delle precedenti 63 ex Unità socio sanitarie locali (UU.SS.SS.LL.). Nella tabella A viene riportato il quadro informativo riferito alle nuove ASL, mentre nella figura 1 viene rappresentato il territorio regionale con l'ubicazione delle aziende sanitarie pubbliche.

L'insieme dei provvedimenti che realizzano la riorganizzazione del sistema sanitario piemontese non si limita ad assegnare ai nuovi enti personalità giuridica, autonomia finanziaria, contabile ed organizzativa, ma con la creazione delle Aziende ospedaliere,

introduce anche una separazioni di ruoli tra le Aziende territoriali (ASL) e appunto quelle ospedaliere.

Le prime hanno l'obiettivo di garantire ai propri assistiti livelli di assistenza sanitaria uniformi e compatibili con le risorse assegnate, producendo direttamente o acquisendo da altri erogatori (ASL, ASO, privati accreditati e convenzionati) tali prestazioni. Le Aziende sanitarie ospedaliere (ASO) hanno, invece, finalità legate alla produzione di prestazioni sanitarie ospedaliere o ambulatoriali ai residenti delle ASL regionali ed extraregionali.

Questa distinzione di ruoli tra le due tipologie di aziende, nell'introdurre il principio di separazione tra la funzione di tutela attribuita esclusivamente alle ASL e quella di produzione attribuita invece a tutti i soggetti operanti nel sistema sanitario (comprese le strutture private), impone la ridefinizione del sistema di valorizzazione delle attività svolte dalle aziende stesse e quindi del sistema di finanzia-

Box 1 - Principali aggregati per la determinazione degli indici

Risultato economico (RE)
Saldo gestione finanziaria
Saldo gestione straordinaria
Saldo gestione tributaria
Patrimonio netto (PN)
Totale attivo = totale passivo e patrimonio netto (TA, pass. e netto)
Valore della produzione (VP)
Risultato operativo (RO)
Trasferimenti ricevuti
Altri ricavi e proventi (nel VP)
Costi della produzione (CP)
Crediti correnti verso finanziatori (o utenti)
Acquisti e altri costi che alimentano la voce debiti verso fornitori
Costi della produzione che transitano dal magazzino
Debiti verso fornitori
Passivo corrente (PC)
Attivo corrente (AC)
Magazzino
Capitale circolante netto (CCN)
Fondo ammortamento
Immobilizzazioni tecniche lorde (ITL)

Tabella A

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
COD.	Denominazione Azienda sanitaria regionale	U.S.S.S.L.L. precedenti	Popolazione residente	Numero presidi ospedalieri	Posti letto ordinari	Posti letto D.H.	Posti letto totali	Totale ricoveri (ric. ord. + D.H.)	Giornate di degenza (ric. ord. + D.H.)	Degenza media	ASL nel cui territorio insiste una o più Aziende ospedaliere	N. di ricoveri in strutture proprie per ogni 1000 residenti (3)	Tasso ospedalizzazione per ogni 1000 residenti	Differenza (col. 14 - col. 13)	% di soddisfazione interna della domanda (col. 13 diviso col. 14)
101	ASL 1 Torino	TO I TO VIII TO IX TO X	258.781	2	198	40	238	12.295	63.904	5,2	** (2)	47,12	204,47	157,35	23,0%
102	ASL 2 Torino	TO II TO III	234.605	1	364	25	389	16.192	124.213	7,67	** (2)	68,71	189,07	120,36	36,3%
103	ASL 3 Torino	TO IV TO V	217.498	2	518	88	606	23.927	170.659	7,13	** (2)	108,82	198,31	89,49	54,9%
104	ASL 4 Torino	TO VI TO VII	191.898	2	376	40	416	14.758	136.374	9,24	** (2)	76,51	200,44	123,93	38,2%
105	ASL 5 Collegno	24-25-34-35-36	365.611	4	489	22	511	18.716	136.978	7,32	** ASO 904	54,37	186,48	132,11	29,2%
106	ASL 6 Ciriè	26-27-37	173.649	2	449	60	509	14.380	95.661	6,65		74,58	162,06	87,48	46,0%
107	ASL 7 Chivasso	28-29-39	189.128	1	192	14	206	9.430	63.509	6,73		49,96	168,39	118,43	29,7%
108	ASL 8 Chieri	30-31-32-33	286.694	3	529	73	602	30.428	182.531	6		106,61	188,44	81,83	56,6%
109	ASL 9 Ivrea	38-40-41	187.244	2	630	46	676	24.276	174.753	7,2		129,42	163,59	34,17	79,1%
110	ASL 10 Pinerolo	42-43-44	129.370	1	358	40	398	14.935	117.970	7,9		115,66	186,04	70,38	62,2%
111	ASL 11 Vercelli	45-46-49-50	184.502	5	798	62	860	37.104	226.458	6,1		206,87	206,57	-0,3	100,1%
112	ASL 12 Biella	47-48	179.654	1	635	76	711	26.080	187.854	7,2		145,15	175,82	30,67	82,6%
113	ASL 13 Novara	51-52-53-54	316.080	3	499	28	527	21.953	151.743	6,91	** ASO 905	68,54	169,19	100,65	40,5%
114	ASL 14 Ormezza	55-56-57	171.417	3	540	38	578	27.338	179.490	6,57		159,24	183,34	24,1	86,9%
115	ASL 15 Cuneo	58-59-60	153.020	3	70	0	70	987	23.942	24,26	** ASO 906	6,47	190,96	184,49	3,4%
116	ASL 16 Mondovì	66-67	86.090	2	318	26	344	13.980	90.445	6,47		162,06	192,41	30,35	84,2%
117	ASL 17 Savigliano	61-62-63	160.530	3	602	50	652	29.027	185.217	6,38		181,66	193,51	11,85	93,9%
118	ASL 18 Alba	64-65	157.930	1	457	71	528	26.438	152.257	5,76		168,32	206,32	38	81,6%
119	ASL 19 Asti	68-69	198.676	2	689	74	763	26.829	215.756	8,04		135,12	197,96	62,84	68,3%
120	ASL 20 Alessandria	70-72	185.423	1	222	25	247	11.775	71.678	6,09	** ASO 907	63,31	189,34	126,03	33,4%
121	ASL 21 Casale M. (To)	71-76	116.862	1	429	61	490	20.162	107.374	5,33		172,3	221,13	48,83	77,9%
122	ASL 22 Novi Ligure	73-74-75	141.880	3	522	55	577	30.229	184.662	6,11		212,54	194,89	-17,65	109,1%
901	S. Giovanni Battista «Molinette» (To)			3	1.698	191	1.889	76.570	620.639	8,11					
902	C.T.O./C.R.F./Maria Adelaide (To)			3	524	35	559	14.137	145.707	10,31					
903	O.I.R.M./S.Anna (To)			2	838	184	1.022	66.986	251.770	3,76	(1)				
904	San Luigi - Orbassano (To)			1	390	54	444	19.216	129.252	6,73					
905	Maggiore della Carità - Novara			1	765	90	855	37.505	233.699	6,23					
906	Santa Croce e Carle - Cuneo			1	728	72	800	34.198	226.170	6,61					
907	SS. Antonio e Biagio e Arrigo (AI)			2	681	85	766	29.903	214.442	7,17					
	Presidi ex art. 41, 42, 43 e Ircc			13	2.276	202	2.478	75.915	770.455	10,15					
	Privati provvisoriamente accreditati			38	3.421	0	3.421	57.611	1.070.694	18,58					
	Totale regione		4.286.546	112	21.205	1.927	23.132	863.280	6.706.256	7,77		114,24	189,49	75,25	60,29%

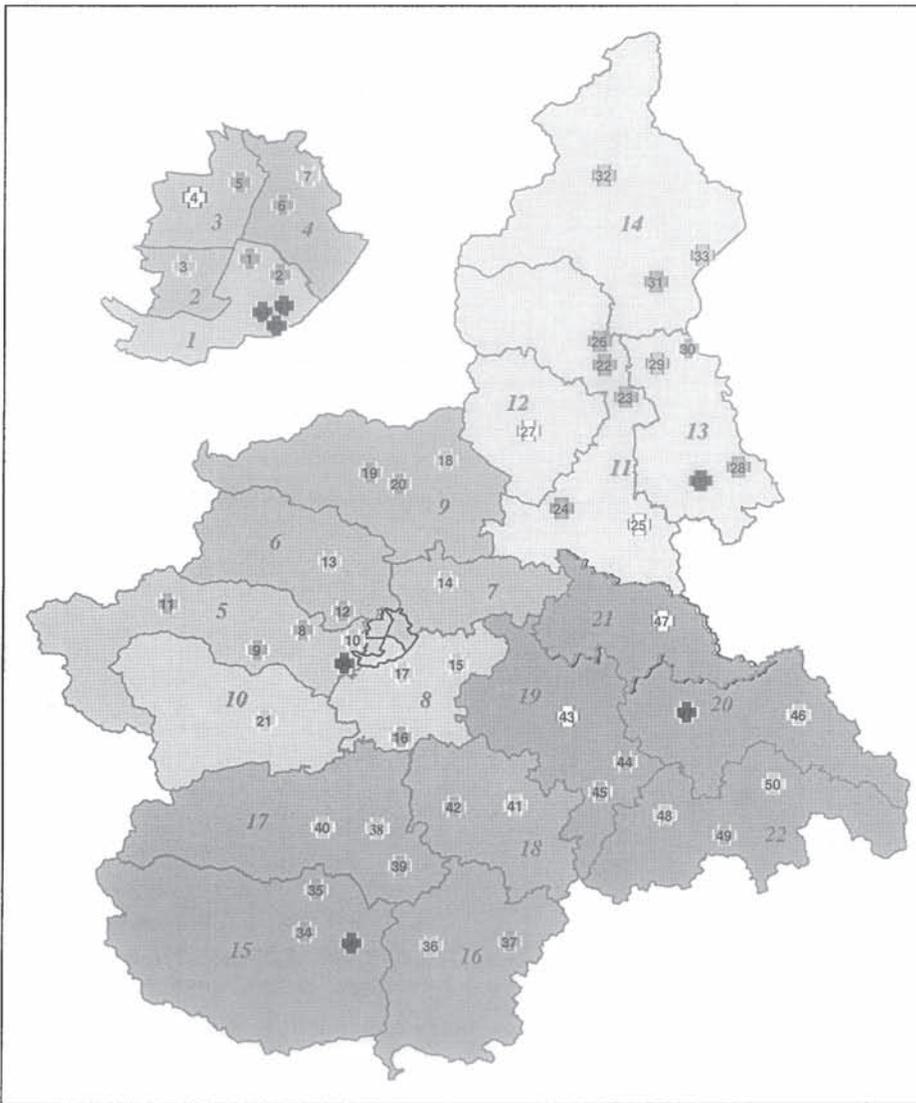
Dati relativi all'anno 1999

(1) Comprensiva degli accessi al D.H.

(2) La città di Torino è suddivisa in 4 ASL (101, 102, 103 e 104) e nel suo territorio insistono 3 ASO (901, 902 e 903).

(3) Questo dato include il numero dei ricoveri effettuati per pazienti residenti in altre Aziende sanitarie. Ciò, in mancanza dei dati analitici utili ad una corretta deprezzazione dell'indicatore, causa una sovrastima dell'indicatore in colonna 16.

Figura 1



mento e rappresentazione della situazione economica, patrimoniale e finanziaria (L.R. 8/95, «Finanziamento, gestione patrimoniale ed economico finanziarie delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere»).

4.1. Il sistema di finanziamento

Più in particolare la Regione Piemonte finanzia le aziende territoriali in funzione:

a) della popolazione assistita (quota capitarla ponderata);

b) delle prestazioni direttamente prodotte ed erogate a residenti di altre ASL;

c) della gestione di specifiche attività (DEA di secondo livello) e per la realizzazione di progetti obiettivo di rilevanza regionale o nazionale.

Le principali fonti di finanziamento regionale destinate alle ASO consistono invece:

a) nelle entrate derivanti dalle prestazioni rese agli assistiti delle ASL regionali ed ai residenti in altre regioni tramite la valorizzazione delle

stesse mediante la classificazione secondo il metodo DRG e l'applicazione delle tariffe definite dalla Regione;

b) in finanziamenti regionali per lo svolgimento di alcune attività di particolare complessità dal punto di vista della specializzazione clinico-scientifica (presenza di cliniche universitarie).

Concorrono, infine, ad alimentare le entrate delle ASR, la compartecipazione alla spesa effettuata da alcune categorie di utilizzatori secondo la normativa nazionale ed altre fonti finanziarie non correlate ad attività di produzione o erogazione di servizi sanitari quali le donazioni, i ricavi per attività non sanitarie ecc.

Le aziende hanno, inoltre, nei limiti di quanto previsto dalla normativa, la possibilità di acquisire risorse finanziarie mediante l'alienazione di parti del patrimonio, l'accensione di mutui e finanziamenti di varia natura finalizzati, nella gran parte dei casi riscontrati sino ad ora, alla costruzione ristrutturazione di edifici ed all'ammodernamento delle attrezzature tecnico-sanitarie.

Il passaggio da 63 ex UU.SS.SS.LL. a 29 ASR si è rivelato un processo lungo, contraddistinto da una molteplicità di aggiustamenti (in particolare per quanto riguarda i criteri di finanziamento e la prassi contabile e di bilancio) dovuti alla novità delle logiche di funzionamento e di responsabilizzazione economica correlate alla natura aziendale delle nuove entità sanitarie regionali e con la gestione dei nuovi meccanismi di finanziamento.

Con riferimento alle diverse aziende le modificazioni del sistema di finanziamento e di rilevazione e rappresentazione contabile ha comportato significative discontinuità rispetto al passato per molte aziende regionali: ciò ha comportato l'esigenza, da parte della Regione, di operare al fine di

evitare che tale impatto avesse ripercussioni sulla capacità delle aziende di svolgere le proprie funzioni nei confronti della collettività.

Nella tabella A sono riportati i dati relativi alle dimensioni delle ASL ed alcune informazioni relative alla capacità produttiva esistente in ciascuna ASL ed al grado che in termini generali tale capacità ha di soddisfare la domanda di prestazioni di natura ospedaliera.

Il quadro che emerge mostra una situazione molto differente per quanto riguarda le 22 ASL regionali. Questo vale sia per quanto riguarda la dimensione aziendale, sia rispetto al profilo della struttura di produzione dei servizi utilizzati dalla popolazione (produzione interna dei servizi ospedalieri ricevuti dalla popolazione). Quest'ultimo fenomeno peraltro può considerarsi fisiologico in presenza di una significativa rete di offerta da parte delle Aziende ospedaliere pubbliche.

5. Il quadro normativo in materia di bilancio e rilevazione contabile

Coerentemente con quanto previsto dal D.L.vo 502/92 che ha disposto che le aziende sanitarie adottino il sistema economico patrimoniale in sostituzione della contabilità finanziaria, la Regione Piemonte ha reso obbligatorio, per le Aziende sanitarie regionali (ASR), l'introduzione di tale sistema a partire dal bilancio relativo all'anno 1997.

Le linee guida ed i criteri a cui le ASR devono uniformarsi nella redazione dei bilanci sono stati definiti dalle norme, atti amministrativi e circolari riportate nel box 2.

L'iter procedurale che porta all'approvazione dei bilanci delle ASR è stato definito dalle LL.RR. 31/92 e 8/95, ed è il seguente:

— i Direttori generali adottano ogni anno entro il 31 ottobre, insieme al bi-

Box 2

- 1) Nel decreto interministeriale del 20 ottobre 1994 è stato predisposto uno schema di bilancio con l'indicazione della struttura del conto economico e dello stato patrimoniale.
- 2) La Regione Piemonte, con le LL.RR. 8/95 e 69/96 ha definito i criteri e le modalità a cui le ASR devono uniformarsi nel redigere i propri bilanci attribuendo alla Giunta regionale la competenza di definire tali criteri e modalità.
- 3) La Giunta regionale con deliberazione del 28 aprile 1998, n. 29-24445, ha predisposto le «linee guida» per il regolamento di amministrazione e contabilità delle ASR. In quest'atto vengono indicati e definiti i principali principi contabili che le ASR devono seguire nel redigere i bilanci e precisamente:
 - a) utilità del bilancio d'esercizio;
 - b) prevalenza della sostanza sulla forma;
 - c) comprensibilità (chiarezza);
 - d) neutralità;
 - e) periodicità della misurazione del risultato economico e patrimoniale;
 - f) comparabilità dei dati;
 - g) omogeneità;
 - h) continuità di applicazione dei principi contabili e dei criteri di valutazione;
 - i) competenza;
 - j) significatività e rilevanza dei fatti economici ai fini della presentazione del bilancio;
 - k) il costo come criterio base della valutazione del bilancio;
 - l) conformità ai corretti principi contabili;
 - m) funzione informativa e completezza della nota integrativa al bilancio e delle altre informazioni necessarie;
 - n) verificabilità dell'informazione.
- 4) Predisposizione del piano dei conti, DGR del 23 dicembre 1996, n. 209-15610.
- 5) DD.GG.RR. n. 105-20622 e n. 163-21648, rispettivamente del 30 giugno 1997 e del 4 agosto 1997 aventi per oggetto: «Approvazione nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale».
- 6) DD.GG.RR. n. 44-22844 e n. 15-23125, rispettivamente del 27 ottobre 1997 e del 12 novembre 1997 relative alla rideterminazione delle tariffe per attività ospedaliera e per altre attività sanitarie da riconoscersi agli erogatori pubblici del Servizio sanitario nazionale.
- 7) DD.GG.RR. n. 105-20622 e n. 163-21648, rispettivamente del 30 giugno 1997 e del 4 agosto 1997 relative all'approvazione nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.
- 8) Circolare della direzione Programmazione sanitaria dell'1 febbraio 1999, prot. 1103/28/28.5, «Istruzioni sulla chiusura del bilancio consuntivo 1997, preconsuntivo 1998, revisionale 1999».
- 9) DD.GG.RR. n. 1-28352 e n. 55-28551, rispettivamente del 14 ottobre 1997 e 11 novembre 1999 relative al «Patto di buon governo tra la Regione e le Aziende sanitarie. Principi e linee per l'attuazione del comma 12, art. 28 della legge 448/98. Programma pluriennale per il perseguimento dell'equilibrio economico gestionale».
- 10) D.G.R. n. 1-28836 del 30 novembre 1999, «D.G.R. 28 aprile 1999, n. 29-24445. Integrazioni e specificazioni sugli indirizzi contabili».
- 11) Circolare della direzione Programmazione sanitaria del 2 dicembre 1999, prot. 14822/28/28.5, «Chiusura del bilanci 1997 e 1998».

gennaio 1997, a circa 1.257 miliardi (a livello complessivo regionale). Tale valore è stato rivalutato nel corso dell'esercizio per l'intero importo, così come previsto dalla D.G.R. n. 1-28836 del 30 novembre 1999, «D.G.R. 28 aprile 1999, n. 29-24445. Integrazioni e specificazioni sugli indirizzi contabili» e dalla circolare della direzione Programmazione sanitaria del 2 dicembre 1999, prot. 14822/28/28.5, «Chiusura del bilanci 1997 e 1998».

Questa modifica di valore ha determinato un notevole effetto rispetto sia al peso specifico che il capitale netto ha sul totale delle passività, nonché sul valore del rapporto che determina l'indice di invecchiamento dei fabbricati.

6.2. Valore della produzione e costi della produzione

La riclassificazione operata sulle voci presenti nello schema regionale ha interessato le voci di conto economico denominate:

- A.1 Contributi in c/esercizio;
- B.1 Acquisti di esercizio;
- B.6 Personale del ruolo sanitario;
- B.8 Personale del ruolo tecnico;
- B.9 Personale del ruolo amministrativo;
- B.10 Spese amministrative e generali;
- E.5 Sopravvenienze ed insussistenze.

Per l'esercizio relativo all'anno 1997, con riferimento voci denominate «A.1 Contributi in c/esercizio», a differenza di quanto effettuato dalla Regione Piemonte che ha attribuito a tale voce i finanziamenti straordinari corrispondenti al conto n. 4500102, è stato ritenuto più corretto imputare tale conto alla gestione straordinaria e precisamente alla voce denominata «E.5 Sopravvenienze ed insussisten-

Tabella B-3 - Schema di conto economico

	Anno di riferimento	Anno precedente	Differenza
A. Valore della produzione			
A.1 Contributi in c/esercizio			
A.2 Proventi e ricavi diversi			
A.3 Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche			
A.4 Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie			
A.5 Costi capitalizzati			
TOTALE A. VALORE DELLA PRODUZIONE			
B. Costi della produzione			
B.1 Acquisti di esercizio			
B.2 Manutenzione e riparazione			
B.3 Costi per prestazioni di servizi da pubblico			
B.4 Costi per prestazioni di servizi da privato			
B.5 Godimento di beni di terzi			
B.6 Personale del ruolo sanitario			
B.7 Personale del ruolo professionale			
B.8 Personale del ruolo tecnico			
B.9 Personale del ruolo amministrativo			
B.10 Spese amministrative e generali			
B.11 Servizi appaltati			
B.12 Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali			
B.13 Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali			
B.14 Svalutazione dei crediti			
B.15 Variazione delle rimanenze			
B.16 Accantonamenti tipici dell'esercizio			
TOTALE B. COSTI DELLA PRODUZIONE			
C. Proventi ed oneri finanziari			
C.1 Oneri finanziari			
C.2 Interessi			
C.3 Entrate varie			
TOTALE C. PROVENTI ED ONERI FINANZIARI			
D. Rettifiche di valore di attività finanziarie			
E. Proventi ed oneri straordinari			
E.1 Minusvalenze			
E.2 Plusvalenze			
E.3 Accantonamenti no tipici dell'attività sanitaria			
E.4 Concorsi, recuperi e rimborsi per attività non tipiche			
E.5 Sopravvenienze ed insussistenze			
TOTALE E. PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI			
			RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE
F. Imposte e tasse			
			UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO

Tabella C - Schema relativo alle immobilizzazioni (da nota integrativa)

Voce di stato patrimoniale	Valore originale	Rivalutazioni	Svalutazioni	Immobiliz. in corso	Fondo ammort.	Valore finale
Voce Y	+	+	-	+	-	=
Valore iniziale						
acquisizioni						
riclassificazioni						
ri-svalutazione						
alienazione						
ammortamento						
Valore iniziale						

ze». Questo finanziamento è, infatti, un ripianamento del disavanzo a favore delle ASL (con il vincolo che per ciascuna azienda non poteva essere superiore sia all'ammontare della perdita che al volume di acquisizioni da ASO) previsto nella circolare della Direzione programmazione sanitaria dell'1 febbraio 1999 e, pertanto, è corretto considerarlo un componente straordinario del risultato.

In relazione al valore degli Acquisti di esercizio è stato ritenuto necessario includere tutti i conti accesi alle rimanenze tenendo, quindi, conto anche dei valori relativi agli acquisti di materiale di cancelleria (nello schema regionale attribuito alla voce di costo B.10 «Spese amministrative e generali») che alimentano i valori di magazzino.

Con riferimento alle voci relative al costo del personale, si precisa che sono state effettuate due rettifiche: la prima (relativa all'esercizio 1997) riguarda i valori di costo conseguenti al rinnovo contrattuale che compaiono come costo di esercizio ma che in parte erano di competenza di esercizi precedenti. Pertanto si è ritenuto più corretto, nella riclassificazione utilizzata, attribuirli alle voci di costo di natura straordinaria. La seconda rettifica riguarda la voce dell'IRAP per gli esercizi 1998 e 1999.

Come è noto l'IRAP sostituisce di fatto i contributi per il Fondo sanitario

a carico delle aziende in vigore fino al 1997; pertanto, per rendere omogenea la rilevazione, si è ritenuto opportuno attribuire tale onere al costo del personale. Di conseguenza, gli importi corrispondenti (per complessivi 221 e 223 miliardi relativi rispettivamente per gli esercizi 1998 e 1999) sono stati sottratti dalle spese generali e ripartiti in proporzione tra le voci che costituiscono il costo del personale.

Un'ultima considerazione riguarda la voce di conto economico denominata «A.1 Contributi in c/esercizio»: si riscontra, infatti, che nell'intervallo di tempo considerato i criteri tramite i quali sono stati determinati i trasferimenti del Fondo sanitario sono stati per ciascuno dei tre anni sostanzialmente diversi. Nel 1997 i trasferimenti a favore delle ASL sono stati definiti in parte secondo criteri di quota capitaria e in parte come contributi di natura straordinaria finalizzati a ripianare le perdite di gestione e parte come finanziamento di specifiche funzioni. Per il 1998 invece, il riparto del Fondo a favore delle ASL è avvenuto in parte secondo criteri di quota capitaria e in parte per il finanziamento di specifiche funzioni. Per l'anno 1999, infine, si prevede che i bilanci non riportino le voci relative alla mobilità (attiva e passiva), tenendo in considerazione soltanto le cosiddette spese dirette.

Infine, fino al 1998, i costi relativi alle prestazioni sanitarie erogate dalle

case di cura private provvisoriamente accreditate, dovevano essere in prima battuta attribuiti alle ASL nel cui territorio insisteva la casa di cura, per essere poi girate dall'ASL competente per territorio all'azienda di residenza dell'assistito. Nel 1999 è l'azienda di residenza che provvede a contabilizzare direttamente i servizi erogati dalle case di cura.

Tali evoluzioni inficiano evidentemente la possibilità di interpretare correttamente l'evoluzione dell'andamento gestionale delle aziende.

7. I valori risultanti e prime conclusioni

Le tabelle D1 e D2 riportano i valori degli indicatori utilizzati nell'analisi. Rimandando a lavori successivi analisi approfondite dei risultati ottenuti, è comunque possibile formulare alcune prime osservazioni. Le aziende della Regione presentano situazioni patrimoniali ed economiche altamente differenziate: tale differenziazione è riscontrabile sia per gli indicatori riferiti alle condizioni patrimoniali che per quelli rappresentativi delle performance economiche.

In particolare si evidenziano valori di patrimonio netto molto diversi e fortemente influenzati dai risultati di esercizio: ciò rafforza la rilevanza del ruolo regionale nella garanzia delle condizioni di sopravvivenza dell'azienda e, simmetricamente, la scarsa autonomia di alcune aziende nel definire politiche aziendali di medio periodo. La rilevanza del ruolo regionale si evidenzia sia a livello di sistemi di finanziamento, sia nella necessità di intervenire con politiche di finanziamento straordinario o con politiche di bilancio sulle valutazioni al fine di garantire condizioni patrimoniali minime a tutte le aziende.

A fronte di questa illustrazione appare evidente come sia opportuna una

Tabella DI

COD	Denominazione azienda	Mantenim. del patrimonio netto			Risultato operativo/totale attivo			Rapporto indebitamento			Incid. altre gestioni su RO (RE/RO)			Incidenza altre gestioni su RO (*)		
		1999	1998	1997	1999	1998	1997	1999	1998	1997	1999	1998	1997	1999	1998	1997
		101	ASL 1 Torino	-21,8%	3965,1%	5,9%	-9,3%	-53,3%	-28,6%	230,4%	-7461,1%	505,4%	1,018	0,996	-0,041	1,8%
102	ASL 2 Torino	-17,6%	-50,7%	13,2%	-11,3%	-30,8%	-23,1%	149,8%	166,1%	223,9%	1,040	0,990	-0,256	3,8%	-1,0%	491,3%
103	ASL 3 Torino	-12,8%	-48,9%	0,4%	-10,2%	-48,9%	-28,9%	124,2%	101,4%	89,9%	1,013	0,987	-0,017	1,3%	-1,3%	6132,2%
104	ASL 4 Torino	-12,3%	-38,5%	-6,4%	-9,3%	-28,8%	-27,4%	125,3%	134,1%	117,8%	1,053	0,997	0,200	5,0%	-0,3%	-400,9%
105	ASL 5 Collegno	-3,6%	-17,4%	-4,9%	-4,7%	-19,2%	-21,7%	75,0%	91,0%	111,2%	1,039	0,997	0,204	3,8%	-0,3%	-390,6%
106	ASL 6 Ciriè	-8,8%	-3,5%	-0,2%	-7,6%	-3,8%	-19,9%	111,1%	90,0%	92,4%	1,053	1,012	0,010	5,0%	1,2%	-9698,0%
107	ASL 7 Chivasso	-6,7%	-15,5%	11,3%	-8,2%	-18,0%	-19,2%	76,1%	85,4%	84,1%	1,070	1,010	-0,701	6,5%	1,0%	242,7%
108	ASL 8 Chieri	-10,1%	-17,9%	4,8%	-9,1%	-22,1%	-34,3%	103,4%	78,5%	84,9%	1,073	1,028	-0,163	6,8%	2,8%	712,3%
109	ASL 9 Ivrea	-12,9%	-15,2%	-7,9%	-14,7%	-20,4%	-21,8%	90,8%	74,5%	73,3%	0,966	0,998	0,491	-3,6%	-0,2%	-103,6%
110	ASL 10 Pinerolo	-3,2%	-4,0%	-3,9%	-4,3%	-6,2%	-13,0%	72,8%	67,2%	88,6%	1,022	0,964	0,340	2,2%	-3,8%	-194,1%
111	ASL 11 Vercelli	-5,4%	-21,5%	-5,4%	-7,8%	-27,7%	-13,0%	81,4%	80,8%	77,6%	0,854	0,963	0,531	-17,0%	-3,9%	-88,4%
112	ASL 12 Biella	-11,4%	-23,4%	-30,7%	-10,7%	-22,8%	-40,2%	99,1%	103,5%	92,7%	1,075	0,994	0,824	7,0%	-0,6%	-21,4%
113	ASL 13 Novara	-5,9%	-28,4%	15,8%	-6,2%	-30,3%	-34,7%	93,4%	87,2%	121,4%	1,028	1,075	-0,376	2,7%	7,0%	366,0%
114	ASL 14 Omegna	-5,3%	-23,4%	-8,9%	-6,7%	-27,8%	-12,8%	79,7%	84,4%	88,8%	1,000	0,996	0,787	0,0%	-0,4%	-27,1%
115	ASL 15 Cuneo	0,3%	1,9%	116,4%	0,7%	2,4%	-65,0%	123,4%	114,3%	121,0%	0,379	0,707	-1,481	-164,0%	-41,3%	167,5%
116	ASL 16 Mondovì	3,7%	4,0%	-4,6%	4,1%	5,0%	-24,6%	86,7%	83,1%	82,6%	1,048	0,961	0,228	4,6%	-4,1%	-339,4%
117	ASL 17 Savigliano	0,0%	-37,2%	-4,1%	0,1%	-34,3%	-19,3%	104,4%	109,2%	111,1%	0,000	0,995	0,192	Infinita	-0,5%	-421,5%
118	ASL 18 Alba	-11,3%	-3,1%	-5,9%	-10,0%	-4,5%	-22,7%	108,8%	98,2%	96,2%	1,039	0,703	0,270	3,7%	-42,2%	-270,9%
119	ASL 19 Asti	-3,4%	-51,4%	-3,7%	-5,2%	-44,4%	-18,8%	91,6%	118,5%	92,0%	0,706	0,978	0,214	-41,7%	-2,2%	-368,2%
120	ASL 20 Alessandria	-19,3%	-169,3%	18,2%	-10,9%	-60,5%	-67,3%	173,9%	280,2%	104,4%	1,023	0,999	-0,259	2,2%	-0,1%	486,2%
121	ASL 21 Casale M. (To)	-4,1%	-20,4%	-27,1%	-5,8%	-27,2%	-19,5%	74,4%	75,5%	168,4%	0,941	0,992	0,826	-6,3%	-0,8%	-21,1%
122	ASL 22 Novi Ligure	-3,1%	-0,7%	-8,7%	-3,9%	-1,6%	-23,8%	91,5%	102,1%	121,1%	0,847	0,406	0,303	-18,1%	-146,4%	-230,3%
901	S. Giovanni Battista - «Molinette» (To)	-7,6%	-9,8%	-4,6%	-9,6%	-14,5%	-5,1%	79,4%	68,2%	62,4%	0,998	0,989	1,431	-0,2%	-1,1%	30,1%
902	C.T.O./C.R.F./Maria Adelaidec (To)	-0,2%	-8,6%	-15,6%	-0,3%	-12,9%	-21,6%	63,8%	67,5%	67,2%	1,034	0,991	1,071	3,3%	-0,9%	6,6%
903	O.I.R.M./S.Anna (To)	0,0%	-47,0%	-15,7%	-1,2%	-31,5%	-5,6%	92,4%	153,7%	225,8%	0,000	0,970	1,236	Infinita	-3,1%	19,1%
904	San Luigi - Orbassano (To)	-2,4%	-16,1%	-16,1%	-3,5%	-20,5%	-17,9%	66,3%	79,1%	67,4%	1,023	0,991	1,329	2,2%	-0,9%	24,8%
905	Maggiore della Carità - Novara	-3,8%	-2,9%	-1,3%	-6,1%	-4,7%	-0,8%	66,1%	68,8%	63,3%	0,945	0,884	2,572	-5,8%	-13,2%	61,1%
906	Santa Croce e Carle - Cuneo	0,0%	-2,0%	-8,8%	0,3%	-2,9%	-11,8%	79,5%	74,9%	72,1%	0,000	0,904	1,029	Infinita	-10,6%	2,8%
907	SS. Antonio e Biagio e Arrigo (Al)	-1,0%	-5,2%	-5,7%	-1,5%	-7,4%	-6,6%	69,6%	69,5%	69,3%	0,951	1,006	1,242	-5,2%	0,6%	19,5%

(*) Espressa come differenza tra RN e RO diviso RN (a valori più alti, in valore assoluto, corrispondono incidenze maggiori).

Tabella D2

COD	Denominazione azienda	Risultato netto			Risultato operativo			Risultato netto su valore della produzione			Risultato operativo su valore della produzione		
		1999	1998	1997	1999	1998	1997	1999	1998	1997	1999	1998	1997
101	ASL 1 Torino	-23.777.604,946	-126.437.280,904	5.356.342,810	-23.336.863,068	-126.905.194,886	-130.568.035,579	-5,00%	-24,28%	1,09%	-4,91%	-24,37%	-26,64%
102	ASL 2 Torino	-16.075.816,725	-50.030.725,278	18.301.032,156	-15.462.866,737	-50.541.986,653	-72.393.823,063	-4,44%	-11,26%	4,68%	-4,27%	-11,38%	-18,32%
103	ASL 3 Torino	-19.715.270,473	-77.683.553,701	1.029.002,960	-19.468.679,731	-78.716.317,056	-62.071.635,194	-5,01%	-18,11%	0,25%	-4,95%	-18,35%	-15,16%
104	ASL 4 Torino	-18.110.775,283	-64.304.388,550	-14.673.735,414	-17.196.383,948	-64.470.465,616	-73.493.494,537	-4,98%	-14,63%	-3,51%	-4,72%	-14,66%	-17,60%
105	ASL 5 Collegno	-15.276.364,119	-61.685.570,228	-23.159.957,008	-14.701.655,074	-61.855.751,294	-113.617.503,802	-3,01%	-10,71%	-4,59%	-2,90%	-10,74%	-22,52%
106	ASL 6 Cinè	-16.436.250,994	-7.231.119,709	-400.335,812	-15.613.362,157	-7.143.986,283	-39.224.954,519	-6,32%	-2,09%	-0,12%	-6,00%	-1,97%	-12,18%
107	ASL 7 Chivasso	-9.745.248,104	-20.584.652,740	16.836.138,308	-9.108.212,237	-20.377.710,026	-24.026.230,292	-3,97%	-6,82%	6,12%	-3,71%	-6,75%	-8,74%
108	ASL 8 Chieri	-20.676.632,223	-40.656.604,474	11.957.795,931	-19.267.692,572	-39.531.571,760	-73.212.836,781	-4,94%	-8,33%	2,83%	-4,60%	-8,10%	-17,30%
109	ASL 9 Ivrea	-23.387.182,237	-30.402.873,724	-18.110.518,833	-24.219.571,254	-30.468.669,709	-36.870.673,793	-6,89%	-8,70%	-5,73%	-7,14%	-8,72%	-11,67%
110	ASL 10 Pinerolo	-6.589.184,852	-8.746.351,728	-8.913.817,906	-6.425.169,796	-9.075.598,595	-26.214.153,920	-2,83%	-3,51%	-4,05%	-2,76%	-3,64%	-11,91%
111	ASL 11 Vercelli	-16.224.174,824	-62.268.206,695	-19.050.358,861	-18.989.043,338	-64.691.566,918	-35.884.855,187	-4,34%	-17,01%	-5,06%	-5,09%	-17,67%	-9,53%
112	ASL 12 Biella	-13.183.283,483	-22.265.640,479	-35.497.147,834	-12.260.323,716	-22.401.023,983	-43.078.815,986	-4,37%	-6,77%	-12,27%	-4,07%	-6,81%	-14,90%
113	ASL 13 Novara	-13.143.347,372	-55.516.053,573	40.259.092,895	-12.789.937,540	-51.644.425,582	-107.085.159,577	-3,29%	-10,27%	8,80%	-3,20%	-9,56%	-23,42%
114	ASL 14 Omegna	-14.895.474,807	-52.052.293,738	-23.091.314,285	-14.892.838,602	-52.267.411,445	-29.350.126,312	-4,37%	-15,71%	-7,01%	-4,37%	-15,77%	-8,91%
115	ASL 15 Cuneo	187.228,052	1.173.689,389	68.028.597,724	494.373,773	1.658.933,521	45.927.600,253	0,12%	0,42%	29,50%	0,31%	0,59%	-19,91%
116	ASL 16 Mondovì	3.892.909,386	4.230.445,168	-4.613.185,187	3.714.945,620	4.404.327,532	-20.268.078,227	2,36%	2,27%	-2,99%	2,25%	2,37%	-13,13%
117	ASL 17 Savigliano	0	-40.647.873,888	-5.405.977,775	191.864,037	-40.870.298,613	-28.190.664,798	0,00%	-12,14%	-1,67%	0,06%	-12,20%	-8,73%
118	ASL 18 Alba	-13.264.028,384	-3.684.346,065	-6.523.162,249	-12.771.224,952	-5.238.149,017	-24.195.626,687	-5,05%	-1,21%	-2,46%	-4,86%	-1,73%	-9,11%
119	ASL 19 Asti	-10.466.922,937	-62.019.333,647	-6.566.933,844	-14.826.665,161	-63.400.073,925	-30.743.193,978	-2,73%	-16,51%	-1,93%	-3,87%	-16,88%	-9,02%
120	ASL 20 Alessandria	-13.880.176,695	-78.259.444,553	22.818.053,902	-13.570.060,853	-78.346.349,521	-88.114.813,313	-5,15%	-22,43%	7,57%	-5,04%	-22,45%	-29,25%
121	ASL 21 Casale M. (To)	-7.779.402,470	-30.574.172,379	-27.165.987,324	-8.270.379,880	-30.815.998,028	-33.612.698,154	-3,40%	-13,23%	-13,42%	-3,61%	-13,33%	-16,24%
122	ASL 22 Novi Ligure	-4.548.250,854	-725.567,232	9.113.132,307	-5.369.409,378	-1.787.461,418	-31.425.902,615	-1,63%	-0,23%	-3,49%	-1,93%	-0,56%	-11,53%
901	S. Giovanni Battista - «Molmente» (To)	-53.600.793,415	-72.178.292,655	-37.990.196,149	-53.726.705,857	-73.005.065,224	-26.554.779,191	-8,39%	-12,70%	-7,22%	-8,41%	-12,84%	-5,04%
902	C.T.O.C.R.F./Maria Adelaide (To)	-617.000,000	-25.140.257,982	-48.669.256,014	-596.940,235	-25.364.377,440	-45.448.077,710	-0,33%	-16,72%	-38,85%	-0,32%	-16,87%	-36,28%
903	O.I.R.M./S. Anna (To)	0	-49.951.434,650	-24.555.295,340	-2.278.275,092	-51.504.052,807	-19.859.171,918	0,00%	-18,77%	-11,10%	-0,72%	-19,35%	-8,98%
904	San Luigi - Orbassano (To)	-4.810.214,101	-26.613.760,313	-25.355.826,340	-4.704.137,408	-26.855.964,870	-19.072.620,590	-3,38%	-25,26%	-24,02%	-3,50%	-25,49%	-18,07%
905	Maggiore della Carità - Novara	-18.884.239,400	-15.062.630,915	-7.162.109,032	-19.981.033,560	-17.045.591,216	-2.785.133,736	-7,40%	-6,32%	-3,16%	-7,83%	-7,15%	-1,23%
906	Santa Croce e Carle - Cuneo	0	-3.276.865,517	-14.714.953,005	363.760,596	-3.635.532,484	-14.299.730,514	0,00%	-1,55%	-7,92%	0,16%	-1,71%	-7,70%
907	SS. Antonio e Biagio e Arrigo (Al)	-3.668.224,027	-19.463.121,697	-22.847.422,877	-3.857.687,507	-19.339.118,101	-18.397.879,560	-1,55%	-9,05%	-11,27%	-1,63%	-8,99%	-9,07%

analisi sistematica e più approfondita delle situazioni economiche e patrimoniali delle aziende regionali e come lo strumento di analisi basato sui quozienti di bilancio fornisca una rappresentazione sintetica e significativa delle situazioni stesse.

A tal fine, si segnalano le criticità principali rilevate nel presente lavoro al fine di poter effettuare analisi sempre più significative:

— stabilità e trasparenza dei meccanismi di finanziamento,

— stabilità nei criteri di trattamento contabile degli ammortamenti e delle altre valutazioni di bilancio,

— inclusione in bilancio di tutti i valori economici riferibili alla gestione aziendale, ancorché aventi natura finanziaria di «partita di giro» (mobilità ecc.),

— rilevanza delle informazioni di dettaglio della nota integrativa al fine della corretta interpretazione e riclassificazione degli schemi di bilancio.

A tal riguardo si auspica, infine, un coordinamento delle normative regionali al fine di poter rendere compatibili tra loro le informazioni contenute

nei bilanci redatti secondo gli schemi e le normative regionali.

(1) Si veda OASI (2000).

(2) Si veda Battaglia, Zavattaro (1997).

(3) Si veda Anessi Pessina, Zavattaro (1994).

(4) Si veda Battaglia, Zavattaro (1997).

(5) A coloro che si avvicinano per la prima volta al tema si raccomanda la lettura di Coda, Frattini, 1990, De Vecchi (1993) e Brunetti, Coda, Bergamin Barbato (1991).

(6) Fatta salva la problematica del ruolo dei soci di minoranza, qui ignorata in quanto non influente sul ragionamento, su cui si rimanda alla letteratura specifica.

(7) Si veda Battaglia, Zavattaro (1997).

BIBLIOGRAFIA

AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1989), *Lezioni di economia aziendale*, Il mulino, Bologna.

ANESSI PESSINA E., ZAVATTARO F. (1994), «Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel S.S.N.», *Mecosan*, 10.

ANTHONY R.N. (1994), *Contabilità e bilancio: uno schema concettuale*, Franco Angeli, Milano.

BATTAGLIA G., ZAVATTARO F. (1997), «L'introduzione della contabilità economico patrimoniale: quali strumenti operativi per l'interpretazione dei valori economici», *Mecosan*, 21.

BRUNETTI G. (1994), *Contabilità e bilancio d'esercizio*, ETASLIBRI, Milano.

BRUNETTI G., CODA V. (1991), Bergamin Barbato M., *Indici di bilancio e flussi finanziari. Strumenti per l'analisi della gestione*, ETAS LIBRI, Milano.

Brunetti G., Coda V., (1990), FAVOTTO F., *Analisi previsioni simulazioni economico finanziarie d'impresa*, ETAS LIBRI, Milano.

CARAMEL R., COOPERS & LYBRAND (1994), *Il bilancio delle imprese*, Il Sole 24 Ore libri, Milano.

CODA V., FRATTINI G. (1990), *Valutazioni di bilancio*, Libreria Universitaria Editrice, Venezia.

DEVECCHI C. (A CURA DI) (1993), *Analisi di bilancio*, voll. I e II, Giappichelli, Torino.

DEVECCHI C., GUERINI D., ALOI F., *La lettura del bilancio di esercizio*, a cura di A. Provasoli e C. Devecchi, Unicopli, Milano, 1987.

FRATTINI G. (1994), *Contabilità e bilancio: logica delle rilevazioni e delle determinazioni di sintesi*, EGEA, Milano.

LUPPI F. (1994), *Analisi dei bilanci aziendali*, Giuffrè, Milano.

MORANDI A. (1994), *Il bilancio: disciplina civilistica e fiscale*, Giuffrè, Milano.

SALAFIA V., RIZZARDI R., ONETO C. (1994), *Il nuovo bilancio di esercizio. principi civilistici, aspetti contabili e profili fiscali*, IST.

SORDINI M. (1994), *Contabilità e bilancio d'azienda*, ETAS LIBRI, Milano.

SUPERTI FURGA F. (1994), *Il bilancio di esercizio italiano secondo la normativa europea*, Giuffrè, Milano.

TEODORI C. (1994), *La costruzione e l'analisi dei flussi finanziari e monetari. Il rendiconto finanziario*, Giappichelli, Torino.

LE LISTE ED I TEMPI D'ATTESA DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: INDICATORI IN USO NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

P.A. Sanna¹, A. Fadda², A. Paganelli², L. Cioni³, M. Lazzarato⁴

1 Statistico Borsista

2 Dir. med. Servizio Distretti Sanitari Assessorato alla Sanità Regione Emilia-Romagna

3 Dirigente Amministrativo AOSP di Parma

4 Responsabile del Servizio Distretti Sanitari Assessorato alla Sanità Regione Emilia-Romagna

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Obiettivi - 3. Contesto - 4. Materiali e metodi - 5. Indicatori di valutazione dei tempi di attesa e di programmazione dell'attività specialistica ambulatoriale - 6. Indicatori di valutazione delle liste di attesa - 7. Indicatori di programmazione - 8. Conclusioni.

1. Introduzione

Le indagini di opinione condotte in molti paesi sulle liste d'attesa hanno messo in evidenza i seguenti elementi comuni:

— sono la principale preoccupazione per i pazienti;

— sono il più grande elemento di critica nei confronti del servizio sanitario pubblico;

— sono il più forte elemento di attrazione verso il settore privato (1).

Le liste d'attesa sono lo strumento che meglio rappresenta, da un lato, la redistribuzione delle potenzialità erogatrici di una struttura sanitaria, e dall'altro, l'accessibilità da parte dei cittadini alle prestazioni sanitarie.

La lettura sistematica delle informazioni contenute al loro interno ha evidenziato la necessità di regolamentare la materia, sia sulla base delle indicazioni normative sia attraverso l'individuazione di indicatori che consentano la valutazione delle attività.

Analisi che ha come fine ultimo quello di garantire l'erogazione di prestazioni specialistiche in modo tempestivo ed efficiente.

La lettura trasparente delle liste d'attesa non può, dunque, prescindere

dalla chiara determinazione degli elementi che la compongono.

Il presente lavoro riporta le prime fasi dell'esperienza, realizzata nella Regione Emilia-Romagna, per rilevare e monitorare in modo omogeneo i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle Aziende sanitarie.

Gli accordi raggiunti dall'apposito gruppo di lavoro, in cui sono rappresentate tutte le aziende, sono stati finalizzati a regolamentare gli aspetti metodologici del monitoraggio e le modalità di calcolo dei tempi di attesa, ed i risultati raggiunti sono stati oggetto della direttiva regionale (circolare 10/99).

Lo sviluppo di un organico sistema di monitoraggio in questa regione si è reso, pertanto, necessario sia per dare attuazione al dettato normativo nazionale, sia per dare corso al processo di riordino del S.S.R. tra le cui finalità rientrano la facilitazione dei percorsi assistenziali e la razionalizzazione delle attività che vanno ricondotte ad un contesto idoneo a rispettare il principio di equità di accesso e di uniformità dei tempi di attesa in ambito aziendale.

L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte del citta-

dino si realizza, infatti, con l'ammissibilità alla lista d'attesa, che viene definita sulla base di criteri di gravità clinica e sull'appropriatezza delle indicazioni alla prestazione.

2. Obiettivi

Le liste d'attesa con tempi critici mettono in evidenza uno squilibrio tra

Si ringrazia per la collaborazione fornita dai componenti del gruppo di lavoro: L. Favero (Azienda ospedaliera di Bologna), E. Carlini (Azienda ospedaliera di Ferrara), G. Govoni (Azienda ospedaliera di Parma), L. Rizzo, M. Pinotti (Azienda ospedaliera di Reggio Emilia), M. Sanza (Azienda USL di Bologna Città), L. Grazia, R. Negrini (Azienda USL di Bologna Nord), C. Fini (Azienda USL di Bologna Sud), B. Benini, G. Cicognani (Azienda USL di Cesena), E. Patroncini, M.A. Fidone (Azienda USL di Ferrara), P. Conforti (Azienda USL di Ferrara), A. Baldoni (Azienda USL di Forlì), G. Degli Esposti, M.L. De Luca (Azienda USL di Modena), R. Emanuele (Azienda USL di Parma), R. Spinola (Azienda USL di Piacenza), A. Folli, M.R. Oriani (Azienda USL di Ravenna), M. Grossi (Azienda USL di Reggio Emilia), A. Cingolani, A.M. Sale (Azienda USL di Rimini), A. Giordano, M. Rolli (Istituti Ortopedici Rizzoli), L. Cisbani (Agenzia sanitaria regionale), A. Todeschini (Statistico borsista presso il Servizio distretti sanitari).

domanda ed offerta di servizi, che può trovare soluzione intervenendo sia sul versante dell'offerta, sia su quello della domanda, con l'obiettivo di giungere alla condizione ottimale di un ricorso appropriato ai servizi sanitari.

La rilevanza e le criticità del settore derivano anche dalla rimodulazione dell'assistenza ospedaliera, che comporta un aumento della quota parte di utenza che potrà avere risposta a problemi sanitari anche complessi presso le strutture ambulatoriali.

Questo cambiamento impone la necessità di far ricorso, anche in questo settore, a meccanismi di analisi statistica che consentano un più puntuale governo della domanda e dell'offerta. (Cambieri, D'Alfonso, 1996) (Melandri, 1996) (NHS, 1996) (NHS, 1999) (Hanning, 1996) (Hanning, Lundstrom, 1998) (Hadorn, Holmes part. 1, 1997) (Hadorn, Holmes part. 2, 1997) (Dowling, 1997).

La Regione Emilia-Romagna in applicazione a quanto previsto dal decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, ha fissato i tempi massimi di attesa (2) per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, in:

- 30 giorni per le visite,
- 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale,
- al di sopra di tali parametri le prestazioni vengono definite «critiche».

Questi valori rappresentano i tempi al di sotto dei quali le Aziende sanitarie devono tendere, per rispettare l'impegno assunto nei confronti dei cittadini.

L'esigenza di rendere confrontabili le Aziende a livello regionale ha reso necessario la definizione di indicatori (3) che consentano sia una lettura univoca dei tempi di attesa sia dei meccanismi di modulazione dell'attività specialistica ambulatoriale.

3. Contesto

Nel mese di settembre 1998 i Direttori generali delle Aziende sanitarie hanno deliberato i tempi massimi di attesa, ed alla fine dell'anno, la Regione, sulla base delle criticità dei tempi di attesa, diffusione territoriale, complessità ed efficacia diagnostica, ha individuato 10 prestazioni «critiche» da sottoporre a monitoraggio periodico, e più precisamente:

1) 5 visite specialistiche (oculistica, urologia, fisiatria, endocrinologia, neurologia);

2) 5 prestazioni di diagnostica strumentale (elettromiografia, eco(color)doppler T.S.A., ecografia dell'addome superiore, TAC cerebrale con mezzo di contrasto, RMN cerebrale).

In questa prima fase di analisi è emersa una grande disomogeneità dei criteri adottati per:

- definire le liste d'attesa,
- determinare i tempi d'attesa,
- definire i programmi d'intervento.

Lo scenario, in cui dovevano attuarsi gli interventi conseguenti agli impegni assunti dalle aziende per il rientro dei tempi, risultava infatti poco definito, per l'assenza di un organico sistema informativo sui tempi di attesa e per l'esistenza di una rilevazione dei dati di attività dell'ambulatoriale incompleta, basata spesso su informazioni rilevate dai supporti cartacei.

È diventato pertanto necessario individuare:

- criteri uniformi di rilevazione;
- indicatori funzionali alla misurazione delle attività;
- un tracciato per la raccolta di tutte quelle informazioni che soddisfino, oltre le esigenze di un monitoraggio sistematico delle prestazioni, anche quelle funzionali ad altri flussi informativi come per esempio quello della mobilità *infra* ed *extra* regionale.

4. Materiali e metodi

La ricerca di proficue strategie d'intervento, nell'ambito della rimodulazione dell'attività specialistica ed in particolare sui tempi di attesa, non ha potuto prescindere dall'analisi degli elementi costitutivi delle liste d'attesa e che sono la numerosità e la durata, ovvero rispettivamente il numero di pazienti presenti ed il tempo per ottenere la prestazione.

I necessari approfondimenti hanno avuto inizio con l'istituzione di appositi gruppi di lavoro, composti dai referenti aziendali per la specialistica ambulatoriale, di cui la Regione ha assunto il coordinamento, con il compito di:

- 1) individuare criteri omogenei di rilevazione degli elementi che compongono le liste d'attesa e di misurazione dei relativi tempi;
- 2) pianificare la cadenza delle rilevazioni;
- 3) individuare indicatori comuni per il monitoraggio delle attività.

Il gruppo di lavoro, per dare corso al mandato ricevuto, ha ritenuto propedeutico all'attività di monitoraggio la definizione di tutti quegli elementi che concorrono a caratterizzare le liste di attesa, e che sono:

- A - le prestazioni;
- B - i soggetti erogatori;
- C - il numero dei pazienti in lista di attesa;
- C-1 - la disponibilità/offerta;
- D - il tempo di attesa.

A - Le prestazioni

Le prestazioni che dovranno essere incluse nelle liste d'attesa (o agende) sono quelle programmabili ed in particolare:

- le prime visite specialistiche, (codici prime visite 89.7, 89.13, 89.26, 94.09, 94.19.1, 95.02) (4);

- le prestazioni di laboratorio (prelievo);
- le prestazioni di diagnostica strumentale;
- le prestazioni terapeutiche.

In questo contesto non sono comprese tra le prestazioni programmabili quelle riferite a:

- programmi di *screening* (neoplasie della mammella e del collo dell'utero);
- prestazioni di 2° e 3° livello, complesse, ad elevata tecnologia ed erogate in discipline con bacino d'utenza *extra* provinciale, quali le visite e le prestazioni afferenti alle discipline di chirurgia maxillo facciale, cardiocirurgia, ortopedia pediatrica, chirurgia del rachide ecc.;

— prestazioni di *pre* e *post* ricovero (si ricorda che la loro remunerazione rientra nella tariffa del D.r.g. attribuito a quell'episodio di ricovero);

— visite di controllo successive alla prima e le altre prestazioni successive al primo contatto (codici 89.01, 94.12.1).

Uno dei problemi derivanti da quella quota di pazienti cronici che necessitano di controlli periodici è quella di differenziare la prima visita dal controllo.

Per consentire alle aziende la determinazione di liste di attesa «distinte» si mutua la definizione di controllo dalle istruzioni di codifica del nomenclatore tariffario regionale: «la visita successiva o di controllo rappresenta la visita in cui un problema già noto viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Non sono considerate visite di controllo quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione ovvero un nuovo problema tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e un

riaggiustamento della terapia» (AA.VV., 2000).

B - I soggetti erogatori

I soggetti erogatori considerati dalla rilevazione sono rappresentati dalle strutture di produzione pubbliche (comprese le Aziende ospedaliere) e dai soggetti privati provvisoriamente accreditati.

C - Il numero dei pazienti in lista di attesa

Rappresenta il numero di pazienti prenotati, per la prestazione considerata, alla data della rilevazione.

C-1 - La disponibilità/offerta

È il numero di prestazioni erogabili settimanalmente.

D - Il tempo di attesa

Il tempo di attesa che si è deciso di rilevare nella Regione Emilia-Romagna è quello prospettato al cittadino al momento della prenotazione.

Questa modalità di informazione consente di fornire ai cittadini il tempo di attesa prima dell'erogazione della prestazione.

Al fine di uniformare la rilevazione dei tempi di attesa, si è convenuto che il tempo da indicare in sede di monitoraggio venga calcolato nel seguente modo: considerata una prestazione a cui è associata un'agenda o calendario, il tempo di attesa è rappresentato

dalla prima disponibilità utile ad eseguire la prestazione, seguita da una o più disponibilità nei successivi tre giorni di erogazione della prestazione considerata (cfr. esempio riportato in tabella 1).

Accanto a queste informazioni, è stato richiesto alle aziende il numero di agende (e relativa numerosità) esistenti per ogni singola prestazione ed il numero di agende (e relativa numerosità) al di sotto dei tempi considerati critici.

I dati raccolti sono stati aggregati e valutati sulla base degli indicatori individuati dal gruppo di lavoro, funzionali alla riorganizzazione delle attività.

Tra tutti i tempi aziendali, la Regione Emilia-Romagna, inoltre considera quello minimo in modo da evidenziare al cittadino quale è il tempo inferiore presente in almeno una unità erogante la prestazione.

Per quanto riguarda la pianificazione della cadenza delle rilevazioni, il gruppo di lavoro ha stabilito nella Regione Emilia-Romagna un monitoraggio trimestrale in modo da affiancare in parallelo il flusso informativo delle liste di attesa ad altri flussi trimestrali ed in particolare quello della mobilità e quello delle prestazioni dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Si tratta di una rilevazione puntuale, un'osservazione delle liste di attesa così come si presentano ad una data. È stato scelto questo tipo di rilevazione da un lato per una maggiore trasparenza al cittadino, dall'altro perché il ritorno informativo trimestrale, neces-

Tabella 1 - Agenda Eco(color)doppler

1-3-1999	2-3-1999	3-3-1999	4-3-1999	5-3-1999	6-3-1999	8-3-1999
1 rossi	1 ada	1 ida	1	1 Blu	1 bianchi	1
2 verdi	2 isa	2 eva	2	2	2	2
3	3 ugo	3 rosa	3	3	3	3

N.B.: la prima disponibilità utile è quella del giorno 4 marzo e non quella del 1° marzo.

sario per una analisi del *trend*, possa facilitare la riorganizzazione dell'attività.

5. Indicatori di valutazione dei tempi di attesa e di programmazione dell'attività specialistica ambulatoriale

Gli indicatori proposti nel presente lavoro sono 3; di questi 1 è di valutazione, l'indice di *performance* e permette di analizzare i tempi di attesa e la loro periodica variabilità, gli altri 2 sono di programmazione, l'indice di saturazione e l'indice di consumo, e valutano invece l'attività specialistica erogata considerando la coerenza con la programmazione iniziale e con i bisogni della popolazione.

La costruzione dei suddetti indicatori richiede il seguente *set* di informazioni per singola azienda:

1) PzL = n. pazienti in lista di attesa ad una determinata data;

2) TA = numerosità (*) agende totali (intendendo per agenda la o le prestazioni associata/e al calendario degli appuntamenti di una determinata prestazione specialistica);

3) NA = numerosità (*) agende con tempi di attesa ≤ 30 gg (visite) o ≤ 60 gg (prestazioni di diagnostica strumentale);

4) Ds = (disponibilità settimanale) rappresenta il n. di visite (o prestazioni specialistiche), individuate per codifica ministeriale, settimanalmente prenotabili;

5) PE = n. prestazioni totali effettuate nel periodo considerato per una determinata prestazione.

(*) Numerosità agenda: numero totale dei posti prenotabili.

Nella Regione Emilia-Romagna è previsto l'utilizzo di indicatori funzionali a quanto definito annualmente dal piano delle attività per il raggiungi-

mento degli obiettivi per la qualità, da conseguire in relazione ai requisiti e alle specifiche dei servizi e delle prestazioni.

In particolare nella D.G.R. 594/00 «Requisiti generali e specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna», nel capitolo «Pianificazione» (allegato 1 linee guida) è suggerita la definizione e applicazione di strumenti (indicatori) che misurino tra le caratteristiche per la qualità, oltre ai tempi di attesa, caratteristiche quali aggiornamento tecnico, efficacia e appropriatezza, competenza professionale etc. L'affiancamento continuo degli indicatori di qualità e degli indicatori delle liste di attesa qui presentati è finalizzato ad assicurare al cittadino un'alta qualità professionale all'interno della struttura e la tempestività dell'erogazione della prestazione.

6. Indicatori di valutazione delle liste di attesa

Per garantire ai cittadini residenti nel territorio regionale l'equità di accesso alle prestazioni specialistiche, soprattutto se in presenza di aziende con una considerevole estensione di territorio e con numerosi punti di erogazione per una stessa prestazione, sono necessari strumenti che misurino la capacità di offerta di un soggetto erogatore, come ad esempio una Azienda U.S.L. o una Azienda ospedaliera.

È possibile infatti che, se un'azienda U.S.L. dispone per esempio di 10 punti di erogazione per le visite oculistiche, ognuno di questi possa presentare un tempo di attesa diverso.

Se le differenze osservate in ogni singolo punto sono notevoli, significa che c'è un'ampia disomogeneità sul territorio e l'azienda non garantisce al cittadino una equità di accesso alla prestazione.

Occorre pertanto valutare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e rendere confrontabili i diversi erogatori della prestazione per poter valutare complessivamente l'accessibilità.

È necessario disporre inoltre di ulteriori strumenti che siano funzionali alla pianificazione dell'offerta in relazione ai tempi di attesa osservati.

A - Indice di performance (I.P.)

È un indice che, descrivendo in modo sintetico la capacità di un'azienda a garantire equità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, fotografa la distribuzione dei tempi di attesa esistente a livello aziendale o distrettuale per ogni singola prestazione. Questo indice analizza la disponibilità delle agende che presentano tempi di attesa inferiori (o uguali) alla soglia oltre la quale si sono definite critiche le prestazioni.

L'I.P. si calcola ponendo al numeratore la numerosità delle agende che presentano tempi di attesa, per una determinata prestazione specialistica, inferiori ai valori soglia considerati accettabili, ed al denominatore la numerosità delle agende totali utilizzate per la prenotazione di quella prestazione, moltiplicato per 100.

$$I.P. = NA / TA * 100$$

dove:

TA = numerosità agende totali (intendendo per agenda la o le prestazioni associata/e al calendario degli appuntamenti di una determinata prestazione specialistica);

NA = numerosità agende con tempi di attesa 30 gg (visite) o 60 gg (prestazioni di diagnostica strumentale) (cfr. esempio riportato in tabella 2).

Come si può osservare dalla tabella riportata, per la visita oculistica, l'A.U.S.L. A, pur presentando un tempo di attesa minimo distrettuale pari ad 1 giorno, solo il 24% dei punti di

Tabella 2 - Visita oculistica (cod. 95.02). Tempi di attesa al 17 gennaio 2000

Azienda	Tempo minimo di attesa (giorni)	Numerosità agende totali	Numerosità agende con tempi di attesa ≤ 30 gg	Indice di performance
	A	B	C	$D = C / B * 100$
Distretto 1A	1	395	27	7%
Distretto 2A	1	191	10	5%
Distretto 3A	3	188	146	78%
A.U.S.L. A	1	774	183	24%
Distretto 1B	17	346	241	70%
Distretto 2B	15	109	37	34%
Distretto 3B	2	140	112	80%
Distretto 4B	1	229	166	72%
Distretto 5B	35	80	0	0%
Distretto 6B	17	150	32	21%
Distretto 7B	22	55	14	25%
A.U.S.L. B	1	1109	602	54%
Azienda ospedaliera B	15	58	58	100%
Provincia B	1	1167	660	57%
.....
.....
.....
.....
Regione		9698	4025	42%

erogazione della prestazione presenta tempi di accesso al di sotto dei 30 giorni.

Al contrario, l'Azienda ospedaliera B, con un tempo di attesa pari a 15 giorni presenta una buona accessibilità in quanto la totalità delle agende (100%) è al di sotto dei tempi critici.

L'indice di *performance*, in quanto visualizza la distribuzione dei tempi nell'ambito territoriale considerato, consente una lettura più completa del tempo d'attesa.

Nella Regione Emilia-Romagna il valore di riferimento dell'indice di *performance*, per l'anno 2000, è stato fissato nel 50%.

In altri termini le aziende dovranno tendere a garantire un tempo di attesa al di sotto della soglia critica in almeno la metà dei punti di erogazione delle prestazioni.

In appendice nei grafici 1 e 2 si può osservare un confronto tra aziende

sulla base del valore «standard» del 50% dell'indicatore e dei tempi di attesa per la visita oculistica e fisiatrica.

In essi è possibile osservare, a livello regionale, una migliore accessibilità alla visita fisiatrica (I.P. 68%) rispetto alla visita oculistica (I.P. 42%).

7. Indicatori di programmazione

Gli indicatori di programmazione descrivono l'attività erogata a livello aziendale e/o dei singoli distretti in rapporto all'offerta relativa destinata alla rispettiva popolazione di riferimento.

Consentono di osservare possibili squilibri tra l'offerta di prestazioni e quanto effettivamente erogato dalle aziende, evidenziando anche le inefficienze di sistema o iperproduzione di prestazioni non programmate; così come le disomogeneità di prestazioni fruite per abitante nell'ambito di ciascun distretto o dell'intera azienda.

A - Indice di saturazione (I.S.)

È un indice che mette a confronto le prestazioni erogate con l'offerta potenziale.

Si ottiene dal rapporto percentuale tra il numero di prestazioni effettuate, nel periodo considerato, con il numero di prestazioni teoriche.

Queste ultime sono il prodotto dell'offerta di prestazioni settimanali nelle 23 settimane del semestre (considerando una riduzione di 6 settimane/anno per festività e riduzioni estive).

Per un semestre avremo pertanto:

$$I.S. = PE / OS * 100$$

PE = n. prestazioni totali effettuate nel periodo considerato per una determinata prestazione;

OS = n. prestazioni settimanali offerte * 23 settimane.

Considerando che l'indice uguale al 100% rappresenta l'offerta completamente «utilizzata», valori superiori a questo possono essere determinati dalla mancata definizione dei criteri di accesso per le prestazioni «urgenti» e «urgenti differibili», per cui la rilevazione dell'erogato potrebbe contenere oltre alle prestazioni programmabili anche queste ultime.

Valori inferiori rispecchiano, invece, un sottoutilizzo dell'offerta, determinato o dalla mancata revisione periodica delle liste di attesa, oppure da una non corretta programmazione dell'offerta (cfr. esempio riportato in tabella 3).

In questo esempio l'A.U.S.L. A, con l'indice di saturazione pari al 72%, presenta ancora margini di utilizzo della struttura; mentre l'Azienda ospedaliera, con l'indice di saturazione pari al 216%, può aver sottostimato la domanda oppure non aver definito correttamente i criteri di accesso.

Tabella 3 - Visita fisiatrica (cod. 89.7, disc. 056). Tempi di attesa al 17 gennaio 2000

Azienda	Tempo minimo di attesa (giorni)	N. prestazioni totali effettuate nel primo semestre 1999	N. prestazioni settimanalmente prenotabili	N. prestazioni settimanalmente prenotabili * 23 settimane	Indice di saturazione
		A	B	C = B * 23	D = B / C * 100
A.U.S.L. A	1	2279	137	3151	72%
A.U.S.L. B	5	6070	248	5704	106%
A. ospedal. B	36	2137	43	989	216%
Provincia B	5	8207	291	6693	123%
.....
.....
.....
.....
Regione		68314	2715	60329	113%

Tabella 4 - Visita oculistica (cod. 95.02). Tempi di attesa al 17 gennaio 2000

Azienda	Abitanti al 31-12-1998 (giorni)	Tempo minimo di attesa	N. prestazioni totali effettuate nel primo semestre 1999	Indice di consumo
	A	B	C	D = C / A * 1000
A.U.S.L. A	265.994	0	4.892	18‰
A.U.S.L. B	350.219	2	20.334	58‰
A. ospedaliera B		71	6.037	
Provincia B	350.219	2	26.371	75‰
.....
.....
.....
.....
Regione	3.959.924		212.572	54‰

B - Indice di consumo (I.C.)

Indica il numero di prestazioni fruite da parte degli utenti di un'azienda, rapportate alla popolazione residente di quella azienda (per mille abitanti).

I.C. specifico per popolazione = $[(PE - PA) + PP] / PR * 1000$ abitanti

PE = n. prestazioni totali effettuate nel periodo considerato per una determinata prestazione;

PA = n. prestazioni effettuate in mobilità attiva;

PP = n. prestazioni effettuate in mobilità passiva;

PR = popolazione residente nell'ambito territoriale dell'azienda.

L'I.C. specifico per popolazione residente richiede la disponibilità dei dati relativi alla mobilità, che si rendono generalmente disponibili in tempi inconciliabili con la programmazione annuale delle attività.

L'indice di consumo, infine, calcolato su base regionale, in cui è ridotta la variabilità legata alla mobilità interna, può rappresentare per le singole prestazioni un primo valore di confronto (cfr. esempio riportato in tabella 4).

Per tale indice esiste un valore riferito alla totalità delle prestazioni pari a 11‰ abitanti e non specifico per prestazione.

In questa fase della rilevazione è possibile mettere in risalto esclusiva-

mente la variabilità presente all'interno delle aziende della regione, che può essere legata non solo ai differenti bisogni di salute espressi dai cittadini ma anche ai diversi comportamenti prescrittivi adottati da parte dei medici.

8. Conclusioni

Il monitoraggio dei tempi di attesa rappresenta un obiettivo regionale per le aziende, presente negli obiettivi del 2000 delle «Politiche per la salute» della Regione Emilia-Romagna e costituisce criterio di valutazione delle Direzioni generali.

L'ottimizzazione della gestione delle liste di attesa, attraverso la migliore appropriatezza delle prestazioni e l'applicazione di linee-guida, deve tendere a garantire che i tempi massimi per le prestazioni programmabili siano contenuti entro:

— 30 giorni per tutte le prime visite;

— 60 giorni per tutte le prestazioni di diagnostica strumentale, nel corso del 2000, per tendere ai 45 giorni entro il primo semestre 2001, assicurando che tale accessibilità sia riscontrata per almeno il 50% delle prestazioni prenotate.

La rilevazione attivata rappresenta un primo passo verso l'acquisizione di informazioni funzionali al confronto fra aziende ed alla ricerca dei primi valori di riferimento a cui tendere per rendere uniforme, sul territorio regionale, l'accessibilità alle prestazioni specialistiche.

La rilevazione in queste fasi iniziali è stata rivolta esclusivamente alla ricerca di informazioni sui volumi di prestazioni prodotte ed i parametri di riferimento individuati, in particolare i consumi, non tengono conto dell'appropriatezza della domanda, pertanto saranno suscettibili di aggiustamenti in corso d'opera.

La selezione, da parte del gruppo di lavoro, dei 3 indicatori presentati è avvenuta, dopo una serie di verifiche interne alle aziende, a partire da una gamma iniziale molto più ampia, sulla base della loro effettiva capacità di fornire informazioni funzionali ad una corretta gestione delle liste di attesa e degli interventi di governo delle stesse.

Unitamente a questo tipo di verifica è stata ricercata l'esistenza di una correlazione statistica tra gli indicatori di programmazione dell'attività specialistica e quello di valutazione dei tempi di attesa.

L'analisi effettuata, in particolare sui dati di ottobre, ha messo in evidenza che tra indice di saturazione ed indice di *performance* non esiste correlazione ($r \cong 0$) in tutte le prestazioni analizzate.

Le informazioni fornite dai due indicatori sono indipendenti da qui la necessità di utilizzarli entrambi.

Diverso è invece il risultato della correlazione osservata tra indice di saturazione ed indice di consumo, risultata essere massima ($r \cong 1$).

La necessità di conservarli ambedue deriva dal fatto che uno è legato alla programmazione delle attività mentre l'altro è funzionale al monitoraggio delle risorse assorbite.

In sintesi è possibile affermare che gli indicatori scelti sono funzionali alla misurazione dell'accessibilità alle prestazioni specialistiche.

In particolare l'indice di *performance* ci ha consentito di confrontare le aziende in termini di

uniformità territoriale dei tempi di attesa.

L'indice di *saturazione* ha focalizzato la congruità della programmazione dell'offerta evidenziando il grado di efficienza dei soggetti erogatori.

L'indice di *consumo*, infine, ha messo in evidenza il livello di utilizzo delle prestazioni analogamente a quanto si rileva nell'ambito della degenza con il tasso di ospedalizzazione.

(1) Taroni Francesco, Liste d'attesa proposte e suggerimenti, pubblicazione interna Regione Emilia-Romagna.

(2) I riferimenti normativi di base:

— il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, il cosiddetto Sanitometro il quale stabilisce che: «le Regioni devono disciplinare i criteri secondo i quali i Direttori generali delle Aziende sanitarie determinano il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di prestazioni specialistiche ambulatoriali e l'erogazione delle stesse (art. 3, comma 10)»;

— la deliberazione della Giunta regionale del 27 luglio 1998, n. 1296, «Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo...» e la relativa circolare applicativa del 14 giugno 1999, n. 10, che individua criteri uniformi di rilevazione dei tempi di attesa;

— il decreto ministeriale del Ministero della sanità 22 luglio 1996 cosiddetto Nomenclatore tariffario nazionale con il quale vengono individuate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i relativi codici;

— D.G.R. n. 410/97 e n. 593/00 contenenti le modificazioni al Nomenclatore tariffario introdotte a livello regionale.

(3) Definizione di indicatore. Il decreto del Ministero della sanità 24 luglio 1995 così recita: «Gli indicatori sono delle informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisio-

nali dei diversi livelli istituzionali. Essi rappresentano uno strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie».

(4) Codici del Nomenclatore tariffario (D.M. 22 luglio 1996 e D.G.R. n. 593 del 1° marzo 2000).

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2000) (AGENZIA SANITARIA REGIONALE), *Manuale operativo ad uso delle Aziende della Regione Emilia-Romagna. Corretta codifica ed applicazione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali*, ed. CLUEB, Bologna.
- CAMBIERI A., D'ALFONSO M. E. ET AL. (1996), «L'analisi del case-mix ambulatoriale: il nuovo fronte strategico del finanziamento a prestazione», *Organizzazione Sanitaria*, 1-2, pp. 3-23.
- DOWLING B. (1997), «Effect of fundholding on waiting times: database study», *BMJ*, 315: 290-292.
- HADORN D., HOLMES C. (1997), «The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview», *BMJ*, 314: 131.
- HADORN D., HOLMES C. (1997), «The New Zealand priority criteria project. Part 2: Coronary artery bypass graft surgery», *BMJ*, 314: 135.
- HANNING M. (1996), «Maximum waiting-time guarantee: An attempt to reduce waiting lists in Sweden», *Health Policy*, 36, 17-35.
- HANNING M., LUNDSTROM M. (1998), «Assessment of the maximum waiting time guarantee for cataract surgery. The case of a Swedish Policy», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 14:1, 180-193.
- MELANDRI B. (1996), «Misurazione della qualità nell'ambulatorio specialistico», *Mondo sanitario*, fascicolo n. 10, pp. 9-14.
- NHS (1996), *Waiting Times Guidelines For Good Administrative Practice*.
- NHS (1999), *The Waiting List Action Team Handbook*.

APPENDICE

Grafico 1

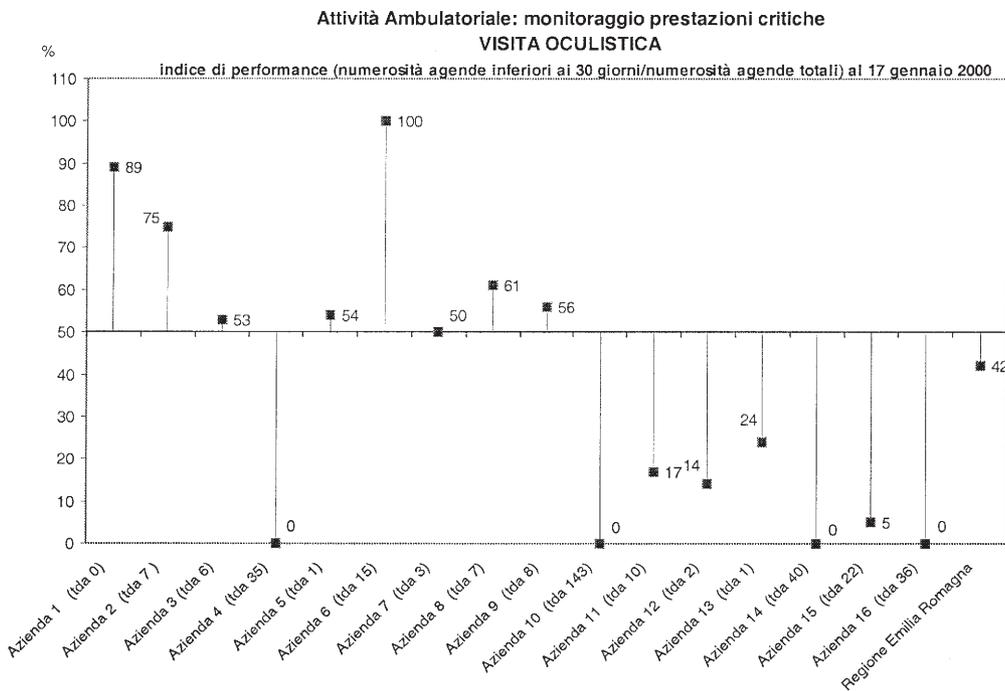
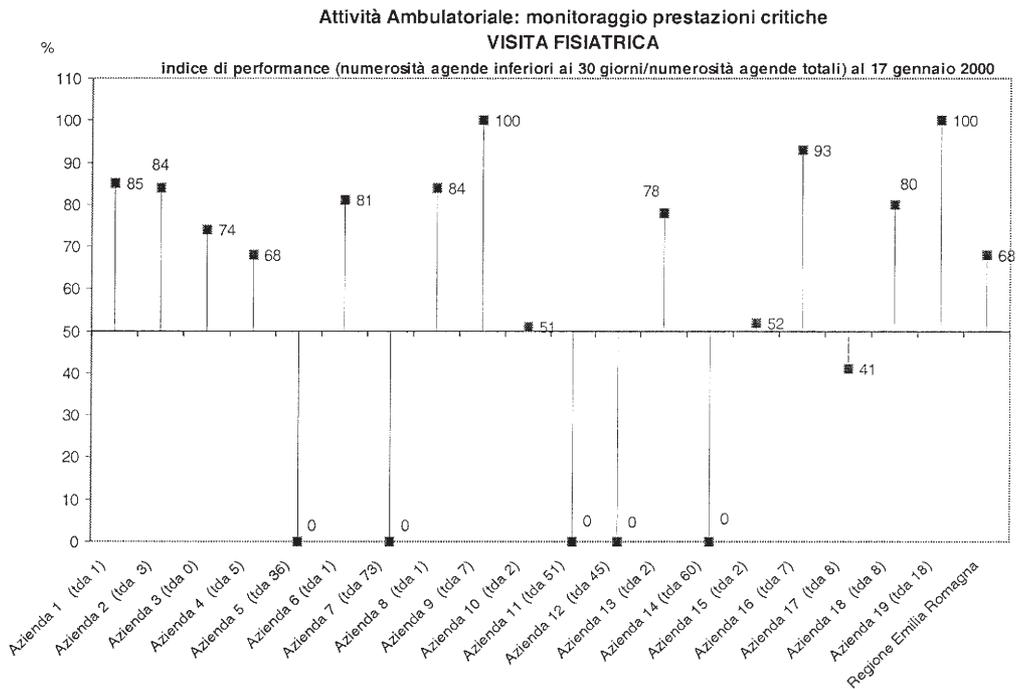


Grafico 2



tda: tempo di attesa espresso in giorni minimo distrettuale nell'incontro del gruppo di lavoro in data 13 dicembre 1999 è stato fissato il valore di riferimento dell'indice di performance pari al 50%.

AUTONOMIA AZIENDALE, FABBISOGNI INFORMATIVI ED INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA: LE ESPERIENZE DELLA ASL 3 DI LAGONEGRO

Edmondo Iannicelli

Direttore Generale ASL 3 Lagonegro

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. I nuovi fabbisogni informativi del sistema sanitario - 3. I fabbisogni informativi dell'azienda sanitaria - 4. L'esperienza della ASL 3 di Lagonegro - 5. Gestione farmaci.

1. Premessa

Il presente contributo propone alcuni spunti di riflessione sul ruolo delle «informazioni» a supporto della gestione e della direzione dell'azienda sanitaria, analizzando le esperienze maturate dalla ASL 3 di Lagonegro negli ultimi anni.

In particolare, il presente articolo propone:

- alcune considerazioni introduttive e definitorie sul tema dei sistemi informativi aziendali sul ruolo delle informazioni per il governo del sistema sanitario e delle aziende sanitarie ed ospedaliere;

- un'analisi della ASL 3 di Lagonegro e delle principali dinamiche che in tale contesto sono state poste in essere rispetto alla progettazione dei flussi informativi aziendali più rilevanti e critici;

- alcuni contributi in merito alla riprogettazione dei sistemi informativi automatizzati.

2. I nuovi fabbisogni informativi del sistema sanitario

Le innovazioni manageriali introdotte nel Servizio sanitario nazionale enfatizzano la necessità che il comportamento dei diversi attori del siste-

ma sia orientato da un'estesa base informativa.

Una prima tipologia di informazioni di cui il sistema evidenzia un significativo fabbisogno riguarda la situazione sanitaria complessiva del Paese al fine di (1)

- definire gli obiettivi verso cui orientare i comportamenti;

- stabilire i criteri rispetto ai quali si intendono valutare i comportamenti effettivi dei diversi attori, per poter verificare e controllare i risultati effettivamente conseguiti rispetto a quelli prefigurati.

Nel «nuovo» Servizio sanitario nazionale la necessità che gli obiettivi generali e quelli attribuiti ai singoli attori siano esplicitati è divenuto di fondamentale importanza: detti obiettivi non possono più rimanere impliciti nella funzione di preferenza dei singoli decisori che, come accade nel mercato inteso in senso classico, li manifestano solo al momento della scelta.

Per questo motivo le caratteristiche tecniche dei servizi e le loro modalità di erogazione (ad esempio i tempi di attesa, le condizioni igieniche, ecc.) devono essere rilevate per consentire alle «autorità pubbliche» di esercitare le funzioni di garanzia nei confronti del singolo cittadino che non è in gra-

do da solo di valutare se, ad esempio, le condizioni operative di un ospedale danno una sufficiente sicurezza.

Ugualmente la quantità e i costi dei servizi devono essere confrontati per consentire una «negoiazione» tra i diversi soggetti (ad esempio la Regione che deve assegnare i finanziamenti pubblici alle aziende e le aziende stesse che raccolgono autonomamente fondi tramite l'erogazione di prestazioni a pagamento) che porti a più elevati livelli di utilità complessiva per il sistema.

In un certo senso le forme di mercato regolato verso cui si cerca di orientare il S.S.N. intendono perseguire obiettivi diversi, che in passato erano considerati alternativi ed erano demandati a due diversi sistemi di regolazione dei processi economici e sociali:

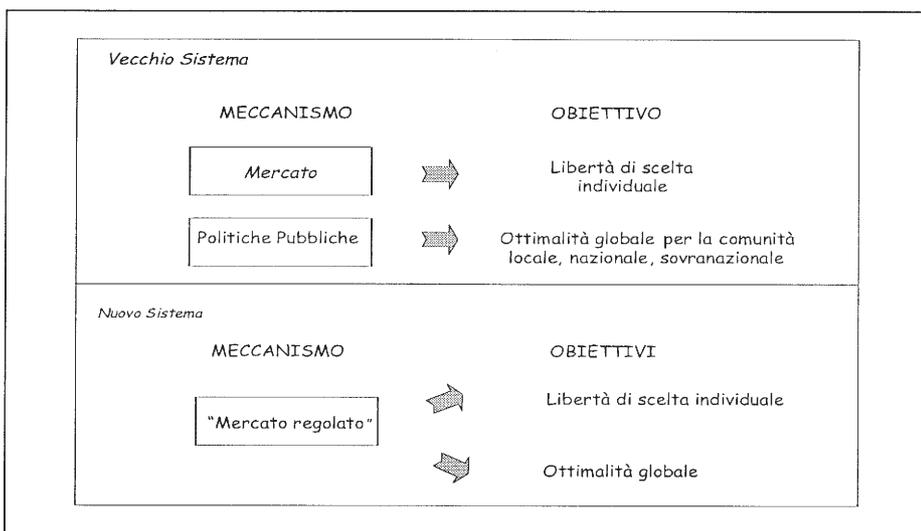
Lo schema 1 evidenzia che:

- in passato i due obiettivi erano raggiunti attraverso due diversi meccanismi;

- oggi deve essere il mercato regolato ad assicurare il raggiungimento di entrambi.

Solo un adeguato sistema di informazioni può garantire una elevata probabilità che tale temperamento degli obiettivi possa realizzarsi in ter-

Schema 1



mini positivi; altrimenti esiste il concreto rischio di coniugare gli effetti negativi dei due sistemi di regole.

2.1. Il processo di produzione delle informazioni

I sistemi informativi rilevano dati e producono informazioni: partono cioè dai primi per ottenere come risultato finale le informazioni. Questo processo merita qualche approfondimento.

Il dato è la «rappresentazione originaria e non interpretata di un fenomeno», mentre l'informazione è «l'insieme di uno o più dati, memorizzati, classificati organizzati, messi in relazione o interpretati nell'ambito di un contesto in modo da avere un significato» (2). I dati costituiscono quindi la materia prima nel processo di costruzione delle informazioni e sono costituiti da gruppi di simboli (lettere, numeri, caratteri speciali) che rappresentano realtà fisiche o concettuali (3). Di solito si tratta della rappresentazione di eventi o fenomeni già accaduti ma esistono anche dati che possono riferirsi ad eventi ipotizzati o previsti. Si tratta comunque di dati elementari da cui partire per la produzione di informazioni, pur osservando che il loro

carattere di oggettività è da riferirsi ad una realtà ipotizzata in modo concettuale.

Si può concettualmente distinguere il processo di produzione delle informazioni in tre fasi:

- l'acquisizione dei dati;
- l'elaborazione;
- l'emissione dell'informazione.

I dati elementari o sintetici, che si presentano abitualmente in forma non immediatamente utilizzabile da chi necessita di informazioni, sono convertiti, per effetto di elaborazioni, in informazioni significative e comprensibili per i destinatari.

L'analisi del processo di costruzione delle informazioni mette in evidenza che spesso tra i dati elementari di partenza e le informazioni finali ottenute si devono considerare dei semilavorati intermedi: si tratta dei cosiddetti dati sintetici. Mentre i dati elementari hanno un carattere intrinseco di oggettività, e quindi di necessità, i dati sintetici trovano la loro giustificazione in base ad esigenze tecniche ed economiche. Risulta, infatti, spesso impossibile, dal punto di vista tecnico, archiviare tutti i dati elementari da cui possono trarre origine tutte le informazioni finali. Il loro volume risulterebbe presto ingovernabile ed i tempi richiesti per ricavare direttamente dai dati elementari le informazioni diventerebbero eccessivamente lunghi.

rebbe presto ingovernabile ed i tempi richiesti per ricavare direttamente dai dati elementari le informazioni diventerebbero eccessivamente lunghi.

Naturalmente il passaggio da più dati elementari ad un unico dato sintetico riduce il potenziale informativo originariamente posseduto dai dati elementari. Il processo di sintesi implica, in prospettiva, una diminuzione di potenzialità informative in confronto al potenziale implicito nei dati elementari iniziali.

Inoltre, attraverso il processo di sintesi i dati perdono quel carattere di oggettività intrinseca che possedevano, in quanto il criterio di sintesi è il frutto di un particolare e soggettivo modo di considerare i dati e di relazionarli tra loro. Il criterio di sintesi non è altro, in genere, che una anticipazione di esigenze informative successive (reali o supposte), che si presuppone di soddisfare più rapidamente disponendo di dati sintetici adeguati. Le esigenze informative, pertanto, condizionano e orientano il processo di sintesi (4): si effettuano quelle sintesi che indirizzano il patrimonio dei dati o verso le informazioni che sistematicamente si devono produrre, o verso quelle che, presumibilmente, verranno richieste.

Non va dimenticato in proposito, che le informazioni che si possono ottenere dal sistema informativo dipendono dal patrimonio di dati disponibili, sia a livello elementare (se i dati analitici iniziali sono mantenuti ancora a disposizione), sia a livello sintetico. Un processo di analisi spinto, combinato con la perdita dei dati elementari originari, può comportare una forte riduzione del potenziale informativo del sistema.

La distinzione introdotta tra dati e informazioni sottolinea il carattere di relatività delle informazioni e la loro intrinseca finalizzazione. I dati possono essere archiviati, e permanere nel sistema; le informazioni invece sono

prodotte per essere «utilizzate» da un destinatario cui sono dirette. L'informazione ha ragione di sussistere solo se è prodotta per essere destinata a qualcuno per qualche scopo, ad esempio come elemento di controllo per attivare il processo decisionale.

Il complesso organico e sistematizzato delle informazioni che si è stati in grado di produrre rappresenta il generale sistema delle informazioni.

Quanto detto finora è indispensabile per una corretta analisi dei fabbisogni informativi di un qualsiasi tipo di sistema sia esso una realtà piccola, come un'azienda sanitaria, sia esso il complessivo Sistema sanitario nazionale.

In ogni sistema con un elevato grado di articolazione il processo di produzione delle informazioni si articola su più livelli, in corrispondenza con la struttura organizzativa dei destinatari delle informazioni.

I dati elementari vengono di solito acquisiti da procedure che si svolgono nelle unità operative che si collocano alla base della piramide costituente la struttura organizzativa del sistema. A questo livello si costituiscono gli archivi contenenti i dati elementari, che attraverso successive elaborazioni daranno poi origine alle informazioni richieste dagli utenti finali.

Procedendo verso il vertice della piramide le informazioni si ottengono sempre più a partire da dati sintetici, ottenuti tramite un processo di consolidamento a più stadi.

Lo schema 2 evidenzia questo processo a più stadi.

Informazioni troppo dettagliate non hanno interesse per i livelli gerarchici superiori, mentre, al contrario, informazioni troppo sintetiche non sono utilizzabili dai livelli operativi.

Il processo di produzione delle informazioni si sviluppa quindi, normalmente, partendo dalla base della piramide della struttura organizzativa

del sistema per giungere al vertice, tramite una serie di stadi di elaborazione successivi.

2.2. I flussi informativi istituzionali nel nuovo sistema sanitario

Applicando lo schema 2 all'attuale assetto del S.S.N., alla base della piramide informativa si collocano le singole ASL e gli ospedali azienda, al livello intermedio si trovano le Regioni, mentre il vertice del sistema informativo è costituito dal Ministero della sanità ed in particolare dal Sistema informativo sanitario (SIS) gestito dal «Dipartimento della programmazione» dello stesso Ministero.

In particolare è previsto che ogni azienda del Servizio sanitario trasmetta ai livelli superiori tre tipologie fondamentali di flussi informativi:

— i dati relativi alla popolazione assistibile, al personale all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro ed all'assistenza di base.

Tali dati vengono inseriti nelle diverse sezioni dei modelli FLS e trasmessi annualmente alle Regioni ed al Ministero della sanità;

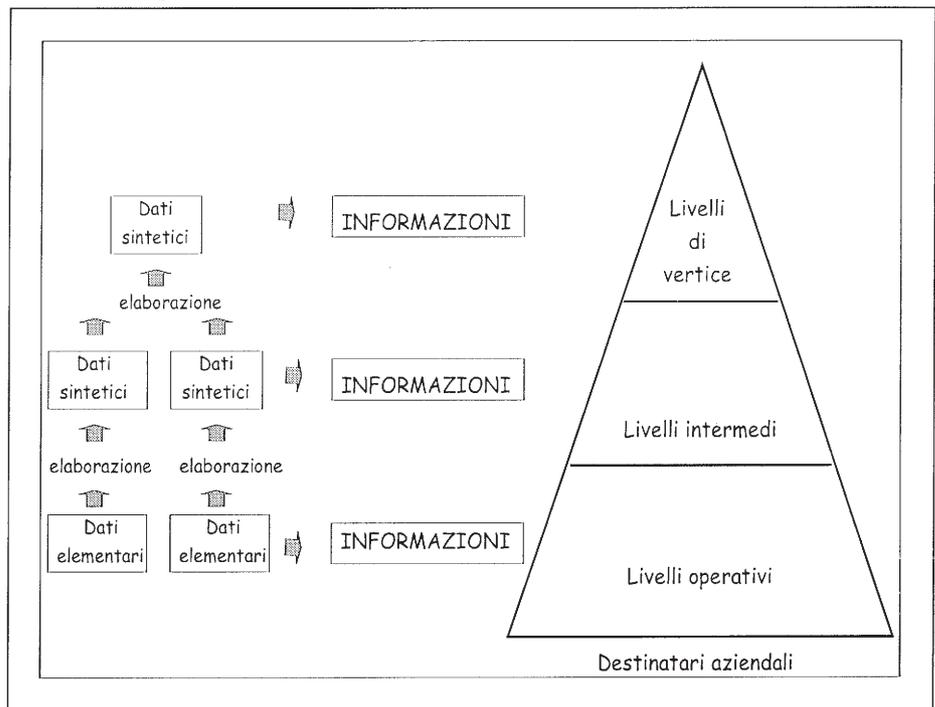
— i Rendiconti di contabilità finanziaria (RND), inviati trimestralmente alle Regioni ed al Ministero della sanità;

— i Conti economici, a preventivo e a fine esercizio, e le rilevazioni extra-contabili di alcuni specifici costi delle ASL (modelli CE);

In sede regionale gli RND e i Conti economici vengono consolidati. Inoltre, le Regioni hanno l'obbligo di controllare e, quindi, validare i dati trasmessi loro e al Ministero dalle ASL, comunicando ad esse le eventuali rettifiche da apportare. Solo in seguito alla validazione delle informazioni da parte delle Regioni, il Ministero della sanità può elaborare i dati raccolti.

Il SIS (Sistema informativo sanitario) gestito dal «Dipartimento della programmazione» del Ministero si compone attualmente di tre settori che

Schema 2 - La produzione di informazioni in azienda



si occupano di tre tipi di rilevazioni e che elaborano ognuno un differente documento informativo finale:

a) il primo si occupa dei Rendiconti di contabilità finanziaria inviati trimestralmente dalle ASL e dalle Regioni (rendiconti riepilogativi o consolidati). I documenti che raccolgono queste informazioni sono i «Rendiconti trimestrali delle ASL», contenenti i dati di bilancio finanziario;

b) il secondo settore, attivato in seguito all'introduzione del sistema di finanziamento prospettico delle strutture ospedaliere ed in fase di implementazione, è costituito dalle Schede di dimissione ospedaliere (SDO). Per il momento non c'è alcuna pubblicazione;

c) il terzo, e più importante settore, è rappresentato dalla rilevazione delle Attività economiche e gestionali delle ASL; i flussi informativi ad esso correlati, introdotti con il D.P.C.M. 17 maggio 1984, rinnovati ed ampliati con il D.M. 19 marzo 1988 e nuovamente riorganizzati con il D.M. 23 dicembre 1996, a seguito dell'attivazione di nuovi flussi informativi sulla contabilità economico-patrimoniale delle ASL, rilevano, in genere con cadenza annuale, i dati relativi:

— alla popolazione assistibile, all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro ed alla assistenza di base delle ASL (modelli FLS);

— all'assistenza specialistica extra ospedaliera, pubblica e privata accreditata, ed all'assistenza residenziale e semiresidenziale (modelli STS);

— all'assistenza specialistica ospedaliera pubblica e privata accreditata (modelli HSP);

— all'assistenza riabilitativa nelle strutture convenzionate, secondo quanto previsto dall'art. 26 della legge istitutiva del S.S.N. (modelli RIA);

— al Conto economico a preventivo e a fine esercizio, ed alle rileva-

zioni extra-contabili di alcuni specifici costi delle ASL (modelli CE).

Lo schema 3 evidenzia i principali flussi informativi generati all'interno del Servizio sanitario nazionale. Come si può notare, le informazioni raccolte dal Ministero della sanità e pubblicate sui rapporti del Dipartimento della programmazione confluiscono poi, insieme ad altri dati macroeconomici, nella «Relazione generale sulla situazione economica del Paese», presentata entro il primo del mese di aprile al Parlamento dal Ministro del tesoro del bilancio e della programmazione economica.

2.3. Gli aspetti critici dell'attuale circuito informativo

Ci sembra opportuno individuare nell'attuale circuito informativo isti-

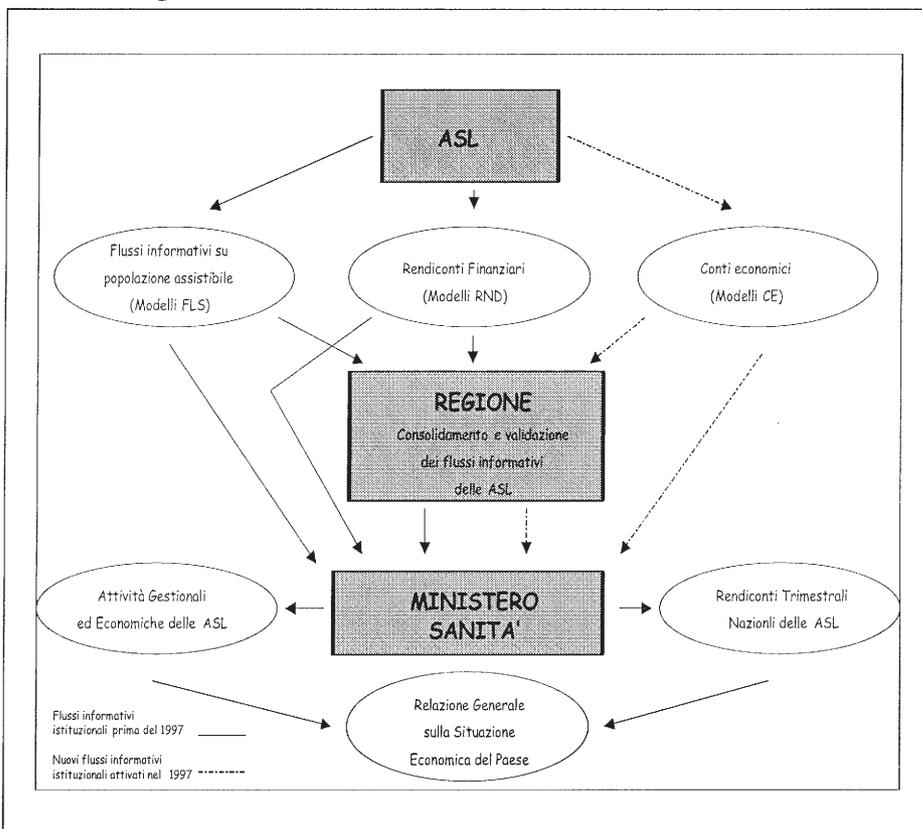
tuzionale del S.S.N. tre fondamentali criticità:

1) manca un efficace coordinamento nella raccolta dei dati. Oggi si assiste al paradosso di un sistema nel quale vengono raccolti tanti dati, con numerose ridondanze, da parte di organi diversi;

2) spesso la qualità dei dati è bassa in quanto mancano adeguati sistemi di verifica. Il principio secondo cui «un dato è comunque migliore di nessun dato» spesso porta a privilegiare la dimensione quantitativa (raccogliere molti dati) rispetto a quella qualitativa (avere dati affidabili);

3) è scarso l'uso dei dati a fini di governo e di gestione. Spesso i dati esistono, ma nessuno li utilizza. Ciò, oltre a determinare un rapporto negativo tra benefici e costi del Sistema di misure, impedisce di attuare il «circo-

Schema 3 - La gestione delle informazioni nel Servizio sanitario



lo virtuoso» secondo cui l'utilizzo dei dati e delle misure da essi ricavati suggerisce le vie del miglioramento degli uni e delle altre.

Il rischio più grosso per chi opera in sanità è quello di essere bombardato dalla richiesta di dati spesso troppo analitici e particolari, senza avere il conforto e il supporto di un sistema di misure e di indicatori che lo aiutano a decidere e ad operare meglio.

Se misuriamo la «bontà» di un sistema informativo in termini di

— qualità e tempestività delle informazioni;

— coerenza con gli obiettivi;

— trasparenza dei dati

occorre rilevare che l'attuale sistema informativo sanitario consente, a livello istituzionale, di rispondere solo in modo parziale all'esigenza di informazioni analitiche, tempestive e di qualità.

In prospettiva, affinché le politiche sanitarie e di controllo della spesa siano efficacemente condotte dalle autorità regolatorie non si potrà evitare una riorganizzazione dei flussi informativi istituzionali.

2.4. Informazioni differenti per differenti livelli di governo

L'analisi dei flussi informativi istituzionali ci offre lo spunto per una riflessione in merito alla tipologia di informazioni di cui i diversi soggetti preposti all'erogazione dei servizi per la salute hanno effettivamente bisogno.

Nell'ambito di un sistema sanitario, si possono distinguere quattro fondamentali tipologie di informazioni:

1) informazioni che consentono di valutare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute e la sua idoneità a tutelare concretamente il «diritto alla salute»;

2) informazioni necessarie a realizzare la funzione di «governo del si-

stema» a livello nazionale (competenza dello Stato) e a livello regionale (competenza delle singole Regioni);

3) informazioni necessarie ad esercitare la funzione di governo delle singole «Aziende» e di gestione dei processi di produzione ed erogazione dei servizi;

4) informazioni per gli organi esterni all'amministrazione della sanità, anche se all'interno del sistema di funzioni e poteri «pubblici», per esercitare le loro funzioni di controllo della spesa (Ministero del tesoro, Ragioneria generale dello Stato) di controllo sulla legalità e correttezza dell'azione amministrativa e di referto al Parlamento nell'efficienza del sistema sanitario (Corte dei conti), di rilevazione del quadro statistico che descrive lo «stato del sistema» e consente raffronti con altri sistemi (ISTAT).

La prima tipologia di misurazioni utili riguarda le informazioni che consentono di valutare i cosiddetti «risultati finali» di un sistema sanitario.

Si tratta di misure di carattere generale che hanno natura prevalentemente descrittiva e che servono soprattutto per i confronti internazionali, esprimendo gli effetti congiunti del funzionamento del sistema sanitario e di fattori esterni, quali, ad esempio, alimentazione, abitudini di vita, comportamenti sociali, etc.

Tali misure sono spesso utilizzate per valutare l'efficacia dei differenti «modelli» di sistema sanitario (basati sulle assicurazioni private, di tipo mutualistico, di tipo pubblico) o delle «grandi riforme» all'interno di uno stesso modello culturale. Si osserva, tuttavia, che proprio la natura di tali misure (il fatto che sono di ordine molto generale ed espressive dell'agire di fattori interni ed esterni all'organizzazione e dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) ne diminuisce il valore esplicativo. Infatti spesso la modificazione di questo ti-

po di indicatori è dovuta alla modificazione delle generali condizioni economico-sociali o al progresso scientifico ed è scarsamente correlabile alla maggiore efficacia di questo o quel sistema di offerta.

La seconda tipologia di misure indispensabili in un sistema sanitario come quello definito dalle riforme è connessa con le informazioni utili per affrontare problemi di «governo del sistema» (nazionale o regionale).

Possiamo articolare queste misurazioni in diversi blocchi logici distinti.

1) Misure espressive dei «livelli di assistenza garantiti su tutto il territorio» che danno una dimensione concreta, operativa e perciò verificabile del «diritto alla salute». Dato il vincolo della limitatezza delle risorse rispetto alla grande potenzialità assicurata dal progresso scientifico, è necessario definire nel modo più chiaro e preciso possibile quali siano i bisogni di salute cui la comunità (nazionale o regionale) intende dare risposta attivando meccanismi di solidarietà sociale. Questo vale soprattutto perché non è possibile stabilire ordini di priorità nell'accesso ai servizi di tutela della salute o criteri di «razionamento dell'offerta» ai vari gruppi sociali sulla base di valori etici o di una razionalità sovraordinata.

2) Misure che esprimono l'efficacia dei diversi modelli di organizzazione dell'offerta di servizi. Si tratta di misure che sono specifiche per le diverse aree di assistenza (ad esempio prevenzione primaria, diagnosi precoce, medicina di base, medicina specialistica nelle diverse aree di bisogno, riabilitazione, etc.) e che perciò devono essere rilevate ed utilizzate dagli organi competenti (Ministero della sanità, Regioni) a fini di programmazione e di verifica sulle politiche intraprese, sulla base però delle indicazioni date dal «mondo scientifico». Solo il riscontro scientifico può indicare a chi ha re-

sponsabilità di governare un sistema come misurare l'efficacia di una terapia, di un intervento di riabilitazione, di prevenzione, etc. Le misure di efficacia esprimono gli effetti sulla soluzione dei problemi di salute conseguenti a certe azioni e consentono di rappresentare un aspetto che costituisce un prius logico rispetto alle politiche di assegnazione delle risorse (che vanno impiegate solo per interventi che «servono») e rispetto ai giudizi di efficienza (si confrontano costi e livelli di efficienza solo di «interventi che servono a tutelare la salute»).

Si sottolinea che le misure di efficacia devono essere discusse e verificate sul piano tecnico-scientifico e costituiscono per il *manager* dati di conoscenza cui devono fare riferimento le proprie decisioni, ma che non rientrano nel suo specifico ambito di competenza. Il *manager* è chiamato a predisporre sistemi idonei a rilevare dati e informazioni sulla efficacia degli interventi nei diversi settori, ma sono i «professionisti» ad indicargli quali misure sono significative e a garantire la qualità e l'affidabilità dei dati

3) Misurazioni significative ai fini di programmazione ed in particolare:

— dati sulla struttura della popolazione e indicatori di carattere epidemiologico che servono a stimare i bisogni e la dinamica della domanda;

— dati espressivi della capacità di offerta per le varie tipologie di servizi e della loro distribuzione nel territorio;

— dati espressivi della dotazione di risorse finanziarie (misure su cui fondare le diverse politiche di finanziamento idonee a modificare i comportamenti);

— dati sulla mobilità territoriale della popolazione sanitaria che possono esprimere fattori positivi (autonomia di scelta dei pazienti) o negativi (scelta di spostarsi a causa di carenza

di offerta o di offerta di qualità insoddisfacente);

— dati espressivi della qualità dei servizi o del grado di soddisfazione dei pazienti: tra essi si possono inserire anche i dati espressivi di impegni assunti dalle «aziende» con l'approvazione delle carte dei servizi.

Con riguardo alla filiera di misure ai fini di governo complessivo va sottolineato che nel nuovo modello di sistema sanitario occorrerà sempre più passare da misure riferite alle diverse aree di attività assistenziali a misure espressive dei risultati complessivi delle aziende. Mentre infatti nel sistema precedente, fondato sul «governo tramite controllo dell'offerta», erano essenziali le misure relative alle diverse aree di attività (prevaleva la programmazione e il coordinamento di tipo verticale), nel nuovo sistema fondato sul controllo della domanda e su un'ampia autonomia riconosciuta alle unità responsabili dell'offerta (le aziende) che sono poste in competizione tra loro, sono essenziali le misurazioni di:

— risultati assistenziali complessivi di ogni azienda da porre a confronto con altre aziende;

— risultati finanziari e/o di bilancio;

— rapporti tra risultati assistenziali e risorse impiegate.

Poiché il governo del nuovo sistema è centrato sul confronto tra le aziende, le misure a cui fare riferimento devono essere sintetiche, ma anche omogenee e confrontabili. Inoltre devono essere riferite a specifiche esigenze quali: finanziamento, attivazione di forma di competizione, programmazione della localizzazione dei servizi, valutazione delle *performance* delle aziende, dei Direttori generali, del gruppo dirigente.

L'introduzione di sistemi di finanziamento correlati ai volumi di attività sancita dai decreti legislativi n. 502/92

e n. 517/93 ha vivacizzato il dibattito relativo alla definizione dei prodotti ed alla misurazione dei risultati delle aziende sanitarie, contribuendo a rendere sempre più esplicite le diverse posizioni degli attori del settore (organi politico-istituzionali, dirigenti delle aziende, medici), spesso animati da interessi contrastanti e volti al perseguimento di finalità differenti.

Non è facile individuare misure espressive dei risultati raggiunti da un'azienda di servizi pubblici.

Innanzitutto non esistono, come invece per le imprese di produzione private, indicatori oggettivi del valore dei beni e servizi dal momento che i «prodotti» dell'attività delle amministrazioni pubbliche vengono in toto o in parte ceduti senza un diretto corrispettivo economico o con corrispettivi che non hanno la funzione di oggettivare i giudizi di convenienza.

Questa situazione fa ovviamente venire meno uno dei tipici strumenti di governo e di valutazione della gestione.

Fino alle riforme più recenti, il problema di attribuire un valore economico all'attività amministrativa non era emerso a causa di una errata convinzione che le aziende pubbliche dovessero «comunque» erogare i propri servizi. Oggi invece è emerso con chiarezza che non ha senso contrapporre le motivazioni egualitarie che sono alla base della cessione dei servizi sanitari, o in genere della pubblica amministrazione, alle motivazioni di convenienza economica che guidano la vita di un'azienda. Ciò è avvenuto con l'affermazione dei due principi di efficienza ed efficacia.

Identificare delle misure che siano di supporto a chi deve gestire le nuove aziende sanitarie secondo questi principi non è un compito semplice ma l'introduzione delle attività di programmazione e controllo della gestione simili a quelle da tempo utilizzate

nelle imprese private facilita di gran lunga questo compito. Solo che, come abbiamo già avuto modo di osservare, occorrerà definire in maniera specifica come applicare questi strumenti gestionali a realtà che da sempre hanno ragionato con logiche diverse e che hanno comunque natura e caratteristiche differenti dalle imprese.

Proviamo a definire alcune misurazioni che possono dare origine ad un sistema di informazioni utili al Direttore generale e alla dirigenza di vario livello di una ASL o Azienda ospedaliera per guidare la gestione.

Esse costituiscono il cosiddetto sistema informativo di management sul quale avremo modi soffermarci più nel dettaglio in seguito. Qui ci limitiamo ad una semplice classificazione che però si rivela molto utile ad un primo livello di analisi. Essa distingue:

— informazioni da utilizzare per i processi di pianificazione strategica, il cui scopo primario è quello di riorientare la gestione;

— informazioni da utilizzare nei processi di controllo direzionale, il cui scopo primario è quello di indirizzare le persone verso il raggiungimento degli obiettivi aziendali;

— informazioni da utilizzare per il controllo operativo, il cui scopo primario è quello di agevolare il coordinamento delle attività.

Questa distinzione delle attività aziendali è quella fornita da Anthony nei suoi studi sul tema dei sistemi di pianificazione e controllo. Egli ha analizzato le attività che hanno luogo in un'azienda di produzione e ha proposto uno schema di rappresentazione a piramide divenuto assai noto (schema 4) (5).

Abbiamo già avuto modo di servirci di una rappresentazione a piramide più sopra per descrivere il processo di produzione delle informazioni. I due schemi si completano a vicenda e danno una visione più organica dei flussi

informativi che circolano all'interno di ogni azienda.

L'utilità di disporre di informazioni per il controllo economico è ormai un'esigenza concreta. Per questo motivo sono stati elaborati alcuni indicatori che riflettono diversi obiettivi conoscitivi ed ai quali è possibile fare riferimento per focalizzare un primo quadro dei sistemi di definizione e di misurazione delle attività sanitarie presenti attualmente nelle ASL. Tra questi indicatori si ricordano in particolare:

— i dati epidemiologici, utilizzati dagli organi politico-istituzionali al fine di elaborare un quadro di riferimento generale che consenta loro di formulare indirizzi di programmazione di medio-lungo termine (definizione delle politiche sanitarie), o dai medici a fini di ricerca clinica (predisposizione di piani, screening sanitari, interventi di prevenzione su una parte o sulla generalità della popolazione, etc.);

— i DRGs (o eventuali altri sistemi di classificazione delle prestazioni ambulatoriali), presi a riferimento al

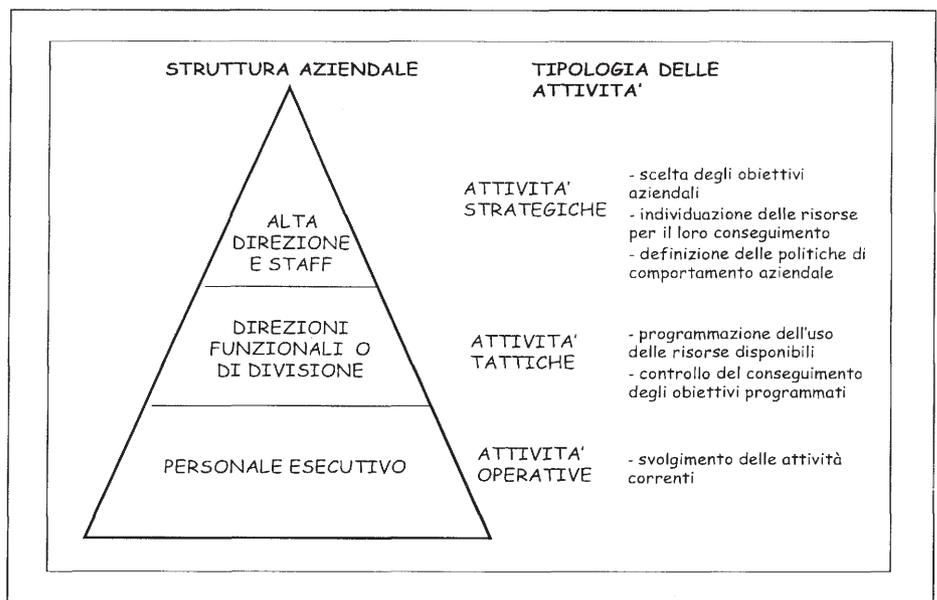
fine di stabilire l'importo del finanziamento per ogni azienda;

— gli indicatori di efficacia sanitaria, elaborati dai clinici al fine di valutare quale è la capacità di un intervento medico di migliorare le condizioni di salute di un individuo o della collettività;

— i sistemi di rilevazione delle singole prestazioni eseguite, introdotti presso alcune aziende ASL o ospedaliere, per lo più a fini di incentivazione del personale.

I sistemi di rilevazione delle singole prestazioni si sono tradotti nella elaborazione di elenchi molto dettagliati delle attività eseguite da ogni singola unità organizzativa. Così, ad esempio, è possibile che un servizio di laboratorio di un presidio ospedaliero disponga di elenchi di circa duecento tipologie di esami diagnostici rilevati quotidianamente. Tutti gli indicatori individuati, proprio perché definiti da soggetti diversi dalla direzione aziendale, non rappresentano in modo soddisfacente la primaria esigenza del vertice delle ASL, che è quella di riuscire a «guidare l'azienda verso il perseguimento

Schema 4



mento di obiettivi definiti, in presenza di vincoli ambientali» (6). Se assumiamo quest'ultima prospettiva e ci proponiamo quale finalità essenziale quella di fornire alla direzione informazioni che siano utili al governo dell'azienda, occorre riflettere sul concetto di «prodotto sanitario», che dovrebbe essere ridefinito in modo da consentire di:

— valutare gli equilibri parziali dei singoli Centri di responsabilità, con riferimento al rapporto tra fattori produttivi impiegati e i prodotti/servizi erogati (misure di efficienza gestionale) ed al rapporto tra i risultati effettivamente conseguiti e gli obiettivi prefissati (misure di efficacia gestionale) (vedi schema 5);

— cogliere le interdipendenze tra le unità organizzative, per comprendere quali relazioni intercorrano tra l'equilibrio parziale dei singoli dei singoli sottosistemi e l'equilibrio generale dell'azienda (7).

Elemento essenziale per la programmazione ed il controllo dell'attività delle aziende è la consapevolezza che l'equilibrio complessivo non risulta dalla semplice somma degli equilibri parziali dei singoli sottosistemi: l'effetto indotto sul sistema macroscopico dalla cooperazione delle parti risulta molto più importante dell'effetto indotto dalla somma degli elementi presi separatamente e per questo l'analisi delle interazioni e delle interdipendenze tra le unità organizzative diviene elemento essenziale per cogliere gli aspetti determinanti dello stato di equilibrio complessivo dell'azienda.

Dato che i sistemi di classificazione non riflettono l'esigenza del vertice direzionale della Unità sanitaria locale, che è quella di governare l'azienda perseguendo obiettivi di efficienza e di efficacia gestionali a livello di singola unità organizzativa ma soprattutto a livello complessivo di azienda, è

opportuno progettare uno specifico sistema di classificazione dei risultati, cui si leghi un sistema di misurazione degli stessi a fini di programmazione e controllo di gestione.

2.5. Il controllo del sistema da parte degli organi esterni

Anche gli organi esterni necessitano di misurazioni per porre vincoli, ad esempio tetti di spesa, al sistema sanitario o per valutarlo. In effetti non si tratta di misure diverse da quelle in precedenza discusse, ma piuttosto di un differente modo di utilizzarle. Infatti gli organi esterni utilizzano le misure prevalentemente in chiave comparativa con obiettivi di:

— evidenziare differenze fisiologiche e differenze patologiche (o non spiegabili da differenze strutturali) tra le diverse realtà, ad esempio tra le diverse aziende o Regioni;

— evidenziare e spiegare le differenze tra programmi di attività e gestione effettiva e tra previsioni e risultati a consuntivo;

— evidenziare il rispetto o il mancato rispetto di vincoli posti alla gestione o rilevare vincoli irrazionali o comunque non compatibili con la realtà epidemiologica, finanziaria e sociale del Paese o di diverse Regioni.

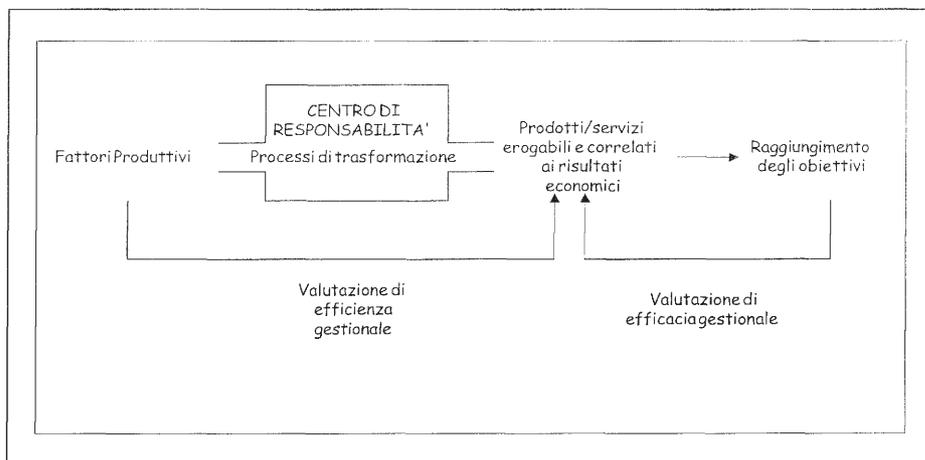
Si sottolinea il fatto che per svolgere un'efficace azione di controllo esterno e per dare significatività a tali valutazioni occorre attuare rilevazioni continuative (ad esempio costruzione di significative serie storiche di dati) ed evitare invece rilevazioni saltuarie, occasionali ed estemporanee con metodi non omogenei. Occorre anche evitare la concentrazione dell'attenzione su aspetti particolari della gestione e delle politiche, ma assumere sempre una visione integrata dei vari aspetti e quindi delle varie misure.

3. I fabbisogni informativi dell'azienda sanitaria

L'individuazione dei fabbisogni informativi interni e specifici di ogni singola unità operativa del nostro Servizio sanitario diviene quindi un momento fondamentale del processo che porta l'intero sistema al raggiungimento dell'efficienza e dell'efficacia.

Se il sistema informativo rappresenta per un'azienda uno strumento fondamentale per ottenere le informazioni indispensabili per poter gestire e controllare le attività di scambio con l'esterno, il presupposto fondamentale per poter progettare un sistema informativo e per dotarsi di soluzioni informatiche adeguate è un ricognizione

Schema 5



preliminare delle esigenze di ogni livello gerarchico dell'azienda.

Cercheremo qui di distinguere le principali tipologie di fabbisogni informativi di un'azienda di servizi sanitari suddividendo le attività e i processi tipici che in essa hanno luogo in cinque «macroaree» fondamentali 6 (8):

- I. area amministrativa;
- II. area direzionale;
- III. area dei servizi al territorio;
- IV. area ospedaliera;
- V. area delle relazioni esterne;

In particolare quando parliamo di area di attività aziendale facciamo riferimento ad un modulo organizzativo (o sottosistema) corrispondente ad un nucleo di attività rilevanti nella gestione dell'ente e per realizzare le quali è necessario un numero significativo di informazioni. Ogni area presenta esigenze informative particolari legate alle caratteristiche delle operazioni che vengono realizzate.

Ogni modulo può essere articolato in sottomoduli che fanno riferimento alle attività di supporto di determinati moduli (ad esempio «gestione gare» o «gestione delibere»).

È importante sottolineare la presenza di moduli nodali, cioè di attività di gestione che per il numero e la rilevanza delle informazioni (provenienti da altri moduli) che raccolgono e sintetizzano, si rivelano «cerniere» cruciali nella circolazione e nell'integrazione dei flussi.

Nel circuito dei flussi informativi interni ad ogni azienda rientrano inoltre i soggetti esterni con cui essa scambia abitualmente informazioni (ad esempio «fornitori», «medici di base», «altre aziende sanitarie»).

Si può osservare che si è optato per l'identificazione di «moduli» coincidenti con specifiche attività di gestione anziché con unità organizzative (ad esempio «provveditorato»), intendendo focalizzare l'analisi sulle informa-

zioni generate dai diversi processi attuati, a prescindere dalle diverse soluzioni organizzative adottate dalle diverse aziende.

Vogliamo soffermarci ora ad analizzare i fabbisogni informativi specifici di ciascuna delle aree indicate, con riferimento ai processi che all'interno di esse si sviluppano. Alla descrizione cercheremo di associare uno schema grafico che per ogni area metta in evidenza quelli che abbiamo indicati come moduli e i rispettivi sottomoduli.

3.1. Le informazioni per la direzione

Nell'attuale assetto di organizzativo delle aziende sanitarie i poteri di gestione e di rappresentanza dell'istituto sono affidati alla figura del Direttore generale coadiuvato dal direttore amministrativo e sanitario e dagli organi di *staff*.

Nonostante la grande varietà dei modelli organizzativi che si riscontrano nella realtà e che dipendono in larga misura dalle dimensioni aziendali e dalla cultura organizzativa esistente, a questo livello più alto della struttura competono per legge i compiti di verifica della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, e dei risultati.

Questo tipo di funzioni rientrano senza dubbio nella tipologia di attività che nella classificazione di Anthony sono definite strategiche.

La pianificazione strategica da parte degli organi di alta direzione è un processo che richiede in maniera accentuata l'utilizzo di informazioni esterne, raccolte al di fuori dell'ambito aziendale e che riguardano l'evoluzione dell'ambiente di riferimento (9).

Quando si fa ricorso a dati interni, essi devono spesso essere modificati per essere adattati al problema che deve essere analizzato. Per questo tipo di

attività, si richiedono spesso informazioni che non possono essere attendibili, ma solo approssimative (cioè non esatte), o dati che si possono ricavare solo da stime.

Nell'ultima parte di questo lavoro ci soffermeremo sull'analisi dell'attività di alta direzione di un'azienda sanitaria e cercheremo di individuare non solo un modello di sistema informativo efficiente per il supporto al processo decisionale ma anche le soluzioni tecnologiche presenti sul mercato.

I moduli organizzativi che fanno riferimento a quest'area e che costituiscono i poli dai quali partono e ai quali giungono i flussi informativi delle altre aree di attività presenti nell'azienda sono i seguenti:

— il modulo *Contabilità analitica* per centri di costo (che permette di rilevare i valori relativi ai costi di produzione e di erogazione, ai ricavi, ai prezzi interni, con riferimento ai centri ed alle aree di responsabilità ed ai fattori produttivi impiegati); in considerazione della sua fitta rete di interconnessioni si tratta senza dubbio di un «modulo nodale»;

— i moduli *budget* delle singole unità operative e dell'azienda nel suo complesso (in termini di risorse allocate — personale, materiali, impianti, servizi — e di attività, prestazioni, servizi erogati);

— i moduli *valutazione e pianificazione* delle attività (attività dell'alta direzione, fondata sulla base del sistema di *reporting* aziendale e del sistema aziendale di indicatori di sintesi relativi a tipologie di costi per prestazioni, domanda di prestazioni, accessibilità ai servizi, risorse impiegate, attività svolte e risultati ottenuti, qualità) (10).

I flussi informativi che alimentano l'area direzionale sono evidentemente generati:

— dall'area amministrativa, con particolare riferimento alla rilevazione ed alla contabilizzazione dei costi;

— dall'area sanitaria («area servizi al territorio» ed «area ospedaliera»), con riguardo ai dati di attività;

— dall'area relazioni esterne, con riferimento, ad esempio, al grado di soddisfazione espresso dall'utenza ed ai rapporti con le altre aziende e con la Regione.

3.2. Le informazioni a supporto dell'attività amministrativa

Le attività che fanno capo a quella che abbiamo identificato come area amministrativa includono la rilevazione ed il trattamento delle informazioni che derivano dalle attività di gestione corrente dell'azienda.

Nella realtà attuale delle ASL e degli ospedali aziende è la Direzione amministrativa che deve occuparsi del controllo economico delle attività svolte dalle altre funzioni.

Pur nella molteplicità dei modelli organizzativi esistenti, l'area amministrativa fa parte di solito degli organi che si definiscono di linea e si occupa tipicamente della tenuta della Contabilità generale e della gestione delle attività inerenti alle altre funzioni aziendali. Spesso accade che l'attività di programmazione e controllo sia svolta dagli organi di *staff* che fanno capo al Direttore generale e che la tenuta della Contabilità analitica sia disgiunta da quella della Contabilità generale, affidata come abbiamo detto agli uffici amministrativi.

Ad uno stadio avanzato di evoluzione della struttura organizzativa delle ASL, la direzione amministrativa deve essere parte, insieme alla Direzione sanitaria, di un nucleo che potremmo definire di *top management*, che fa capo all'alta direzione e che non ha responsabilità diretta di un'area di attività e di risultati operativi.

Possiamo suddividere le attività dell'area amministrativa nei seguenti moduli:

— il modulo degli «ordini» (ciclo passivo per beni e servizi, dalla formulazione dell'ordine interno all'eventuale indizione di gara);

— il modulo della «gestione del personale»;

— il modulo della «gestione dei ce-spiti»;

— il modulo della «gestione dei magazzini»;

— il modulo delle «entrate» (fatturazione attiva).

Dalla contabilità generale si desumono le informazioni necessarie per la Contabilità fiscale e la Contabilità IVA e si generano significativi flussi bidirezionali di informazioni verso moduli dell'area direzionale («Contabilità analitica» e «Valutazione e pianificazione attività»).

L'area dei servizi al territorio

Possiamo raggruppare le attività che Anthony chiama di tipo operativo svolte all'interno di un'azienda sanitaria, in due grosse aree che definiamo Area di servizi al territorio ed Area sanitaria.

Sembra infatti opportuno distinguere la gestione caratteristica che si svolge all'interno di una ASL da quella di un'azienda ospedaliera, in considerazione della diversa natura delle attività tipiche svolte e del diverso livello di complessità (sicuramente più accentuato, data la frammentazione sul territorio, nel caso dell'ASL) che contraddistingue i due contesti.

L'area dei servizi al territorio include i moduli a supporto dell'offerta di servizi socio-sanitari attraverso le strutture non ospedaliere dell'Azienda sanitaria locale, e precisamente:

— il modulo di gestione del CUP dell'azienda sanitaria (che gestisce le informazioni relative agli accessi ai

servizi erogati direttamente dall'azienda ed alle liste d'attesa per tali servizi);

— i moduli di gestione degli ambulatori e dei presidi dell'azienda;

— i moduli di gestione dei servizi (diagnostici, terapeutici, di igiene pubblica);

— i moduli di gestione dei rapporti con i medici di base;

— i moduli di gestione dell'anagrafe del bacino d'utenza (dati anagrafici, dati sull'iscrizione e sulla cessazione del rapporto con la ASL, dati sulle scelte e sulle revoche del medico di base);

— i moduli di elaborazione degli indicatori statistici sanitari ed epidemiologici.

Molteplici sono le interconnessioni con l'area amministrativa e con quella direzionale.

Ad esempio l'erogazione dei servizi genera una serie di informazioni relative alla richiesta di approvvigionamenti all'area amministrativa, con successiva consegna dei beni ed imputazione dei costi al servizio richiedente. Inoltre l'attività realizzata da ogni servizio è consuntivata ai fini di eventuali valorizzazioni (area amministrativa) e della valutazione dell'attività (area direzionale).

Gli scambi di informazioni con le aziende ospedaliere presso le quali sono «acquistate» le prestazioni per conto degli assistiti sono costanti.

Significativi e particolarmente complessi appaiono i rapporti con i medici di base. I principali flussi informativi riguardano:

— la richiesta da parte del medico di base di prestazioni per il proprio assistito, attraverso il CUP della ASL o dell'ospedale;

— la consultazione del data base pazienti da parte del medico di base per svolgere un'attività di diagnosi e terapia più accurata e per la gestione amministrativa degli assistiti;

— il possibile accesso del medico di base alla refertazione *on line* relativa agli esami prescritti ed eseguiti presso l'azienda sanitaria od ospedaliera;

— il possibile controllo dei comportamenti prescrittori dei medici di base da parte della ASL, a fini di contenimento della spesa sanitaria.

L'area sanitaria

I principali moduli gestionali a supporto dell'area sanitaria sono i seguenti:

— modulo per la gestione delle cartelle cliniche dei pazienti;

— modulo data base pazienti;

— moduli per l'accettazione (l'accettazione dei pazienti avviene attraverso il CUP ospedaliero, il pronto soccorso e gli uffici ricoveri programmati);

— moduli per la gestione dei reparti, servizi, laboratori ed ambulatori ospedalieri;

— moduli per la classificazione, la rendicontazione e la tariffazione delle prestazioni erogate.

Le relazioni esterne

Le aziende composte pubbliche presentano, dal punto di vista delle relazioni con l'esterno, un livello di complessità molto più elevato rispetto alle aziende di produzione private. Anzitutto le finalità di un'azienda che eroga servizi pubblici costringono gli organi istituzionali ad un dialogo costante con i cittadini/utenti di tali beni e servizi. Ma il rapporto con essi è molto più complicato di quello che devono intrattenere le imprese di produzione con i propri clienti: la particolare tipologia di bisogni da soddisfare con i servizi sanitari presenta infatti aspetti particolarmente critici.

Inoltre, una serie di vincoli soprattutto di natura giuridica e finanziaria,

impongono il controllo sull'attività delle aziende pubbliche da parte di un gran numero di organi esterni.

I moduli relativi all'attività svolta dall'azienda sanitaria nei confronti degli interlocutori esterni sono i seguenti:

— modulo gestione dei flussi informativi con il Ministero (indicatori di attività, dati sanitari ed epidemiologici, ecc.);

— modulo gestione dei flussi informativi con la Regione (informazioni a contenuto economico, patrimoniale, finanziario; dati di bilancio; tariffazione prestazioni erogate; indicatori sociali, sanitari ed epidemiologici, ecc.);

— modulo gestione delle comunicazioni con gli utenti;

— modulo gestione della comunicazione interaziendale.

Con riferimento al modulo gestione delle comunicazioni con gli utenti, si sottolinea che le principali categorie di flussi informativi sono le seguenti:

— gli utenti ricevono informazioni sui servizi ospedalieri e sui servizi al territorio che possono essere erogati dalle strutture dell'azienda;

— gli utenti esprimono le proprie valutazioni sulle prestazioni sanitarie ricevute (giudizi di *customer satisfaction*);

— gli utenti formulano richieste di determinati servizi (ad esempio, certificazioni, copie cartelle cliniche, ecc.).

Le informazioni raccolte nel corso della gestione dei rapporti con l'utenza alimentano il sottomodulo «caratteristiche dell'utenza», dalla cui analisi è possibile valutare sia le tendenze di sviluppo della domanda sia il livello medio di soddisfazione degli utenti.

Per quanto concerne, invece, il modulo «relazioni interaziendali», lo stesso si riferisce al rilevante scambio di informazioni tra la singola azienda sanitaria e la «rete» di strutture del Servizio sanitario nazionale alla quale

l'azienda stessa appartiene. L'evoluzione dei modelli gestionali verso logiche di *network* rende quest'area particolarmente critica e significativa. I flussi informativi gestiti dal modulo in esame possono riguardare, ad esempio:

— la gestione delle «agende di prenotazione» di ambulatori, laboratori e reparti in un'ottica di condivisione delle stesse con altre strutture (ad esempio CUP cittadino);

— l'inserimento dell'azienda nelle cosiddette «reti per le emergenze»;

— la gestione della mobilità dei pazienti e la possibilità di consultare archivi e cartelle cliniche di pazienti già assistiti presso altre strutture;

— la condivisione di informazioni di natura amministrativa relative, ad esempio, ai processi d'acquisto (condizioni di aggiudicazione delle ultime gare d'appalto, informazioni sul mercato delle forniture, predisposizione di gare d'acquisto comuni);

— l'accesso (in qualità di utente o di «fornitore» di informazioni) a banche dati comuni (limitate a determinate reti di azienda o ad accesso universale) contenenti informazioni di natura sanitaria sul trattamento di determinate patologie.

Il modulo «relazioni interaziendali» è dunque alimentato, a seconda dei diversi contenuti delle relazioni, da tutti i moduli e sottomoduli aziendali più rilevanti, dei quali rappresenta l'interfaccia verso l'ambiente esterno.

3.3. Uno schema complessivo per analizzare la complessità dei flussi informativi

La suddivisione in aree che abbiamo utilizzato per descrivere la particolarità dei fabbisogni di informazione delle diverse attività svolte all'interno delle aziende sanitarie non deve far perdere di vista uno degli elementi

fondamentali per cui un'azienda si definisce tale: il principio di unitarietà. Questo vuol dire che gli elementi e i fattori che in essa operano hanno un carattere di complementarità che deve essere rispettato nella progettazione del modo in cui le attività caratteristiche devono essere svolte.

Non si può prescindere dal considerare che gli sforzi di tutte le unità organizzative, o di tutte quelle che noi abbiamo definito aree di attività, sono rivolte ad un fine comune che per le aziende sanitarie è il soddisfacimento dei fabbisogni di salute dei cittadini/utenti.

Il principio di unitarietà obbliga a garantire l'integrazione delle attività al fine di conseguire il migliore livello qualitativo delle prestazioni ed il conseguimento degli obiettivi finali. L'erogazione dei servizi deve essere infatti unitaria ed avere come principale punto di riferimento il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione. Questo significa individuare delle soluzioni, anche e soprattutto a livello di sistema informativo, che consentano la realizzazione di modalità di offerta dei servizi integrate rispetto alla domanda di assistenza dell'utente finale e permettano di superare la frammentazione di intervento causata dalla tradizionale struttura specialistico-funzionale che crea barriere sia all'interno del mondo sanitario che tra il mondo sanitario e quello amministrativo.

Un ulteriore principio che deve essere assunto come punto di riferimento è la necessità di creare integrazione fra attività della direzione aziendale e attività di erogazione delle prestazioni, nonché il raccordo tra la direzione aziendale stessa e le strutture organizzative delle aziende sanitarie.

Anche se in modo implicito, tale principio introduce di fatto la distinzione tra la dimensione strategica del governo d'azienda, attribuita alla dire-

zione aziendale, e la dimensione direzionale, attribuita ai responsabili delle diverse strutture organizzative delle aziende sanitarie.

Il problema che ciascuna azienda deve cercare di risolvere è quello di porre in essere le condizioni, soprattutto in termini di assetti organizzativi e di sistemi operativi, che garantiscano di coniugare in modo coerente il binomio autonomia-responsabilità al livello direzionale, così da dare garantire anche un utilizzo responsabile e controllato delle risorse.

Per avere un «sistema complessivo delle informazioni» che sia efficiente, l'Azienda sanitaria deve costruire un sistema informativo unitario che produca informazioni disponibili ed utilizzabili da tutte le componenti della struttura sanitaria.

Nella costruzione e progettazione del sistema generale in grado di produrre le informazioni per tutta l'azienda non si può prescindere dalla conoscenza specifica delle caratteristiche dei processi di ogni singola macroarea né tantomeno dalla conoscenza della necessità di integrazione fra di esse.

Pertanto, prima di procedere alla definizione del proprio sistema informativo, è necessario da parte di ogni azienda uno studio preliminare dei propri fabbisogni di informazioni, non solo di aree specifiche di gestione aziendale ma soprattutto delle esigenze di interconnessione fra le stesse.

Nella realtà operativa spesso ciò non avviene. Si suole considerare ciascuna delle aree in maniera autonoma e si costruiscono tanti specifici sistemi informativi automatizzati.

Manca, in definitiva, la capacità di percepire le proprie esigenze informative complessive e di considerare l'azienda sanitaria come un sistema unitario.

4. L'esperienza della ASL 3 di Lagonegro

4.1. La ASL 3 di Lagonegro

L'Azienda sanitaria locale 3 di Lagonegro è una delle cinque Aziende USL presenti sul territorio della Basilicata. Il territorio su cui si estende questa struttura sanitaria ha una superficie di 1633 Km² con una popolazione residente di circa 81000 abitanti e la densità abitativa più bassa di tutta la Basilicata (circa 50 abitanti per Km²). Inoltre, la popolazione anziana (i residenti con più di 64 anni sono pari a 13.360) ha superato quella infantile (i residenti con età compresa tra 0 a 13 anni sono pari a 13.109) ed il quoziente di mortalità (10,4 morti su 1.000 abitanti) è più alto di quello di natalità (9,3 nati per 1.000 abitanti).

Alla ASL di Lagonegro, dopo il riordino e l'accorpamento delle strutture sanitarie avvenuto a seguito delle leggi regionali 23/1993 e 50/1994, fanno capo quattro presidi ospedalieri — Lauria, Maratea, Lagonegro, Chiaromonte — e due distretti sanitari di base — Lauria e Senise —.

L'ospedale di Lagonegro è stato indicato come sede di PSA, mentre presso la struttura di Lauria è presente il centro di riabilitazione. L'ospedale di Maratea è stato riconvertito in polo multispecialistico di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa e la struttura di Chiaromonte assolve a funzioni di medicina e chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, pediatria e dialisi.

Ogni struttura è dotata di propri organismi di direzione subordinati al coordinamento della Direzione generale della ASL.

Nonostante la dislocazione delle diverse strutture sul territorio (che presenta la viabilità caratteristica di un territorio montano) non sia favorevole, tutte le strutture sono tra loro collegate per via telematica mediante la re-

te che costituisce l'ossatura del sistema informativo sanitario regionale. (schema 6).

4.2. Le informazioni per la direzione

La raccolta e l'elaborazione dei dati per la direzione coinvolge diverse figure professionali interne (schema 7):

- il provveditore: gestisce i dati relativi al ciclo passivo e ai 5 magazzini;
- il ragioniere capo: acquisisce ed elabora i dati relativi:

- al ciclo passivo,
- al ciclo attivo,
- alla gestione del personale;

- i responsabili dei flussi informativi gestiscono la trasmissione dei dati tra le diverse sedi;

- i consulenti collaborano in staff alla ragioneria e ai responsabili dei flussi informativi;

- la farmacista gestisce i dati relativi ai 5 magazzini farmaceutici.

Queste figure professionali costituiscono di fatto il Centro di controllo direzionale che ha lo scopo di fornire al Direttore generale i supporti informativi per la verifica e l'analisi, me-

dante valutazione comparativa di costi, rendimenti e risultati, della realizzazione degli obiettivi e della corretta gestione delle risorse (art. 21 L.R. 27/1996), secondo i principi di efficienza, efficacia ed economicità.

La fonte di questa tipologia di flussi informativi deriva dall'attuazione concreta degli adempimenti di legge in materia di:

- contabilità economico-patrimoniale e redazione del bilancio di esercizio;

- contabilità analitica;

- attuazione del *budget* e del controllo di gestione;

- previsti dalla legge regionale n. 34 del 1995.

Con riferimento all'introduzione di tali strumenti, si sottolinea che la ASL 3 di Lagonegro:

- in materia di contabilità generale:

- utilizza a regime il nuovo sistema contabile (in particolare, il primo bilancio economico-patrimoniale è stato chiuso con riferimento all'esercizio 1998);

dispone, pertanto, di un piano dei conti deliberato e dei libri obbligatori (cfr. art. 23 L.R. 34/1995);

- in materia di programmazione e controllo:

- dispone di un piano dei centri di costo deliberato (del. 163/1999);

- ha elaborato la struttura delle schede di *budget*;

- si avvale di un sistema di contabilità analitica che supporta l'85% dei flussi informativi rilevanti, con un soddisfacente tasso di affidabilità e precisione dei dati.

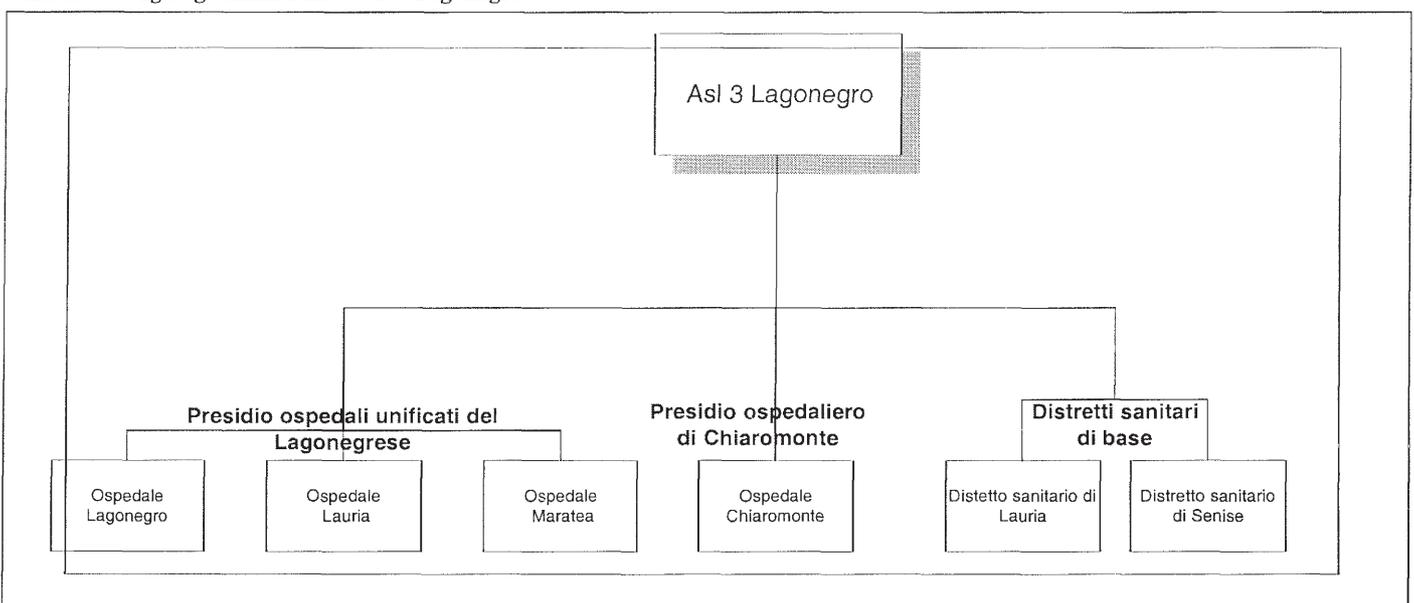
4.3. Il sistema informativo della ASL ed il grado di supporto dei principali processi amministrativi che generano flussi informativi

La ASL è dotata di un sistema informativo automatizzato che, sotto il profilo dell'architettura, coniuga:

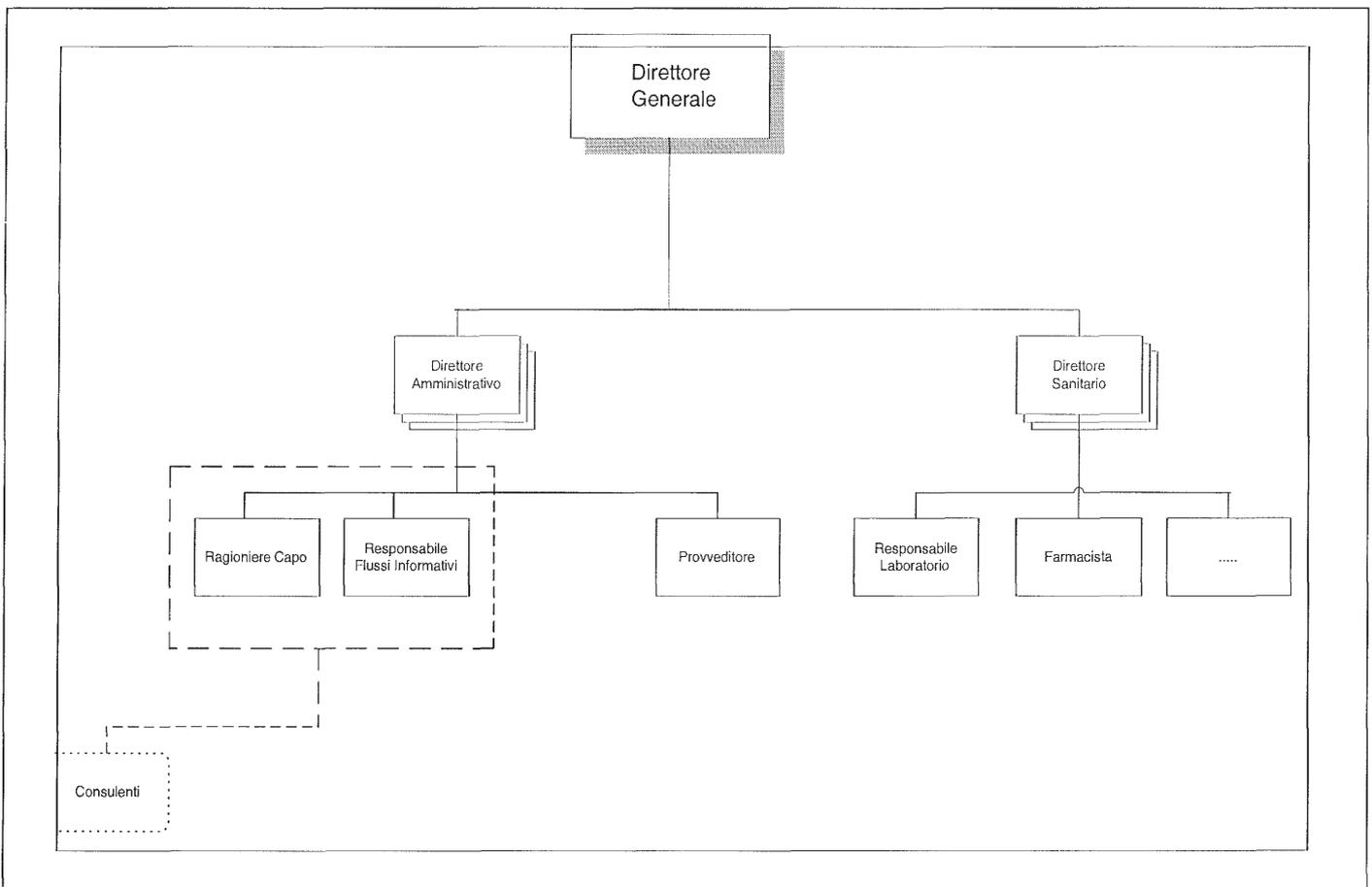
- semplicità di impostazione (peraltro coerente con i volumi e le tipologie di dati trattati);

- capacità di supporto dei fabbisogni informativi della direzione.

Schema 6 - Organigramma della ASL 3 Lagonegro



Schema 7 - Le «figure chiave» all'interno della direzione della ASL 3 ai fini informativi per il supporto direzionale



L'architettura informatica della ASL è stata sviluppata seguendo le direttive previste dall'art. 48 della L.R. 27/1996 e le linee guida in materia di «Organizzazione e modalità di funzionamento del sistema informativo del Servizio sanitario regionale» prodotte dal Dipartimento della programmazione regionale - Ufficio CED nel 1997.

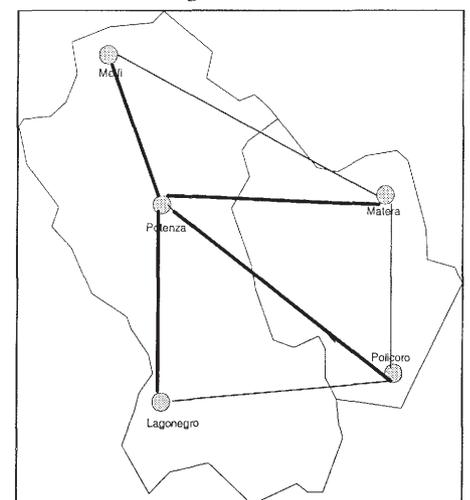
Tutte le strutture facenti capo alla ASL sono raggiunte dalla rete telematica regionale, che consente, tra l'altro, il collegamento anche con le altre strutture sanitarie della regione. Si tratta di un collegamento che è utilizzato dalla ASL di Lagonegro per:

- la trasmissione di immagini;
- l'effettuazione di prestazioni di telemedicina;
- la prenotazione di visite specialistiche e di analisi presso le strutture sanitarie di Potenza e Matera (accesso al CUP regionale) (schemi 8 e 9).

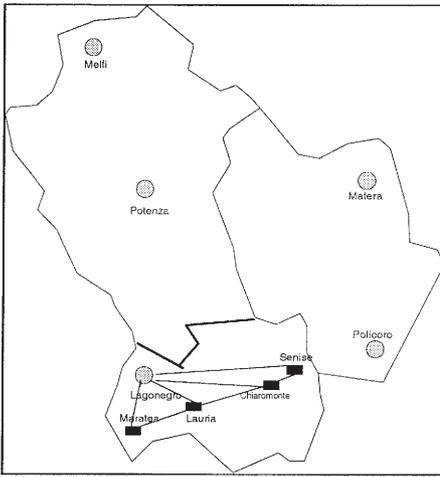
La progettazione dei flussi per il supporto direzionale presso la ASL 3 di Lagonegro si è fondata sui seguenti principi di fondo, che sono stati assunti quali riferimenti imprescindibili dell'azione amministrativa:

- compatibilità del sistema direzionale con le architetture ed i supporti informatici sopra descritti, che rappresentano per l'azienda una risorsa da tutelare e valorizzare;

Schema 8 - I nodi primari della rete del sistema informativo regionale della Regione Basilicata



Schema 9 - La rete della ASL 3



— coerenza del sistema con la natura ed i volumi dei dati e delle informazioni da gestire in azienda;

— capillarità della rilevazione dei dati nei principali sottosistemi, attraverso una preliminare analisi dei principali processi aziendali.

I principali processi individuati dall'azienda per la progettazione del nuovo sistema direzionale, nella fase di sviluppo sin qui condotta, sono i seguenti:

- gestione farmaci;
- gestione accessi;
- gestione beni economici.

4.3.1. Gestione farmaci

I processi relativi alla gestione dei farmaci rappresentano un momento fondamentale delle esperienze maturate presso la ASL di Lagonegro: la progettazione di tali specifici processi ha infatti consentito di coniugare:

- semplicità delle tecniche e degli strumenti adottati;
- piena adeguatezza dei flussi informativi tanto per la gestione (logistica, ecc.) quanto per la direzione.

La ASL di Lagonegro ha cinque magazzini farmaceutici: quattro sono ubicati presso i diversi plessi ospedalieri; uno è ubicato presso la sede della

ASL. Ogni magazzino è dotato di una postazione collegata in rete, che consente il trasferimento dei flussi di informazioni relativi ai carichi ed agli scarichi dei materiali, nonché la registrazione della transazione di trasferimento di articoli da un magazzino all'altro. Il *software* utilizzato per questo processo consente:

- la registrazione degli ordini;
- il carico e lo scarico dei materiali, con indicazione del centro di costo;
- la registrazione della bolla;
- la gestione dei lotti e delle scadenze;
- la registrazione della fattura;
- il controllo ordine-bolla-fattura e la verifica di conformità della fornitura con l'ordine.

Si tratta di un *software* progettato in modo semplice, ma allo stesso tempo altamente efficace ai fini del supporto decisionale in quanto consente di disporre di tutti i dati necessari per alimentare la contabilità economico-patrimoniale e la contabilità analitica.

4.3.2. Gestione accessi (cup)

Il *software* utilizzato dalla ASL è lo stesso che è stato adottato dalle altre strutture sanitarie della Regione. La rete regionale e l'omogeneità dei dati inseriti presso i diversi centri di cura regionali consentono di effettuare prenotazioni presso l'istituzione più adatta a fornire lo specifico trattamento richiesto per il paziente.

Le principali funzioni svolte da questo *software* sono:

- la prenotazione di prestazioni sanitarie;
- la gestione agenda degli ambulatori e dei reparti;
- la gestione della cassa CUP.

4.3.3. Gestione magazzini economici

La ASL è dotata di cinque magazzini economici che sono dislocati in mo-

do analogo ai magazzini farmaceutici. La gestione dei magazzini è affidata ad un *software* che consente la gestione del carico e dello scarico dei materiali e attribuisce direttamente lo scarico al centro di costo di competenza. Sebbene gli attuali vincoli delle tecnologie di rete abbiano sino ad ora impedito una piena realizzazione del coordinamento tra i diversi magazzini, evidenziando talune aree di debole integrazione tra gli stessi, l'attuale impostazione offre un adeguato supporto alla contabilità analitica per centri di costo.

4.3.4. Contabilità economico-patrimoniale e contabilità analitica

La contabilità economico-patrimoniale è alimentata principalmente dai flussi di dati provenienti da:

- personale;
- gestione magazzini economici e farmaceutici;
- prestazioni erogate a livello ospedaliero e di distretto;
- regioni e altre strutture sanitarie.

Le scritture contabili e la tenuta dei libri obbligatori avviene in modo automatizzato, mediante l'ausilio di un *software* di contabilità che effettua le registrazioni di contabilità economico-patrimoniale partendo dalle registrazioni di contabilità finanziaria (legame capitolo-conto).

Per quanto concerne la contabilità analitica e la redazione di *report* per il livello dirigenziale, esistono tutti i dati necessari per la riagggregazione per centro di costo e per centro di responsabilità.

Attualmente non è in uso un cruscotto informatico di direzione che consente di ottenere in automatico *report* periodici, ma con l'ausilio degli altri elementi che compongono il sistema informativo della ASL ovvero:

— le persone che direttamente gestiscono i flussi informativi dotate di *know how* sia a livello tecnico (ed in particolare informatico) sia a livello economico e di direzione d'azienda;

— le procedure formalizzate in azienda;

— i dati che presentano caratteristiche di buona pulizia, elevata omogeneità, buon grado di affidabilità;

— i principi.

È possibile affermare che la reportistica che periodicamente è prodotta all'interno della ASL consente l'analisi dei principali flussi necessari per il supporto alle decisioni.

4.4. I criteri di progettazione del nuovo sistema informativo automatizzato

La scelta del tipo di soluzione deve considerare alcune variabili chiave che possono influenzare notevolmente i risultati ottenibili da un'implementazione di successo del sistema. In particolare è utile valutare le diverse soluzioni alla luce:

— del grado di copertura dei flussi informativi essenziali: esistono, infat-

ti, delle esigenze informative dalle quali non si può prescindere, pertanto è necessario orientarsi verso la scelta di un *mix* di applicativi che consenta di estrapolare queste informazioni;

— del cosiddetto «healthfocus», inteso come orientamento alla gestione dei processi specifici del settore;

— della capacità di implementazione/personalizzazione, intesa come possibilità di modificare il sistema, a livello di programmazione, per renderlo più rispondente alle proprie esigenze. Si desidera però sottolineare la differenza tra personalizzazione e parametrizzazione: infatti, con il secondo termine si intende la possibilità di apportare modifiche, anche di tipo tecnico, al sistema senza poter modificare il codice di programmazione;

— del grado dell'integrazione della soluzione, inteso come la capacità di gestire i diversi processi clinici ed amministrativi in modo univoco, sfruttando le interazioni esistenti tra gli stessi e i *database* condivisi dalle singole applicazioni

— del grado di focalizzazione in sanità, inteso come orientamento alla ri-

cerca e allo sviluppo e previsioni di investimenti futuri nel settore.

(1) Si veda sul tema: Elio Borghonovi, La valutazione degli effetti e dei costi del sistema informativo sanitario, editore, città.

(2) G. Bracchi, P. Maggiolini (1975), Il trattamento dell'informazione nell'impresa, Clup, Milano.

(3) P.F. Camussone (1977), Il sistema informativo: finalità, ruolo e metodologie di realizzazione, Etas Libri, Milano.

(4) M. De Marco (1985), I sistemi informativi. Progettazione, valutazione e gestione di un sistema informativo, F. Angeli, Milano.

(5) R. Anthony (1965), Planning and Control System: a Framework for Analysis, Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University (trad. it. Sistemi di pianificazione e controllo, Etaslibri, Milano, 1967).

(6) Amigoni (1987).

(7) M. Motta, F. Zavattaro (1996), «Lo sviluppo del sistema informativo per la direzione di una azienda sanitaria», Mecosan, 18.

(8) Buccoliero L. (1998), «I sistemi informativi delle aziende sanitarie: fabbisogni di integrazione e percorsi evolutivi verso la possibile adozione degli ERP (Enterprise Resource Planning)», Mecosan, 28.

(9) M. Bergamin Barbato (1991), Programmazione e controllo in ottica strategica, Utet, Torino.

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

IL PIANO SANITARIO DELL'OREGON: LA STRATEGIA POLITICA DEL RAZIONAMENTO

Giuliana Bensa¹, Giovanni Fattore²

¹ Duglio e Associati s.r.l.

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Obiettivo dell'Oregon Health Plan (OHP) - 3. Sviluppo dell'iniziativa - 4. Il processo di determinazione delle priorità - 5. I risultati dell'OHP - 6. L'attuazione effettiva del piano - 7. Conclusioni.

1. Introduzione

In questo scritto presentiamo la storia del piano dell'Oregon; più precisamente, presentiamo la parte della storia collegata all'estensione della copertura della popolazione indigente dal programma Medicaid. Il nostro intento è di rileggere la storia apprezzandone la sua complessità e cercando di andare oltre gli aspetti strettamente tecnici, relativi alla costruzione delle liste di priorità.

Il piano dell'Oregon è stato ampiamente discusso in Italia e all'estero. La letteratura internazionale a proposito è vasta e ha visto partecipi studiosi di varie discipline (economia, scienza della politica, sociologia, oltre che politica sanitaria con i suoi diversi possibili approcci) (1). La nostra letteratura sull'argomento è invece maggiormente orientata a discutere gli strumenti utilizzati per definire le liste di priorità (Vanara, 1998). Solo recentemente sono stati proposti contributi che suggeriscono una prospettiva più ampia e per certi aspetti multidisciplinare. In particolare, un saggio di Bariletti (1999) ha riletto il piano ponendo attenzione ai criteri sottostanti le decisioni di razionamento e facendo riferimento, oltre che a modelli tradizionali, alla così detta teoria della deriva

decisionale di Calabresi e Bobbitt (1978). L'obiettivo specifico di questo saggio è di dare un contributo, per certi aspetti in linea con questa traiettoria di ricerca, per mostrare come il richiamo ad un approccio esplicito e sistematico al razionamento dei servizi proposto in Oregon abbia principalmente rappresentato uno strumento di costruzione del consenso attorno ad obiettivi più generali di riforma del sistema sanitario dello Stato (2).

Nel corso degli anni '80 negli Stati Uniti il programma Medicaid attirò l'attenzione nazionale e internazionale a causa dei crescenti costi di copertura dei servizi sanitari e dell'aumento della popolazione con un reddito al di sotto della così detta soglia di povertà.

Medicaid è il programma di assicurazione pubblico che promuove l'accesso ai servizi sanitari delle persone con livelli di reddito al di sotto della «soglia federale di povertà» (Federal Poverty Level - FPL) (Gold, 1997). Medicaid è un programma espressamente formulato a livello federale e le sue caratteristiche sono state sempre molto variabili nei singoli stati sia in termini di criteri di eleggibilità e di benefici previsti, che di gestione amministrativa e sistema di erogazione dei finanziamenti.

Nella seconda parte degli anni '80, per superare la grave crisi finanziaria e ridurre i costi del programma, vennero individuate diverse possibili soluzioni (Jacobs *et al.*, 1998):

— abbassare i criteri di eleggibilità a Medicaid a livelli di reddito molto al di sotto del FPL; questa soluzione implicava che un numero significativo di persone non avrebbe più usufruito di una copertura assicurativa mentre un più ristretto numero di poveri avrebbe goduto di un accesso ai servizi sanitari quasi illimitato;

— ridurre le tariffe di rimborso delle prestazioni rese ai beneficiari del programma;

— ridurre la gamma dei servizi coperti da Medicaid; questa scelta avrebbe consentito l'estensione della copertura assicurativa a tutte le persone al di sotto della soglia di povertà garantendo però un pacchetto limitato di prestazioni sanitarie.

Le tre soluzioni si presentarono sostanzialmente simili dal punto di visto

Questo saggio trae origine da una relazione di Giuliana Bensa nel corso Health Systems and Policy del Master of International Healthcare Management Economics and Policy presso la Scuola di direzione aziendale (SDA) dell'Università Bocconi.

strettamente finanziario, ma in termini di equità comportavano effetti completamente diversi nella distribuzione delle risorse all'interno della popolazione povera. Mentre la maggior parte degli stati continuò a scegliere le prime due soluzioni, tendendo così a ridurre ulteriormente il numero delle persone indigenti coperte da Medicaid, lo Stato dell'Oregon decise di affrontare la situazione riducendo il pacchetto di benefici previsti dal programma; in altre parole, per la prima volta negli Stati Uniti venne proposta una strategia esplicita di razionamento dei servizi sanitari (Ham, 1995).

2. Obiettivo dell'Oregon Health Plan (OHP)

L'Oregon è uno Stato relativamente piccolo nel quale vive una popolazione di 2,8 milioni di persone più omogenea rispetto al complesso degli Stati Uniti. Rispetto alla media federale, lo Stato presenta una percentuale inferiore di persone che rientrano nella fascia di povertà (10,3%) ed una minore incidenza della popolazione non-bianca (9%). Prima di implementare la riforma sanitaria la mancanza di copertura assicurativa era percepita come uno dei principali ostacoli all'accesso dei servizi sanitari. Secondo una stima effettuata alla fine degli anni '80, delle 400.000-450.000 persone senza assicurazione circa un terzo possedeva un reddito al di sotto della soglia federale di povertà (Gold, 1997).

L'obiettivo della riforma Medicaid dell'OHP fu di allargare la copertura assicurativa a tutti coloro che avevano un reddito basso, consentendo loro di usufruire di un livello base di prestazioni sanitarie. La caratteristica fondamentale del piano fu di attuare un processo di razionamento delle prestazioni per fronteggiare l'acuirsi della crisi finanziaria del programma Medicaid

ed impiegare i risparmi previsti per espandere la copertura e l'accesso ai servizi sanitari. Per raggiungere questo scopo si propose di definire un pacchetto di servizi ordinato in una lista di priorità dalla quale sarebbero stati esclusi solo i trattamenti meno «costo-efficaci» (3). In questo modo lo Stato dell'Oregon avrebbe rivoluzionato l'approccio generalmente seguito dagli altri stati, affrontando il tema del razionamento (per quanto riguarda la popolazione indigente) in modo più esplicito, sistematico e razionale.

3. Sviluppo dell'iniziativa

Equità e accesso ai servizi sanitari costituirono il «leit motiv» dell'OHP (4). La ragione di tale attenzione fu la conseguenza di una precedente iniziativa legislativa del luglio 1987, nella quale il sottocomitato per gli affari sociali, costretto a tagliare i fondi per il finanziamento di programmi sociosanitari, ridusse sostanzialmente le risorse a disposizione di Medicaid per il trapianto di organi (Welch *et al.*, 1988). La scelta fu presa in base a valutazioni e giudizi del sottocomitato stesso, senza peraltro essere preceduta da una discussione adeguata. Nel dicembre dello stesso anno morì un bambino di sette anni malato di leucemia acuta, a cui venne negato il trapianto di midollo osseo. Il caso fu ampiamente pubblicizzato dalla stampa e attivò un ampio dibattito su chi e che cosa dovesse coprire il programma Medicaid.

L'episodio catturò anche l'attenzione di John Kitzhaber, un medico di pronto soccorso all'epoca anche presidente del Senato dell'Oregon, che mise in luce come la decisione presa non fosse il frutto di una valutazione sistematica e razionale del caso e non riflettesse i valori né della popolazione né degli operatori sanitari. L'interesse

di Kitzhaber per il caso e le sue conseguenze fu probabilmente attribuibile anche alla sua particolare esperienza personale in cui l'attività di medico si univa a quella di senatore dello Stato. Nel pronto soccorso in cui aveva lavorato si era spesso trovato a curare persone che si trovavano in condizioni di emergenza a causa delle difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari (in particolare a programmi di prevenzione), a loro volta attribuibili ai tagli di Medicaid. Dopo aver vissuto le conseguenze della negazione del trapianto al bambino sul piano politico durante accese sedute del Senato, Kitzhaber decise di promuovere un radicale intervento legislativo che affrontasse due problemi principali: la mancanza di copertura assicurativa delle persone con un basso reddito e l'accesso ai trattamenti salvavita. È importante sottolineare che la *leadership* di John Kitzhaber rappresentò un elemento chiave nello sviluppo positivo dell'OHP (Sabin, 1998).

L'OHP venne attuato attraverso un lungo processo formale e informale che coinvolse numerosi attori, compresa l'opinione pubblica che partecipò alla discussione non appena la stampa spostò l'attenzione dall'episodio del trapianto alle più ampie problematiche collegate alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione indigente.

In particolare gli attori più rilevanti coinvolti nell'iniziativa furono (Gold, 1997):

— le strutture sanitarie (rappresentate dall'Associazione degli ospedali dell'Oregon) che costituirono la forza trainante dell'iniziativa; il motivo principale che le spinse a supportare il piano fu la ricerca di una soluzione al problema della «uncompensated care», ossia la mancata corresponsione di rimborsi per le prestazioni rese a pazienti non assicurati;

— i medici (rappresentati dall'Associazione dei medici dell'Oregon) che sostennero l'iniziativa perché convinti di sussidiare già di fatto il programma Medicaid, accettando tariffe di rimborso molto basse o effettuando prestazioni senza corrispettivi economici;

— i datori di lavoro (rappresentati dall'Associazione degli industriali dell'Oregon) che erano a favore perché spinti dalla convinzione che parte dei costi delle prestazioni non rimborsate venivano sussidiati dai piani assicurativi acquistati per i loro dipendenti (il così detto fenomeno del «cost-shifting», per cui l'«uncompensated care» viene finanziata tramite tariffe più elevate di quelle che rifletterebbero il livello dei costi); i datori di lavoro furono anche motivati a sostenere il piano dall'idea che l'estensione della copertura assicurativa all'intera popolazione (obiettivo più generale dell'OHP) poteva, almeno nel lungo periodo, contenere la crescita dei premi assicurativi;

— i due partiti dello Stato che, sebbene per ragioni differenti, trovarono un razionale politico nell'iniziativa; in sostanza, i Democratici (che controllavano entrambe le camere) valutarono favorevolmente la possibilità di allargare l'accesso ai servizi sanitari, mentre i Repubblicani furono attratti dall'idea del razionamento esplicito.

Il senatore Kitzhaber, considerato abile gestore di processi politici complessi, dopo aver guadagnato il supporto dei rappresentanti dei vari gruppi di interesse, ottenne dalle due camere l'approvazione di una legge nella quale si esprimeva chiaramente la volontà dello Stato di assicurare che le decisioni relative all'allocazione delle risorse pubbliche avrebbero seguito un processo non più arbitrario ma aperto e razionale (Dixon *et al.*, 1991).

L'atto legislativo, denominato SB 27, sancì i seguenti principi:

1) tutte le persone con un reddito al di sotto della soglia di povertà sarebbero state eleggibili nel programma Medicaid;

2) il pacchetto di servizi coperti da Medicaid sarebbe stato determinato formulando una lista di priorità nella quale sarebbero state abbinare coppie di diagnosi e trattamenti;

3) il parlamento dello Stato avrebbe letteralmente «tirato» una linea al di sotto della quale i trattamenti non sarebbero stati finanziati; il parlamento non avrebbe tuttavia avuto il potere di alterare in alcun modo l'ordine delle priorità;

4) il parlamento si sarebbe impegnato a non ridurre le tariffe di rimborso delle prestazioni coperte da Medicaid;

5) i servizi coperti da Medicaid sarebbero stati forniti nell'ambito di piani di *managed-care* (5);

6) i datori di lavoro avrebbero dovuto prevedere una copertura assicurativa per i propri dipendenti con un pacchetto essenziale di benefici almeno pari a quello definito dalla lista di priorità (6).

La legge fu approvata agevolmente nel 1989 e venne seguita dalla costituzione di una commissione (Health Services Commission - HSC) incaricata di sviluppare la metodologia per formulare la lista delle priorità (Bodenheimer, 1997).

4. Il processo di determinazione delle priorità

La HSC era composta da undici membri: cinque medici, quattro rappresentanti della popolazione generale, un assistente sociale ed un'infermiera. La legislazione lasciò completa responsabilità alla HSC di formare la lista delle priorità, senza specificare un sistema di ordinamento, ma sottolineando quale vincolo fondamentale la

partecipazione dell'opinione pubblica.

Prima di iniziare il complesso processo venne fatta una «dimostrazione» alla HSC ed al parlamento sul possibile funzionamento della lista di priorità. La popolazione coperta Medicaid venne allo scopo divisa in quattro gruppi:

1) bambini e ragazzi (classe di età da 0 a 17 anni);

2) donne in età fertile;

3) adulti (classe di età da 18 a 64 anni);

4) anziani (con più di 64 anni).

Per ciascuno dei quattro gruppi venne individuato un gruppo di professionisti sanitari e di volontari appartenenti alla comunità al fine di formare un *focus group*. Ad ogni *focus group* venne chiesto di ordinare i servizi sanitari erogabili in relazione all'efficacia dimostrata dal trattamento, utilizzando una metodologia basata sul consenso. Una commissione di coordinamento raggruppò quindi le quattro liste predisposte dai *focus group* in una lista unica. I *focus group* e la commissione di coordinamento erano stati istruiti a rispettare nella formulazione della lista l'applicazione di criteri di efficacia (durata e qualità della vita), efficienza ed equità. Il progetto dimostrativo mostrò alla HSC ed al parlamento come creare una lista di priorità fosse tecnicamente possibile. In ogni caso la HSC rigettò l'approccio basato esclusivamente sul consenso adottato durante la dimostrazione perché giudicato non sufficientemente esplicito. Al suo posto decise di utilizzare un metodo basato sul rapporto costi efficacia, da affiancare comunque a indicazioni dell'opinione pubblica.

Il metodo basato sul rapporto tra costi ed efficacia prese in considerazione tre fattori principali:

1) il costo unitario di produzione del trattamento;

2) il beneficio netto potenzialmente in grado di produrre il trattamento in termini di miglioramento nella qualità della vita della persona destinataria del trattamento stesso;

3) la durata attesa del beneficio espressa in anni.

Il costo dei trattamenti venne fornito dall'agenzia responsabile della gestione del programma Medicaid dell'Oregon. La qualità della vita con e senza trattamento e la durata attesa del beneficio venne ricavata attraverso consultazioni di medici specialisti e pubblicazioni scientifiche. Questi risultati vennero pesati per le diverse diagnosi anche con un fattore che formalmente incorporasse l'attitudine del pubblico nei confronti delle infermità (Dixon *et al.*, 1991).

Le indicazioni del pubblico per guidare l'ordinamento vennero considerate in tre aree. Per valutare l'importanza relativa che il pubblico attribuiva ad una varietà di condizioni di infermità venne condotto un sondaggio telefonico su un campione di più di mille cittadini dello Stato. Il sondaggio chiese di elencare 26 stati di infermità rispetto ad una scala da 1 a 100, in funzione di quanto la condizione di disabilità avrebbe lasciato «soddisfatto» il soggetto intervistato. Per calcolare il rapporto costi efficacia, i risultati così ottenuti furono tradotti in un peso relativo di ciascun livello di infermità ed applicati all'*outcome* atteso del trattamento.

Per definire i valori di nove ampie categorie di trattamenti (ad esempio trattamenti per alcolismo o dipendenza da droga) vennero organizzati 47 incontri pubblici in tutto lo Stato. Ai partecipanti fu chiesto di assegnare a ciascuna categoria di trattamento un giudizio sulla base delle seguenti tre possibilità: essenziale, molto importante o importante. I principi di riferimento per l'attribuzione dei giudizi di rilevanza alle categorie di trattamento

vennero poi analiticamente individuati e discussi. Da questa esperienza vennero definiti tredici principi fondamentali che includevano il valore della qualità della vita, il ruolo della prevenzione e l'utilizzo del rapporto costi efficacia. Questi principi furono quindi utilizzati dalla HSC per la costruzione della lista delle priorità.

Per prendere in considerazione le indicazioni relative alle diverse prestazioni sanitarie la HSC tenne sette audizioni pubbliche. In questo modo fu possibile formulare l'ordinamento finale valutando anche i giudizi di singoli individui e gruppi d'interesse specifici.

Dopo alcuni ritardi nel maggio del 1990 venne pubblicata una lista preliminare contenente 1600 condizioni mediche e trattamenti associati. Tuttavia, la lista conteneva gravi errori quali, ad esempio, il posizionamento delle capsule dentali ad un livello superiore del trattamento del linfoma di Hodgkin. Le difficoltà maggiori derivavano dalla non accuratezza dei dati utilizzati per costruire i rapporti costi efficacia dei trattamenti. Questi risultati suscitarono preoccupazioni sia all'interno che all'esterno dello Stato. Un membro della HSC sostenne che i dati a disposizione per l'applicazione di un approccio basato su algoritmi erano così inadeguati da rendere necessario un nuovo processo di raccolta delle informazioni. Alla fine la HSC, riconoscendo i limiti emersi dal primo tentativo di definizione delle priorità, decise di dividersi in due sottocommissioni. Ad una sottocommissione fu affidato il compito di individuare nuovi metodi per ordinare le priorità, incluso un approccio basato sul processo di formazione del consenso, mentre all'altra fu dato l'incarico di trovare un sistema per rendere effettivamente utilizzabile la metodologia basata sul rapporto costi efficacia.

Nel febbraio del 1991 venne pubblicata una nuova lista contenente 714 coppie di condizioni/trattamenti. La metodologia utilizzata univa l'approccio basato sul consenso a quello sul rapporto costi efficacia. Tutte le coppie di condizioni/trattamenti ordinabili vennero suddivise in 17 categorie di problemi sanitari (ad esempio, servizi per l'area materno/infantile, servizi per le condizioni croniche non fatali, servizi di prevenzione di provata efficacia). Per ciascuna categoria la HSC ordinò prima le coppie condizione/trattamento in accordo con i benefici prodotti dal solo trattamento, e solo successivamente introdusse il costo del trattamento stesso e la durata del beneficio. Ogni categoria venne ordinata considerando i tredici principi ottenuti durante gli incontri pubblici e le audizioni, e i risultati della metodologia basata sul consenso sviluppata dai membri della HSC. I trattamenti che prevenivano la morte con una piena guarigione vennero ordinati per primi, l'area dei trattamenti per la maternità per secondi, i trattamenti che prevenivano la morte senza una piena guarigione per terzi ed i trattamenti che comportavano miglioramenti nella qualità della vita minimi o marginali vennero lasciati all'ultimo posto. Le condizioni ed i trattamenti furono poi ordinati all'interno di ciascuna categoria sulla base dei dati di outcome, una scala basata sulla qualità della vita (*Quality of well-being*) ed una valutazione della ragionevolezza dell'ordinamento stesso (Dixon *et al.*, 1991).

Nello stesso anno la lista delle priorità venne sottoposta all'amministrazione Bush per l'approvazione federale (7). L'anno seguente il piano fu rigettato con l'argomentazione che sottovalutava la qualità della vita delle persone disabili (8). La HSC produsse quindi un'altra versione della lista. Ogni coppia di diagnosi e trattamento venne analizzata rispetto alla probabi-

lità di morte o disabilità con o senza trattamento e ad essa venne assegnato un numero basato su questa valutazione. Anche con questo differente metodo però, circa l'85% degli elementi nella lista continuavano ad essere ordinati quasi allo stesso modo.

Alla fine l'idea di costruire una lista di priorità basata su evidenze scientifiche e su metodologie oggettive dovette essere abbandonata. Per riuscire a soddisfare i requisiti per l'approvazione da parte del governo federale e superare l'opposizione all'interno dell'Oregon sui risultati della lista iniziale, furono infatti necessari interventi ed aggiustamenti *ad hoc*, fondati su giudizi soggettivi della HSC.

Nel marzo del 1993 il piano dell'Oregon venne finalmente approvato dall'amministrazione Clinton. Il primo febbraio 1994, cinque anni dopo l'approvazione da parte del parlamento dell'Oregon, l'OHP divenne operativo. Poco dopo, nello stesso anno, John Kitzhaber venne eletto governatore dello Stato.

5. I risultati dell'OHP

Il piano sanitario dell'Oregon ricevette dallo Stato federale una delle prime concessioni nella storia della sezione 1115 del *Social Security Act*, l'impianto normativo del programma Medicaid. Questa concessione sospese molti requisiti federali che normalmente si applicavano al programma, consentendo di allargare il numero di beneficiari del programma stesso e di istituire i piani di *managed care* (Ham, 1998).

Tutti i cittadini dell'Oregon con un reddito considerato sotto il livello di povertà (a quei tempi, per avere un'idea, circa \$ 13,000 all'anno per una famiglia di tre persone) divennero eleggibili nel programma Medicaid. In precedenza solo il 57% delle persone con un reddito inferiore al FPL

rientrava nella categoria coperta dal programma. Il numero dei beneficiari aumentò di almeno 100,000 persone. Da quando il piano fu introdotto nel 1994 il numero di cittadini non assicurati diminuì drasticamente. Nel 1993, il 18% dei cittadini non aveva copertura assicurativa; questa proporzione scese all'11% nel 1996 (la percentuale nazionale era del 15%). I risultati ottenuti per i bambini furono ancora più evidenti. La percentuale di bambini senza assicurazione diminuì dal 21% nel 1990 all'8% nel 1996 (a livello nazionale crebbe dal 14% al 15%) (Jacobs *et al.*, 1998).

6. L'attuazione effettiva del piano sanitario dell'Oregon

Adottando una interpretazione politica degli eventi, si può affermare che l'obiettivo reale del piano sanitario dell'Oregon non fu mai quello di incrementare il numero di persone coperte dal servizio Medicaid attraverso il razionamento dei servizi sanitari e la riduzione dei costi. Il processo di costruzione delle priorità e la definizione della linea oltre la quale non sarebbero state fornite le prestazioni non è mai stato realizzato applicando un meccanismo con algoritmi predeterminati. Allo stesso modo, nei fatti, il piano non ha avuto come esito il razionamento esplicito e sistematico e la riduzione della spesa sanitaria.

L'espansione della copertura Medicaid fu finanziata tramite risorse pubbliche, destinando una quota maggiore delle entrate generali a tale scopo ed imponendo una specifica tassa sul tabacco. Nel 1993 l'allargamento della copertura Medicaid venne principalmente assicurata da un incremento del 17% delle entrate generali e da una tassa di 30 centesimi sulle sigarette (9) (Bodenheimer, 1997).

Insieme a questi accorgimenti, l'ulteriore provvedimento adottato per fi-

nanziare il piano fu l'incremento delle persone coperte da programmi di *managed care*. Dopo l'entrata in vigore dell'OHP, l'87% delle persone coperte dall'OHP s'iscrisse ad uno dei tredici piani di *managed care* (10) previsti per Medicaid e finanziati a quota capitaria, rispetto al 33% precedente all'entrata in vigore del piano (11). È stato stimato che l'aumento dei contratti di *managed care* influisce per il 6% sulla riduzione dei costi totali del programma (Bodenheimer, 1997). È importante sottolineare, inoltre, che il senatore Kitzhaber riconobbe allora la necessità di definire delle quote capitarie sufficientemente elevate per due ragioni principali:

1) con dei pagamenti adeguati i medici, gli ospedali e i piani di *managed care* sarebbero stati più incentivati a supportare il finanziamento dei programmi Medicaid;

2) la definizione di quote ragionevoli avrebbe attratto un maggior numero di medici nel programma, permettendo così una maggiore possibilità di accesso ai servizi per i beneficiari.

In evidente contrasto con quanto inizialmente sostenuto, gli amministratori dell'OHP stimarono che l'impiego della lista di priorità consentì un risparmio del solo 2% dei costi complessivi del programma nei primi 5 anni di operatività (Jacobs *et al.*, 1998).

Secondo Bodenheimer (1997), cinque fattori principali contribuirono al risultato dell'iniziativa:

1) nel complesso, il piano permise di allargare piuttosto che di ridurre l'estensione del programma Medicaid. Ad esempio, dopo l'introduzione del piano tutti i beneficiari ottennero la copertura per le cure dentarie e il trapianto di organi, benefici precedentemente non coperti dal programma;

2) la linea sotto la quale i servizi potevano essere esclusi dalla copertura fu inserita ad un livello molto basso

del raggruppamento delle diagnosi/trattamenti e rimase sempre a livelli bassi. La maggior parte dei trattamenti sotto la linea avevano scarsa documentazione di efficacia. Gli spostamenti dei servizi nell'ordine di priorità della lista furono minimali, e ciò anche perché ogni movimento deciso dal Parlamento doveva essere successivamente approvato dalla Health Care Financing Administration (HCFA) (l'agenzia federale che regola i programmi sanitari pubblici) (12);

3) poiché gli elementi che compongono la lista sono coppie di diagnosi/trattamenti, è necessario formulare una diagnosi prima che un trattamento sia negato. Così avvenne spesso, per esempio, che per malattie meno gravi elencate sotto la linea, come la bronchite, il trattamento era dato durante la visita e pertanto veniva automaticamente coperto;

4) in alcuni casi, i medici furono in grado di gestire il sistema in modo tale da diagnosticare una patologia sopra la linea, anche se in effetti il paziente era affetto da una patologia che non avrebbe dovuto essere stata coperta;

5) il 13% dei pazienti Medicaid era assistito da medici pagati in base al sistema *fee-for-service*; pertanto per l'87% dei pazienti Medicaid, lo Stato dell'Oregon aveva trasferito il rischio finanziario sui gestori dei piani.

Da quanto esposto emerge che l'OHP, piuttosto che rappresentare un radicale cambiamento verso un sistematico razionamento delle prestazioni sanitarie, adottò un sistema ben più antico e familiare per espandere in profondità e ampiezza la copertura della popolazione indigente: incrementare le entrate e promuovere forme decentrate di razionamento tramite lo sviluppo dei piani di *managed care* (Jacobs *et al.*, 1998). Parte del successo del piano, infatti, è attribuibile al favorevole clima economico del periodo e alla spesa relativamente bassa del

programma prima che il piano fosse attuato (13).

7. Conclusioni

Il piano sanitario dell'Oregon ha suscitato fin dall'inizio interesse e preoccupazione. Ciò che era considerato una coraggiosa innovazione da parte di alcuni esperti, veniva bocciato come esperimento dannoso ed immorale da altri. Ma tutte le posizioni e le critiche al piano vennero fatte all'inizio, durante il periodo più caldo del dibattito coincidente con la fine degli anni '80 e l'inizio di quelli '90. In realtà, l'attuazione effettiva dell'OHP del 1994 per molti aspetti ha poco a che fare con quanto discusso durante la sua formulazione. Il piano dell'Oregon ha rappresentato certamente una sostanziale innovazione nella politica sanitaria degli Stati Uniti ma, più che per l'iniziale intenzione di utilizzare un razionamento sistematico con un approccio tecnico, per la strategia politica adottata. Secondo Jacobs e colleghi (1998), i riformatori del piano hanno utilizzato la retorica del razionamento e della lista di priorità per costruire una coalizione politica stabile a favore di un'espansione dell'accesso ai servizi sanitari dei più poveri in un contesto decisamente ostile. La promessa di applicare una formula scientifica di razionamento non ha avuto successo, benché sia sicuramente servita a promuovere, almeno indirettamente, una intensa attività di ricerca sui metodi espliciti e sistematici di razionamento.

Se il risultato finale debba essere visto come un bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto dipende dai punti di vista. Nel 1996 lo Stato dell'Oregon vinse un prestigioso premio della Fondazione Ford per l'«Innovazione nel governo degli Stati Uniti», a testimonianza dei progressi ottenuti dallo Stato nelle politiche pubbliche. Tra i meriti ricono-

sciuti, in particolare, gli venne riconosciuto quello di essere riuscito ad aumentare la copertura sanitaria per le persone più povere e vulnerabili, in un paese (gli Stati Uniti) in cui i cambiamenti promossi dalla politica sono di difficile progettazione e attuazione.

Discutere in maniera aperta di priorità e di razionamento delle risorse finanziarie è sempre molto difficile e complesso, in quanto significa discutere esplicitamente di *trade-off* su scelte relative alla vita, il dolore, la sofferenza (Cox, 1995; Tediosi *et al.*, 1998; Holm, 1998). D'altra parte è un dibattito che ogni paese con un sistema sanitario pubblico ha iniziato ad affrontare.

A nostro avviso in Italia si è parlato fin troppo del piano dell'Oregon. Soprattutto lo si è fatto ponendo l'accento solo sugli aspetti strettamente tecnici, non riconoscendo pienamente il rapporto tra strumenti e obiettivi, quindi non apprezzando a sufficienza come l'esperienza andasse ben oltre la costruzione di liste priorità. E, sempre a nostro avviso, la mancata contestualizzazione degli strumenti rischia di essere controproducente anche per lo stesso sviluppo delle discipline scientifiche che dovrebbero contribuire al miglioramento dei processi decisionali in sanità. Altrove (Fattore, 1999), abbiamo cercato di leggere il tema del razionamento in Italia partendo da due esperienze concrete vissute nel nostro paese (la ridefinizione del prontuario terapeutico e il caso di Bella); in questo breve contributo abbiamo cercato di fare una operazione simile: rileggere la storia del piano sanitario di questo piccolo Stato degli Stati Uniti per suggerire di riflettere sul tema del razionamento partendo da una descrizione e interpretazione dei fatti e dei processi e non soltanto dei documenti tecnici.

(1) Si veda ad esempio Eddy (1991), Hadorn (1991) e (1996), Ham (1998).

(2) La riforma sanitaria del 1989 dell'Oregon era composta da diversi elementi. L'articolo si propone di esaminare solo la parte relativa alle innovazioni introdotte nel programma Medicaid.

(3) L'impianto tecnico delle varie liste proposte in Oregon fa spesso riferimento ai principi e alle tecniche dell'analisi costi-efficacia. Per un testo introduttivo di riferimento si veda Drummond *et al.* (2000); per una presentazione delle linee guida proposte per gli Stati Uniti si veda invece Gold *et al.* (1996).

(4) Per una ricostruzione della prima parte della storia dell'OHP in lingua italiana si veda Fattore *et al.* (1993), Vanara (1998).

(5) Sullo sviluppo della *managed care* negli Stati Uniti e una valutazione del suo impatto si veda Robinson e Steiner (1998).

(6) Questa parte riguarda il più ampio capitolo relativo al così detto «Employer's mandate». Il mandato prevedeva l'applicazione della copertura in un primo tempo ai datori di lavoro con più di 25 dipendenti e dopo un anno estendeva l'obbligo anche agli imprenditori più piccoli. Nonostante il mandato venne approvato con un leggero margine e considerato molto più di una conquista, non venne in realtà mai applicato effettivamente. Infatti i piccoli imprenditori fecero una forte azione di lobby per eliminare questa parte della legge e dopo un anno venne eliminata.

(7) Il programma Medicaid è finanziato da fondi federali e statali. È l'unico programma per il quale i singoli stati hanno una sostanziale responsabilità e controllo finanziario, anche se rimane necessaria l'approvazione del governo federale per interventi che ne modifichino sostanzialmente le caratteristiche.

(8) La prima lista fu respinta perché incoerente con l'Americans with Disabilities Act del 1990. Questo accadde perché l'ordinamento delle coppie condizioni/trattamenti era basato soprattutto sulla valutazione del potenziale recupero della piena qualità della vita, un outcome non raggiungibile per le persone disabili.

(9) Prima di introdurre la nuova tassa sul tabacco venne indetto un referendum che riscontrò il parere favorevole del pubblico per la sua introduzione: 54% a favore e 46% contrari, nonostante la forte pressione dell'industria del tabacco.

(10) Sono tutti piani gestiti da società *non profit*. La più importante si chiama HMO Oregon (appartenente al gruppo Blue Cross and Blu Shield dell'Oregon) che conta il 34% di iscritti rispetto al totale delle persone coperte attraverso i programmi *managed care*.

(11) Lo Stato dell'Oregon fu capace di spostare rapidamente la gran parte della popolazione Medicaid nei piani di *managed care*, perché questi ultimi erano parte del sistema sanitario dell'Oregon da decenni. La Kaiser Permanente, una delle più grandi organizzazioni di *managed care*, si stabilì nell'Oregon nel 1949 ed iniziò ad iscrivere pazienti Medicaid già dal 1976.

(12) Nel 1996 il parlamento spostò la linea da 606 a 581 prestazioni coperte. Nel 1997 cercò di spostare ancora il punto di *cut-off* da 581 a 574 ma la HCFA approvò solo parte dello spostamento, portandolo da 581 a 578.

(13) Prima di introdurre l'OHP, l'Oregon era posizionato al 46 posto fra tutti gli stati quale proporzione delle spese per Medicaid rispetto al *budget* complessivo.

BIBLIOGRAFIA

- BARILETTI A. (1999), «Parte seconda. Il razionamento in sanità come problema di "scelte difficili": aspetti teorici e applicativi», in Bariletti A., Cavicchi I., Dirindin N., Mappelli V., Terranova L., *La sanità tra scelta e razionamento*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- BODENHEIMER T. (1997), «The Oregon Health Plan - Lesson for the Nation», *Health Policy Report* (First of Two Parts), 337(9): 651-655.
- BODENHEIMER T. (1997), «The Oregon Health Plan - Lesson for the Nation», *Health Policy Report* (Second of Two Parts), 337(10): 720-723.
- CALABRESI G., BOBBIT P. (1978), *Tragic Choices*, Norton, New York.
- COX D. (1995), «Ethics of rationing health care rationing», *British Medical Journal*, 310: 261-262.
- DIXON J., WELCH H.G. (1991), «Priority setting: lessons from Oregon», *The Lancet*, 337: 891-894.
- DRUMMOND M.F., O'BRIEN B.J., STODDART G.L., TORRANCE G.W. (2000), *Metodi per la valutazione economica dei programmi sa-*

nitari, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

- EDDY D.M. (1991), «What's going on in Oregon?», *Journal of American Medical Association*, 266: 417-420.
- FATTORE G., MENEGUZZO M., TARRICONE R. (1993) (a cura di), «Who shall live, Who shall die», *Mecosan*, 5, 105-120.
- GOLD M.R., SIEGEL J.E., RUSSEL L.B., WEINSTEIN M.C. (ed) (1996), *Cost-effectiveness in health and medicine*, Oxford University Press, New York.
- GOLD M.R. (1997), «Markets and Public Programs: insights from Oregon and Tennessee», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(2): 633-649.
- HADORN D. (1996), «The Oregon Priority-setting Exercise: cost-effectiveness and rule of rescue», *revisited*, *Medical Decision Making*, 16: 117-119.
- HAM C. (1995), «Health care rationing», *British Medical Journal*, 310: 1483-1484.
- HAM C. (1998), «Retracing the Oregon trail: the experience of rationing and the Oregon health plan», *British Medical Journal*, 316: 1965-1969.
- HOLM S. (1998), «Goodbye to the simple solutions: the second phase of the priority setting in health care», *British Medical Journal*, 317: 1000-1006.
- JACOBS L.R., MARMOR T., OBERLANDER J. (1998), «The political Paradox of Rationing: the case of the Oregon Health Plan», *Journal of Health Politics, Policy and Law*.
- SABIN J.E. (1998), «Fairness as a problem of love and the heart: a clinician's perspective on the priority setting», *British Medical Journal*, 317: 1007-1011.
- ROBINSON R., STEINER A. (1998), *Managed Health Care*, Open University Press, Buckingham.
- TEDIOSI F., FATTORE G., GARATTINI L. (1998), «Il razionamento in sanità: riflessioni su alcune esperienze estere», *ASI* 35/36, 5-12.
- VANARA F. (1998), «Esperienze internazionali nelle scelte di priorità», in Trabucchi M., Vanara F., *Rapporto sanità*, Il Mulino, Bologna.
- WELCH H.W., LARSON E.B. (1988), «The Oregon decision to curtail funding for organ transplants», *New England Journal of Medicine*, 319: 171.

LA COMPARAZIONE INTERAZIENDALE DEI COSTI: L'ESPERIENZA DELLE AZIENDE SANITARIE SCOZZESI

Antonio Barretta

Dipartimento di studi aziendali e sociali della Facoltà di Economia - Università degli Studi di Siena

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Le comparazioni interaziendali di costo - 3. Breve panoramica sulla recente evoluzione nel servizio sanitario scozzese - 4. Le comparazioni interaziendali di costo nel servizio sanitario scozzese - 5. Conclusioni.

1. Premessa

Quando si affronta il tema della contabilità dei costi (tanto con riferimento alle aziende pubbliche che a quelle private), il *focus* è tradizionalmente posto sulle potenzialità informative che tale strumento tecnico-contabile offre ai soggetti operanti all'interno dell'organismo aziendale. A nostro parere tale prospettiva di studio può essere utilmente integrata, specie quando ci si riferisce alle aziende pubbliche, considerando le potenzialità informative che le misure di costo possono offrire ai soggetti che operano all'esterno del contesto aziendale ove sono elaborate tali informazioni gestionali. Lo scopo che più frequentemente viene perseguito dagli «utilizzatori esterni» delle misure di costo è quello di procedere a delle comparazioni. In proposito, volendo proporre una distinzione fra «utilizzatori esterni», è possibile discriminare fra responsabili di altre unità economiche appartenenti allo stesso settore di attività dell'azienda considerata e soggetti professionali operanti in organismi di governo.

In passato, la comparazione interaziendale dei costi e la connessa identificazione di una metodologia di rilevazione comune (nella termino-

logia anglosassone *uniform cost accounting* o *uniform costing*) a tutte le aziende che prendono parte al confronto, hanno costituito sia in Italia che all'estero temi frequentemente dibattuti. Attualmente, in accordo con quanto rilevato da Mitchell e Walker (1), riteniamo che l'argomento non pare essere più particolarmente dibattuto (2).

Questo articolo ha come obiettivo evidenziare l'importanza che tanto la comparazione interaziendale dei costi, quanto l'individuazione di una *uniform cost accounting* possiedono nel contesto delle aziende sanitarie. Nell'affrontare tale tema faremo riferimento ad un caso concreto riguardante la comparazione dei costi fra aziende appartenenti al servizio sanitario nazionale scozzese (*National Health Service* in Scotland). Per mezzo di questa esperienza cercheremo di evidenziare le potenzialità offerte dall'utilizzo della comparazione interaziendale dei costi in ambito sanitario e tenteremo di mostrare come gli obiettivi conoscitivi perseguiti per mezzo di questa possano mutare al modificarsi delle condizioni del contesto economico-politico di riferimento.

2. Le comparazioni interaziendali di costo

Le comparazioni interaziendali di costo sono fra le più complesse (3). Tale complessità è legata almeno a due fattori: a) per giungere a delle misure di costo occorre adottare una serie di scelte tecnico-contabili soggettive, la qualcosa implica l'elevata probabilità che risultino diverse da un'a-

Il presente lavoro è frutto dell'attività di ricerca svolta dall'autore presso il *Department of Accounting and Business Method* (Edinburgh University), all'interno del progetto AREHCAS (*Accounting in the Reform of European Health Care System*), finanziato dalla Commissione Europea «Training and Mobility of Researchers» (responsabile prof. Giuseppe Marcon - Università Ca' Foscari di Venezia). Si desidera ringraziare Jennifer Welsh del *Department of Health - Management Executive NHS Scotland (Division Health Finance)* e Mike Corbett dell'*Health Board* di Lothian per le informazioni ed il materiale messo a disposizione. Inoltre, l'autore esprime la sua riconoscenza, per i numerosi consigli ed il sostegno fornito durante tale ricerca al prof. Irvine Lapsley (Edinburgh University), al prof. Giuseppe Marcon (Università di Venezia), al prof. Riccardo Mussari (Università di Siena) ed al prof. Falconer Mitchell (Edinburgh University). Un ringraziamento va anche alla persona che, per mezzo del referaggio anonimo, ha vagliato il presente articolo offrendo numerosi spunti critici.

zienda ad un'altra; b) le aziende appaiono, spesso, riluttanti a comunicare i dati gestionali all'esterno (4). Quando ci si riferisce all'universo aziendale pubblico il secondo degli ostacoli menzionati, considerato che spesso gli organismi di governo impongono di trasmettere anche informazioni di costo, non pare costituire un problema insormontabile, ma la non verificabilità del trattamento contabile dei costi costituisce la principale difficoltà da affrontare.

Pertanto, al fine di garantire un accettabile grado di omogeneità dei dati di costo messi a confronto, la definizione di una metodologia comune di rilevazione dei costi costituisce una fase propedeutica alla comparazione. La *uniform costing* può essere considerata come «la formulazione di principi e metodi contabili condivisi, inerenti la contabilità dei costi utilizzata da tutte le aziende facenti parte di un determinato settore di attività» (5). L'utilizzo della *uniform costing* dovrebbe consentire, non certo la «perfetta omogeneità» dei dati di costo determinati dalle aziende, bensì, un livello accettabile di comparabilità (6).

Gli sforzi tesi ad individuare una comune metodologia di rilevazione dei costi possiedono una lunga storia (7). Una delle prime applicazioni ebbe luogo negli Stati Uniti d'America nel 1889 ad opera della *National Association of Stove Manufacturers* (8). Tale associazione di categoria pervenne ad una metodologia di rilevazione dei costi condivisa da tutte le imprese associate allo scopo di definire un unico prezzo di vendita dei prodotti realizzati dalle imprese del settore. L'intento fu quello di mettere fine allo «spietato» processo concorrenziale basato sul ribasso dei prezzi di vendita che stava determinando la cessazione di tante imprese e comprimendo la redditività delle restanti. Nel XX secolo, fino

quasi alla fine della seconda guerra mondiale, sulla base di questa esperienza si registrarono, principalmente negli USA ed in Inghilterra, numerosi casi di identificazione di una *uniform costing*, e la maggior parte di questi fu mossa dalla stessa finalità che spinse alla definizione del sistema del 1889 (9). Pertanto, probabilmente, furono le condizioni economiche di inizio '900, caratterizzate da un'accesa competizione sui prezzi di vendita, a costituire uno dei principali fattori di sviluppo della *uniform costing* (10). Il fine per cui furono individuate tali metodologie spiega anche il perché la gran parte di queste non ebbe un seguito. Infatti, lo sviluppo delle leggi *anti-trust*, sia negli USA che in Inghilterra, rappresentò un fortissimo disincentivo alla diffusione della *uniform costing*, anche in quei settori di attività dove aveva avuto maggior successo (11).

Un altro settore dove in passato il tema della *uniform costing* ebbe un notevole sviluppo fu quello delle forniture per i dipartimenti governativi. Durante la prima guerra mondiale in Inghilterra e negli USA ci fu un frequente ricorso alle informazioni di costo come base per fissare il prezzo dei contratti governativi. Anche nel corso della seconda guerra mondiale una consistente attività di determinazione dei costi fu intrapresa da alcuni dipartimenti del Governo inglese, particolarmente dal *Ministry of Supply*, dal *Board of Trade* e dal *Ministry of Aircraft Production* (12). Questa attività di determinazione dei costi fu finalizzata alla definizione della somma dovuta agli appaltatori. Per questi fini alle aziende che producevano per lo Stato fu imposto di ridefinire il sistema di rilevazione dei costi su base uniforme. Tuttavia, anche questo caso di applicazione della *uniform costing* non ebbe un seguito sia a causa del minor ricorso, dopo la fine del secondo

conflitto mondiale, agli appaltatori esterni per la realizzazione di prodotti bellici, che a causa della complessità e, dunque, della scarsa gestibilità dei sistemi di rilevazione definiti (13).

Pertanto, la comparazione interaziendale dei costi ed il connesso tema della *uniform costing* non costituiscono certo una novità. D'altro canto, il fatto che in tempi passati tale prassi abbia fatto registrare degli insuccessi non giustifica, a nostro modo di vedere, l'abbandono da parte della dottrina di questo argomento.

In tal senso, ci preme affermare che sebbene non sia desiderabile né ipotizzabile l'utilizzo della *uniform costing* per la costituzione all'interno di un certo settore di attività di «cartelli impliciti», tuttavia la stessa continua a possedere validità per (14):

- 1) consentire a ciascuna azienda che prende parte all'analisi comparativa di possedere elementi di giudizio per migliorare il proprio grado di efficienza nell'utilizzo delle risorse (in proposito si scrive di *benchmarking* effettuato per mezzo di informazioni di costo);

- 2) divulgare informazioni circa la miglior prassi contabile ed incoraggiare l'aderenza a comportamenti gestionali ispirati al controllo dei costi;

- 3) consentire agli organismi a ciò preposti (*authority*) di monitorare le condizioni economiche di quei settori dove l'intervento dello Stato può essere richiesto sia per accordare dei contributi che per combattere situazioni in cui i prezzi di vendita, a causa di una scarsa concorrenza, vengono fissati ad un livello troppo elevato;

- 4) fissare l'ammontare di trasferimenti che gli organismi di governo devono concedere alle aziende che realizzano un servizio di pubblica utilità che non risulta venduto in regime di mercato;

- 5) rendere possibile agli organismi di governo di un certo settore di

attività il controllo del grado di efficienza nell'utilizzo delle risorse al fine di rivisitare (o confermare) le scelte di indirizzo strategico adottate.

D'altra parte, la comparazione interaziendale dei costi costituisce un fenomeno in crescita nelle aziende pubbliche e tale evidenza risulta fortemente connessa con il processo di «modernizzazione» che da alcuni anni sta interessando le stesse. In ambito internazionale si scrive a questo proposito di «new public management», intendendo con tale espressione il ricorso a logiche e tecniche manageriali e/o meccanismi tipici del settore privato al fine di risolvere i tradizionali problemi gestionali del settore pubblico (15). In questo nuovo contesto anche la comparazione interaziendale dei costi svolge un ruolo importante. In alcuni settori, infatti, viene favorito il confronto delle *performance* aziendali (non solo di costo) per facilitare l'individuazione dei punti di forza e di debolezza di ciascun organismo, e ciò con l'intento di promuovere il processo di managerializzazione delle aziende pubbliche. In altri contesti, dove è stata introdotta l'attività di *contracting* (ovvero di determinazione del valore di scambio di una prestazione), per introdurre «stimoli alla competizione», la comparazione interaziendale dei costi risulta utile per: a) dotare gli organi che devono fissare il prezzo della prestazione di validi punti di riferimento, b) consentire alle aziende erogatrici del servizio considerato di possedere dati su cui basare eventuali richieste (indirizzate all'organismo finanziatore) di rivisitazione del prezzo della prestazione.

3. Breve panoramica sulla recente evoluzione del servizio sanitario scozzese

Il settore della sanità in Scozia fornisce senza dubbio un'importante testimonianza della validità informativa

che la comparazione interaziendale dei costi può assumere in ambito aziendale pubblico (16). Tuttavia, poiché l'organizzazione di un settore di attività può influenzare notevolmente le finalità della comparazione interaziendale dei costi, prima di scrivere a proposito di tale pratica e dei connessi scopi, è opportuno fornire una sintetica descrizione dell'organizzazione e delle trasformazioni del servizio sanitario scozzese nell'ultimo decennio.

L'evoluzione del *National Health Service* (NHS) scozzese negli anni '90 ha seguito a grandi linee lo stesso percorso del NHS inglese.

Una tappa estremamente significativa fu l'introduzione dell'*internal market* annunciata dal Governo scozzese nel 1989 (per mezzo del *White Paper «Working for Patients»*), e da applicarsi a partire dal 1° aprile 1991. Il meccanismo che regolò il settore fu così definito in quanto gli enti che acquistavano (*purchaser*) i servizi sanitari per i pazienti erano finanziati per mezzo della tassazione di tutti i cittadini; pertanto, i pazienti non pagavano direttamente, come sarebbe accaduto in un mercato «normale», per i servizi ricevuti (17). In Scozia gli acquirenti di servizi sanitari per la popolazione residente nelle varie aree del Paese furono principalmente gli *Health Board*. Questi organismi acquistavano i servizi sanitari in base alle necessità della popolazione scegliendo fra le diverse aziende ospedaliere o provider (o *NHS trust*). Pertanto, al fine di ottenere il rapporto qualità-prezzo più conveniente, ciascun *Health Board* aveva la possibilità di rivolgersi a varie tipologie di ospedali (ospedali pubblici appartenenti all'area dove operava l'*Health Board* considerato, ospedali pubblici di altre aree, ospedali privati, ecc.). Da quanto scritto ne deriva che il meccanismo dell'*internal market* assegnava a ciascun *Health Board* due principali responsabilità: a) assicurar-

si che il bisogno di cure della popolazione fosse soddisfatto (cosiddetto *commissioning role*), b) gestire in maniera efficiente i fondi che il Governo scozzese assegnava a livello di singola area.

Le transazioni fra *Health Board* e provider venivano regolate attraverso la fissazione di tre differenti tipologie di contratto (18):

1) *Block Contract*: contratti derivanti da accordi di massima definiti fra acquirenti ed erogatori dei servizi sanitari sulla base dei quali i *trust* fornivano un ampio numero di prestazioni di varia natura, per le quali ricevevano dagli *Health Board* un certo ammontare di risorse finanziarie. In alcuni casi i *block contract* rappresentarono il riconoscimento che inizialmente acquirenti ed erogatori non erano in grado di pervenire ad accordi contrattuali di maggior dettaglio;

2) *Cost and volume contract*: contratti molto più specifici dei precedenti, sia in termini quantitativi che qualitativi. Erano rappresentati da un accordo fra le parti a valorizzare per fini di compravendita uno specifico numero di cure mediche definite sia nella loro tipologia che nel loro *mix*. Tali contratti potevano giungere a pre-stabilire aspetti come i tempi di attesa e la durata delle degenze;

3) *Cost per case contract*: contratti definiti per garantire uno specifico servizio ai pazienti per il quale l'*Health Board* e l'erogatore non avevano precedentemente provveduto a fissare un prezzo. Per esempio, nel caso che un paziente avesse avuto bisogno di una cura specialistica in un ospedale di un'altra regione, l'*Health Board* avrebbe dovuto negoziare un contratto specifico.

È probabile, tuttavia, soprattutto nei primi anni dell'introduzione dell'*internal market*, che in alcune aree della Scozia il finanziamento da parte degli *Health Board* delle strutture

ospedaliera non sia avvenuto in base al meccanismo contrattuale, bensì, per mezzo di un più datato sistema che definiva il valore dei trasferimenti partendo dall'ammontare di mezzi finanziari elargiti durante l'ultimo periodo amministrativo, aggiungendo un valore per compensare l'effetto inflattivo, deducendo una certa somma considerata come recupero di efficienza ed, infine, aggiungendo/sottraendo i costi diretti stimati dei servizi sanitari aggiunti/eliminati.

A distanza di sei anni dall'applicazione del *White Paper «Working for Patients»*, una nuova norma ha rivisitato in maniera consistente il NHS scozzese descritto precedentemente. Il *White Paper «Designed to Care»* (1997) ha richiesto, a decorrere dal 1° aprile 1999, la «messa al bando» dell'*internal market* e l'introduzione dell'*integrated market*. L'intento politico è stato (ed è ancora oggi) quello di ridurre l'enfasi sulle due principali condizioni del sistema che l'*internal market* aveva creato, ovvero, la competizione fra *provider* e la divisione fra acquirenti ed erogatori dei servizi sanitari. Infatti, tali condizioni, secondo la posizione del partito politico che ha promosso la rivisitazione del NHS, si sono dimostrati, spesso, lesivi del diritto degli utenti ad essere curati in maniera adeguata.

Peraltro, la stessa dottrina, durante il periodo di applicazione del meccanismo dell'*internal market*, al fianco degli effetti positivi ha evidenziato anche le distorsioni verso le quali lo stesso avrebbe potuto portare (19).

L'obiettivo del *White Paper «Designed to Care»* è quello di consentire maggiore collaborazione fra i soggetti coinvolti, ai vari livelli, nell'erogazione dei servizi sanitari, cercando di non creare uno sconvolgimento radicale del settore, bensì, rimuovendo, gradualmente gli effetti negativi ai quali ha portato l'applicazione del-

l'*internal market*. In particolare, si è ritenuto opportuno mettere fine all'attività contrattuale fra *trust* e *purchaser* dei servizi sanitari, sia perché tale prassi ha significato una divisione fra i diversi soggetti istituzionali, sia a causa della discrepanza venutasi a creare fra esigenze negoziali focalizzate sul breve termine e miglioramento e sviluppo dei servizi sanitari che richiedono, invece, orientamenti gestionali di medio-lungo periodo. Vediamo, dunque, come nell'*integrated market* vengono stabiliti gli accordi riguardanti i mezzi finanziari da trasferire dai soggetti finanziatori a quelli finanziati.

Nell'*integrated market* ogni *Health Board* definisce con il Governo scozzese un accordo sulle risorse finanziarie che riceverà sulla base dell'*Health Improvement Plan* (HIP). Tale documento, costituente un programma con validità quinquennale, ma rivisitato con cadenza annuale, deve contenere (20):

- proposte per proteggere la salute pubblica, includenti i piani d'emergenza;

- proposte per promuovere la salute;

- proposte per individuare e eliminare iniquità connesse alla salvaguardia della salute;

- previsioni circa lo sviluppo ed i cambiamenti dei servizi sanitari;

- strategie connesse alle risorse umane;

- piani per il miglioramento nell'uso delle risorse già disponibili;

- previsioni riguardanti l'ammontare di risorse finanziarie necessarie per raggiungere gli obiettivi individuati nel HIP.

Seppure l'HIP costituisca un documento programmatico degli *Health Board*, la definizione dello stesso deve avvenire consentendo il coinvolgimento anche dei *provider* dell'area considerata. Pertanto, tali programmi devono scaturire da un confronto

aperto fra *Health Board* e *trust*, durante il quale occorre raggiungere un accordo sugli obiettivi prioritari da perseguire in una particolare area, affinché risulti migliorata la salute della popolazione.

Dunque, il principale obiettivo dei *trust* diviene realizzare gli obiettivi ricompresi nel HIP. Per ottenere ciò ogni *trust* deve definire, in accordo con il suo *Health Board*, un *Trust Implementation Plan* (TIP). Tale documento, oltre a identificare gli obiettivi di ogni azienda ospedaliera (il più importante dei quali è costituito dalle tipologie di servizi da garantire caratterizzati da determinati requisiti qualitativi), consente di raggiungere un accordo fra *provider* e l'*Health Board*, sulle risorse finanziarie da trasferirsi. La responsabilità del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel TIP, nonché la facoltà di disporre delle risorse aziendali disponibili, rimane ai singoli *trust*, tuttavia, gli *Health Board* hanno il pieno potere di verificare annualmente il grado di raggiungimento degli obiettivi dei *trust*.

Sebbene il Governo scozzese non abbia definito nel dettaglio come gli *Health Board* e i *trust* devono ricercare l'accordo sull'ammontare delle risorse finanziarie da trasferirsi dai primi verso i secondi, lo spirito del nuovo *White Paper* pare escludere il ricorso a contratti specifici per singola prestazione. Sembrerebbe, invece, più probabile il ricorso ad accordi di massima che esulano da valutazioni inerenti il costo della singola prestazione sanitaria.

4. Le comparazioni interaziendali di costo nel servizio sanitario scozzese

Una prima occasione di comparazione interaziendale dei costi e di alcune misure finanziarie è fornita dalla pubblicazione «*Scottish Health*

Service Costs» realizzata ogni 31 marzo ad opera dell'*Information & Statistics Division* del NHS scozzese. La pubblicazione del documento in questione, meglio noto come *Costs Book* (ed anche, dato il colore della copertina, come *Blue Book*), è antecedente all'avvento dell'*internal market*, pertanto, è da rilevare che l'attenzione sulla comparazione interaziendale dei costi, precede gli sconvolgimenti apportati al settore sanitario dal *White Paper* del 1989.

Le comparazioni possibili per mezzo del *Blue Book* sono ritenute di grande valore soprattutto a livello di Governo scozzese e di *Health Board*. L'analisi comparativa viene impiegata per ottenere indicazioni, a questi due livelli decisionali del NHS scozzese, per eventualmente rivisitare o confermare le scelte politiche fatte. Inoltre, il confronto dei dati contabili consente di evidenziare situazioni anomale che richiedono interventi correttivi.

Il *Blue Book* offre la possibilità di comparare sia dati di spesa che di costo a seconda del livello di analisi considerato. Con le dovute semplificazioni che le esigenze di sinteticità impongono, possiamo individuare i seguenti principali livelli dell'analisi comparativa:

1° livello (sezione I del *Blue Book*): risulta confrontata la spesa sostenuta da ciascun *Health Board* per l'acquisto del complesso dei servizi sanitari. Tale valore viene diviso per la popolazione residente in ciascuna regione in modo da ottenere la spesa sanitaria *pro capite* per ogni *Health Board*;

2° livello (sezione I del *Blue Book*): si confronta la spesa *pro capite* sostenuta per l'acquisto di ogni «care type» (*Acute, Maternity, Geriatric Assessment, General Psychiatry, Learning Disabilities, Geriatric Continuing Care, Younger Physically*

Disabled, Community, Family Health Services) da ciascun *Health Board*. In un secondo momento tale spesa viene, inoltre, dettagliata in spesa *pro capite* sostenuta da ciascun *Health Board* per «care type» (per esempio *Acute*) e per tipologia di paziente (per esempio pazienti ricoverati in *Acute Hospital*, pazienti in *day hospital* presso gli *Acute Hospital*, ricoveri per emergenze in *Acute Hospital*, ecc.);

3° livello (sezione II e III del *Blue Book*): vengono comparate le spese sostenute dagli *Health Board* a favore di ciascun *provider* dettagliando, inoltre, la spesa per «care type» e per tipologia di paziente;

4° livello (sezioni IV, V, VI, VII e VIII del *Blue Book*): si confrontano i costi sostenuti da ciascun *provider* per ogni «care type» (*Acute, Maternity, Geriatric Assessment*, ecc.) ed all'interno di queste si dettaglia ulteriormente sia per i differenti gruppi di specialità «speciality group» (per esempio all'interno dell'*Acute* «care type» si possono individuare le seguenti «speciality group»: *General Surgery, Orthopaedics, Urology, Medical*, ecc.) che per tipologia di paziente. Il presente livello di analisi comparativa è quello che raggiunge il dettaglio maggiore, inoltre, diversamente dai tre livelli precedenti, consente di effettuare confronti sulla base di dati di costo, invece, che di spesa. Da notare che il costo di ciascuna «speciality group» risulta suddiviso in due componenti fondamentali: costi diretti per singola «speciality group» (personale medico, personale infermieristico, farmaci, analisi di laboratorio), e costi indiretti o allocati alla stessa (amministrazione, lavanderia, portineria, pulizie, mensa, ammortamenti, trasporti, ecc.).

Occorre sottolineare che, sebbene, le informazioni contabili contenute nel *Blue Book* siano imputabili sia ai *purchaser* che ai *provider* dei servizi

sanitari, le misure riferite a questi ultimi organismi aziendali rappresentano la maggioranza delle informazioni raccolte nella pubblicazione. Le fonti originarie dei dati contenuti nel *Blue Book* sono costituite principalmente dai bilanci redatti sia dagli *Health Board* che dai *provider*. A tal proposito, lo *Scottish Accounting Manual* ed il *NHS Trusts Manual for Accounts* emanano comuni principi contabili che devono essere adottati rispettivamente dagli *Health Board* e dalle aziende ospedaliere. La trasformazione dei dati contenuti nei documenti contabili di sintesi in informazioni contabili che confluiscono nel *Blue Book* avviene per mezzo dell'utilizzo di un *software* fornito dall'*Information & Statistics Division* agli *Health Board* ed alle *NHS trust*. Tale *software* gestisce la raccolta e la validazione dei dati contabili che vengono pubblicati nel *Blue Book*. È da notare, tuttavia, che non è stata definita una metodologia che fornisca comuni criteri in base ai quali i dati che confluiscono nel *Blue Book* devono essere determinati. Ciò nonostante sono stati compiuti degli sforzi tesi all'individuazione di criteri di allocazione dei costi aziendali a livello sia di «speciality group» che di tipologia di paziente. In tal senso, nel «Costing Manual» dello *Scottish Health Board Treasurers*, pubblicato nel gennaio del 1991, è possibile rintracciare valide indicazioni, tuttavia, a nostro avviso, queste non sono sufficienti a garantire che i dati di costo a livello di «speciality group» e «tipologia di paziente» raccolti nel *Blue Book* possano raggiungere livelli di comparabilità soddisfacenti. Ciò per due ordini di motivi: in primo luogo, risultano numerose le scelte tecnico-contabili da adottare, per calcolare i costi ai livelli di dettaglio di cui si tratta, rispetto alle quali non si è proceduto all'individuazione di «soluzioni comuni»; inoltre,

le indicazioni contenute nel «Costing Manual» del 1991, per gli organismi aziendali che devono fornire i dati contabili all'*Information & Statistics Division*, non possiedono carattere di obbligatorietà.

Il *Blue Book*, tuttavia, non fornisce misure di costo di maggior dettaglio che potrebbero essere di grande utilità soprattutto per guidare le decisioni dei responsabili aziendali all'interno delle organizzazioni *provider*. È il costo per singola prestazione («speciality») a rappresentare, rispetto alle misure a livello di «speciality group», un dato ancor più dettagliato della gestione aziendale. Per chiarire ulteriormente quanto appena scritto basti pensare che in ciascun «speciality group» possono essere ricomprese anche centinaia di specifiche prestazioni sanitarie. In prima istanza possedere tali informazioni di estremo dettaglio consentirebbe analisi comparative per alcuni aspetti più affidabili. Il costo per singola «speciality», ad esempio, può svelare che l'inefficienza che si riscontra nell'ortopedia (che nella terminologia impiegata nel *Blue Book* rappresenta un «speciality group») di un certo ospedale, palesata dall'evidenza che il costo medio per paziente è più elevato di quello che si registra nello stesso reparto di altri ospedali, è solo apparente in quanto tale situazione potrebbe derivare dal fatto che nel reparto in questione sono stati affrontati un maggior numero di casi clinici che presentavano complicanze e, pertanto, hanno richiesto l'impiego di un ammontare di risorse mediamente più cospicuo. Inoltre, guardando alle esigenze gestionali delle singole *trust*, le misure di costo a livello di ciascuna «speciality» sono sicuramente di maggior ausilio al fine di responsabilizzare i dirigenti ospedalieri che operano nelle diverse unità operative dell'azienda. La definizione degli obiettivi di *budget* a livello di unità organizzati-

va dell'ospedale, e la successiva constatazione del grado di raggiungimento degli stessi necessita di considerare misure di costo più dettagliate di quelle rinvenibili a livello di «speciality group» (21). Infine, durante il periodo di funzionamento dell'*internal market*, per esigenze di contrattazione fra *trust* e *Health Board* le informazioni di costo a livello di singola prestazione erano sicuramente di maggiore utilità rispetto alle informazioni contabili più aggregate.

Per i motivi precedentemente considerati, a partire dai primi anni '90, si sono sviluppate in Scozia una serie di iniziative il cui intento è stato quello di pervenire a misure di costo della singola prestazione, che per alcuni scopi conoscitivi, si è ritenuto dovessero essere determinati sulla base di metodologie uniformi di rilevazione.

Fra queste iniziative rientra l'impegno profuso per circa tre anni da parte del gruppo di lavoro denominato «National Costing Project for Acute Hospital Providers», i cui membri erano costituiti da dirigenti amministrativi di alcuni *Acute Hospital*, da esponenti dell'amministrazione centrale del NHS (provenienti, in particolare dalla unità organizzativa definita *Management Executive*) e da una minoranza di funzionari degli *Health Board*. Il principale obiettivo che il *National Costing Project* (NCP) intendeva realizzare era quello di dotare una particolare categoria di *provider*, ovvero gli *Acute Hospital*, di terminologie sui costi aziendali condivise e di metodologie comuni di rilevazione degli stessi. Ciò, in prevalenza, al fine di:

a) fornire ai *trust* dati di costo di ciascuna *speciality* il più possibile affidabili sulla base dei quali condurre le contrattazioni con i *purchaser*;

b) favorire la comparazione interaziendale fra *trust* anche a livello di costo delle singole *speciality*;

c) diffondere la migliore prassi contabile in tema di *cost accounting* e promuovere la cultura del controllo dei costi.

Per questi fini vennero pubblicati, in particolare fra il 1993 ed il 1995, diversi manuali che racchiudevano terminologie di *cost accounting* ed una metodologia di rilevazione dei costi da diffondere in tutti gli *Acute Hospital*. Tali pubblicazioni sono fra loro strettamente collegate in quanto ognuna di queste, rispetto al manuale che precede, presenta approfondimenti e/o affinamenti della comune metodologia di determinazione dei costi.

Consideriamo, seppure sinteticamente, i contenuti fondamentali della metodologia definita dal NCP:

1) si effettua la scelta di «scremare» le tipologie di prestazioni per le quali occorre procedere alla determinazione dei costi aziendali. Infatti, uno studio condotto in Scozia nel 1992 dimostrò che dei quasi 8000 codici internazionali più usati, identificanti le possibili prestazioni mediche, solamente 822 (il 10% circa) costituiva ben l'80% dei casi trattati (22). Pertanto, per semplificare le determinazioni di costo, almeno nella fase iniziale di introduzione della metodologia, vengono definite le prestazioni per le quali si sono registrate maggiori frequenze e, dunque, occorre procedere alla determinazione del rispettivo costo;

2) si identifica il processo di allocazione dei costi aziendali alle singole *speciality*. L'*iter* tecnico-contabile prevede che i costi aziendali risultino riferiti prima che alle singole prestazioni sanitarie a ciascuna unità organizzativa dell'ospedale. Queste ultime vengono distinte in: a) centri di costo di supporto a tutti gli altri centri (es. *Human Resources*, *Finance*, *Catering*, *Administration* ...), b) centri di costo di supporto alle sole

Speciality Group (Pharmacy, Radiology, Laboratory, Theatres ...) ed infine c) centri di costo che apprestano i servizi sanitari, ovvero, gli *speciality group* (Medicine, Surgery, Paediatrics, Obstetrics, Orthopaedic, Gynaecology ...). Il processo di allocazione dei costi alle prestazioni prevede un passaggio preliminare consistente in un ribaltamento dei costi fra centri in modo tale che, al termine dello stesso, tutti i costi aziendali siano allocati a livello di *speciality group*. Per mezzo di questo processo si determina un costo pieno della singola prestazione, la cui determinazione, per altro, risultava irrinunciabile, durante l'applicazione dell'*internal market*, ai fini della contrattazione fra trust e *Health Board*;

3) si forniscono delle proposte alternative di soluzioni tecnico-contabili per mezzo delle quali, innanzitutto, i costi dei centri di supporto a tutti gli altri centri, ed in seconda istanza i costi dei centri di supporto alle sole *speciality group*, possono essere ribaltati sulle unità organizzative che ricevono servizi. I metodi alternativi di allocazione in questione prevedono gradi di difficoltà dei ribaltamenti differenti, così da tenere nella dovuta considerazione i diversi gradi di perfezionamento raggiunti dai sistemi di rilevazione dei costi presenti negli *Acute Hospital* scozzesi;

4) al fine di determinare il costo a livello di ciascuna *speciality* si propone di individuare i fattori produttivi che vengono solitamente consumati per apprestarla, raggruppando gli stessi in categorie omogenee (ad esempio: risorse consumate nel periodo di degenza, risorse consumate per la realizzazione dell'operazione chirurgica, fattori impiegati per le analisi di laboratorio, fattori produttivi impiegati per le analisi radiologiche, risorse consumate per la somministrazione dei medicinali, ...). L'insieme delle categorie

di fattori produttivi individuate per ciascun tipo di prestazione costituiscono il *resource profile* della stessa, ovvero le tipologie di attività sanitarie necessarie per erogare ciascuna specifica *speciality*. Il costo di ciascuna prestazione, pertanto, sarà costituito dalla somma dei costi di ciascuna attività sanitaria che costituisce il *resource profile* della *speciality* considerata. Viene, quindi, descritto il processo tecnico contabile per mezzo del quale i costi localizzati a livello di *speciality group* (quali *Medicine, Surgery, Paediatrics, Obstetrics, Orthopaedic, ...*) possono essere trasformati in costo per attività comprese nei *resource profile* (ad esempio: costo del periodo di degenza, costo della realizzazione dell'operazione chirurgica, costo delle analisi di laboratorio, costo delle analisi radiologiche, costo della somministrazione dei medicinali, ...) e, conseguentemente, in costi per *speciality*;

5) altro aspetto da sottolineare, ricompreso nella metodologia, è costituito dal processo di riconciliazione. Per mezzo di questo è possibile sottoporre a verifica il dato di costo definito a livello di *speciality*. Infatti, sommando i costi complessivi di ciascuna prestazione fornita a livello di ogni *speciality group* (dati dal prodotto fra costo della singola *speciality* per il numero di casi della stessa registratisi) è possibile, verificare se tutti i costi aziendali sono stati imputati o meno alle singole prestazioni e, pertanto, se devono essere apportate delle correzioni al processo di determinazione analitica dei costi.

I lavori del NPC ebbero termine, in coerenza con le tappe di avanzamento del progetto che il gruppo di lavoro definì fin dalla sua costituzione, a metà del 1995. I risultati scaturiti da tale progetto (ovvero i numerosi manuali prodotti), tuttavia, non rappresentarono delle linee guida a cui tutti

gli *Acute Hospital* dovettero attenersi per volere di qualche organo di governo del settore (come gli *Health Board* od il *NHS* centrale) (23). Ciò nonostante, a partire dal 1996 fino ad arrivare ai nostri giorni, in più periodi amministrativi, agli *Acute Hospital* scozzesi è stato chiesto di fornire all'*Information & Statistics Division* dati di costo a livello di singola *speciality*. Sebbene, tali misure vengano tuttora raccolte e comparate, non sono state ancora rese note ai singoli *provider* in quanto si nutrono forti dubbi sull'attendibilità e la qualità dei dati, considerato che le singole aziende hanno dimostrato livelli di avanzamento nella contabilità dei costi fortemente diversificati. L'obiettivo che si vuole perseguire in un futuro prossimo è migliorare la validità e la comparabilità dei dati di costo a livello di *speciality*, in modo da rendere disponibile a tutte l'analisi comparativa e favorire la diffusione della tecnica del *benchmarking*.

5. Conclusioni

Sebbene i temi della comparazione interaziendale dei costi e della uniform costing nella sanità scozzese costituiscano una materia ancora in divenire, le vicende osservate consentono vari spunti di riflessione.

In primo luogo, desideriamo rimarcare che il caso analizzato evidenzia quanto è possibile riscontrare anche in altre amministrazioni pubbliche, ovvero, che la comparazione interaziendale dei costi, per varie finalità, costituisce una prassi consueta anche se, spesso, non si fonda su un sistema di rilevazione condiviso dalle aziende che producono i dati. Ciò può dipendere da vari fattori quali, per esempio: la mancanza di competenze contabili all'interno delle organizzazioni che promuovono e realizzano tali confronti, il rilevante ammontare di risorse

che la formulazione di tale metodologia condivisa richiede, la difficoltà di individuare una metodologia uniforme applicabile ad aziende che possiedono sistemi di rilevazioni dei costi con differenti livelli di perfezionamento ed il problema di definire una comune metodologia in ambiti in cui le differenze organizzative degli organismi aziendali sono rilevanti. Naturalmente, queste ed altre motivazioni possono ostacolare, e perfino fare fallire, il processo di definizione di una metodologia di rilevazione dei costi condivisa; tuttavia, non ci pare accettabile procedere a confronti di misure contabili senza che si abbiano adeguate garanzie che queste possiedano un grado di omogeneità accettabile. A nostro parere, senza assicurazione che i dati di costo sono determinati seguendo una metodologia comune, l'attività di comparazione può indurre gli utilizzatori a commettere gravi errori di valutazione. Quanto appena scritto è avvalorato dal caso che abbiamo indagato, in quanto sebbene i dati a livello di singola prestazione vengono richiesti ai *trust* scozzesi, le informazioni contabili raccolte non sono rese note perché non ritenute ancora sufficientemente affidabili.

Aggiungiamo che è possibile far fronte alle difficoltà di una uniform costing con vari accorgimenti: preferire approcci gradualisti (ovvero, adottare, nei primi periodi, soluzioni contabili omogenee di agevole applicazione e successivamente ricercare alternative più raffinate), creare, per fini comparativi, delle categorie omogenee di aziende che abbiano peculiarità organizzative simili, coinvolgere il più possibile le aziende che dovranno adottare tale comune metodologia nel processo di definizione della stessa. A questo proposito il *National Costing Project* nella sanità scozzese ha costituito un valido tentativo di pervenire ad una metodologia di rilevazione dei

costi uniforme per tutti gli *Acute Hospital* ed, a nostro modo di vedere, tale progetto dovrebbe essere riattivato adottando lo stesso approccio partecipativo e graduale che lo ha già contraddistinto.

Ulteriori considerazioni possono proporsi anche alla luce dell'evoluzione che ha interessato il sistema sanitario scozzese.

Durante il periodo in cui trovò applicazione il meccanismo dell'*internal market*, la ricerca di una maggiore omogeneità dei dati di costo per fini comparativi era prevalentemente motivata dalle esigenze conoscitive avvertite dagli *Health Board* e dai *provider* a seguito dell'incremento della competizione registratasi nel settore. In tale condizione, per i singoli *provider* sarebbe stato di gran ausilio conoscere il costo sostenuto per apprestare ciascuna *speciality* e compararlo con quello degli altri fornitori al fine di individuare, in primo luogo, i margini di manovra entro i quali ci si sarebbe potuti muovere nelle contrattazioni e, secondariamente, le tipologie di attività dove il mercato imponeva con maggiore urgenza recuperi di efficienza. Dal lato degli acquirenti dei servizi, invece, la possibilità di raffrontare i dati di costo per *speciality* delle diverse realtà aziendali avrebbe consentito agli *Health Board* di possedere indicazioni utili a comprendere il livello al quale si sarebbe potuto fissare ragionevolmente il prezzo di ciascuna prestazione senza correre il rischio di indebolire in maniera pericolosa gli equilibri economico-finanziari dei *provider*. Abbiamo utilizzato il condizionale perché non siamo certi del fatto che tale comparazione sia stata effettivamente realizzata, considerato che ancora oggi i costi elaborati a livello di singola *speciality* non sono di pubblico dominio. Tuttavia, non possiamo escludere che almeno in qualche area della Scozia, per esempio

su impulso di un singolo *Health Board*, tale raffronto fra i costi delle prestazioni erogate da un ristretto numero di ospedali localizzati nella stessa regione sia stato realizzato. A prescindere dal fatto che i risultati dell'analisi comparativa dei costi a livello di *speciality* siano stati resi disponibili, almeno in alcuni casi anche a livello di *trust*, vale la pena sottolineare che il motivo principale per cui si è dato vita al *National Costing Project* è stato proprio quello di rispondere alle esigenze conoscitive, appena evidenziate, che *provider* e *purchaser* hanno avvertito durante l'*internal market*.

Con il passaggio all'*integrated market* la comparazione dei costi è chiamata a rispondere ad esigenze conoscitive differenti. Essendo cambiati i meccanismi di finanziamento non occorre più rispondere ai bisogni informativi, degli *Health Board* e dei *provider*, legati ai processi di negoziazione delle singole prestazioni. Nel nuovo scenario istituzionale la comparazione interaziendale sui costi potrebbe perseguire il fine principale di promuovere il confronto fra i diversi *trust* (anche appartenenti ad aree differenti) così da facilitare l'individuazione (sia da parte dei responsabili che operano all'interno delle aziende che dei dirigenti degli organismi di governo) dei punti di debolezza di ciascun organismo aziendale sui quali occorre intervenire; tuttavia, senza la minaccia che la competizione possa determinare la cessazione di alcune attività sanitarie. Con ciò non si vuole sostenere che la comparazione interaziendale dei costi, nel periodo di funzionamento dell'*internal market*, non avrebbe potuto perseguire anche lo scopo di promuovere lo sviluppo del *benchmarking* fra strutture ospedaliere, bensì, che questo aspetto, era considerato secondario rispetto alle esigenze conoscitive dei *provider* e dei *purchaser* legate alle contrattazioni.

In questo passaggio da una forma di mercato all'altra ci sembra di rilevare che la comparazione interaziendale dei costi si trasformi da prassi da seguire per raggiungere un accordo negoziale soddisfacente per entrambe le parti, a tecnica sulla quale puntare se si intende perseguire un miglioramento dell'efficienza aziendale (24).

In altre parole, la comparazione in oggetto passa dall'essere un obbligo imposto dal mercato competitivo, a costituire una scelta per migliorare l'efficienza guardando non solo alle proprie *performance*, ma anche a quelle di altri organismi. Ci pare che questa evoluzione modifichi il ruolo che sono chiamati a svolgere gli organismi di governo della sanità scozzese, sia a livello regionale che a livello nazionale, nel promuovere la comparazione dei dati di costo. Infatti, se durante l'*internal market* potevano essere le condizioni del mercato a rendere desiderabile per i *trust* una maggiore comparabilità dei dati, nell'attuale contesto, a meno che le aziende non abbiano maturato il convincimento che un valido raffronto ha una valenza informativa importante, devono essere gli organismi sovra ordinati a promuovere lo sviluppo di metodologie uniformi di rilevazione dei dati di costo e, di conseguenza, l'uso dell'analisi comparativa. Perciò, a noi sembra che non basti individuare una metodologia comune, ma che occorra anche una forte azione di sostegno della comparazione interaziendale dei costi da parte degli organismi che sovrintendono il settore sanitario. A nostro modo di vedere, nell'*integrated market*, un ruolo decisivo in tal senso può essere svolto dagli *Health Board*. Ovviamente, bisognerà evitare di vincolare in maniera rigida il sistema di rilevazione dei costi dei *trust*, in quanto lo stesso è deputato oltre che a «rendere conto» all'esterno dell'utilizzo delle risorse, anche ad elaborare infor-

mazioni che fanno fronte ad esigenze conoscitive interne all'azienda. Perciò al di fuori degli obblighi tecnico-contabili strumentali al calcolo dei dati di costo richiesti dai enti di governo del settore, ogni azienda dovrà essere lasciata libera di organizzare come meglio ritiene opportuno il proprio sistema di rilevazione dei costi.

A nostro parere nel passaggio dall'*internal market* all'*integrated market* non mutano solo i fini conoscitivi perseguibili per mezzo della comparazione dei costi ed il ruolo che gli organismi di governo dovrebbero assumere nel promuovere lo sviluppo della *uniform costing*, ma cambia anche la configurazione di costo a livello di singola *speciality* a cui ci si potrebbe riferire. Infatti, se durante l'*internal market*, al fine di fissare prezzi di vendita remunerativi di tutti i fattori produttivi consumati, i dati di costo per singola prestazione dovevano essere «pieni» ovvero comprensivi sia dei costi diretti che dei costi indiretti di *speciality*, riteniamo che nell'attuale scenario possa essere sufficiente confrontare costi di singola prestazione costruiti sui soli costi diretti della stessa. Ciò potrebbe ulteriormente semplificare il processo di identificazione di una metodologia condivisa di rilevazione dei costi in quanto la stessa non dovrebbe «normare» il processo tecnico-contabile di allocazione dei costi indiretti della singola prestazione. In tal modo, la comparazione dei costi indiretti delle prestazioni, sostenuti da ciascuna azienda, potrebbe avvenire ad un livello più aggregato costituito, per esempio, dalle unità organizzative dove tali *specialty* vengono apprestate.

In conclusione, vorremmo sottolineare che quando anche la comparazione interaziendale dei costi poggiasse su una metodologia uniforme di rilevazione, e pertanto i dati possedessero un grado di comparabilità soddi-

sfacente, le valutazioni alle quali si potrebbe pervenire per mezzo dei raffronti dovrebbero tenere nella dovuta considerazione, soprattutto in ambito sanitario, dei livelli qualitativi raggiunti da ogni organismo aziendale. Avrebbe scarso valore constatare il grado di efficienza di una certa struttura ospedaliera nell'erogazione di una data prestazione sanitaria per mezzo della comparazione interaziendale dei costi senza sottoporre ad identica analisi anche la qualità del servizio. In altre parole, il *benchmarking* non può essere rilegato a confronto di sole misure di costo in quanto si può validamente sostenere che un'azienda è più efficiente di un'altra non solo se realizza lo stesso servizio consumando un ammontare di risorse inferiore, ma anche, se riesce a garantire al contempo uno standard qualitativo della prestazione soddisfacente (25).

(1) Si veda Mitchell F., Walker S.P. (1997 (a)).

(2) Infatti, come si evince dall'elenco (certamente non esaustivo) di seguito riportato, le pubblicazioni in tema di comparazione dei costi e di *uniform cost accounting* appaiono attualmente piuttosto datate: Wheldon H.J. (1948); Solomons D. (1950 (a)); Solomons D. (1950 (b)); Cassandro P.E. (1958 (a)); Cassandro P.E. (1958 (b)); Most K.S. (1961); Batty J. (1963); Bigg W.W. (1963); Possé F. (1963); Harper W.M. (1967); Riparbelli A. (1969); Geoffrey R.G. (1979).

(3) Riparbelli A. (1969, pag. 215) fornisce la seguente definizione di comparazione aziendale: «... strumento conoscitivo dei fenomeni aziendali che consiste nel confronto, nel tempo e nello spazio, di dati contabili ed extra-contabili di un'azienda o di più aziende dello stesso settore economico produttivo al fine di effettuare uno studio critico della gestione ed ottenere preziose conoscenze per le scelte imprenditoriali». Da tale definizione si evince che le comparazioni interaziendali di costo costituiscono una sottoclasse delle comparazioni aziendali, sia perché oggetto di comparazione potrebbero essere anche le misure di una stessa azienda considerata in tempi differenti (cosiddetta comparazione temporale), sia perché potrebbero essere confrontate, oltre che le misure

di costo, anche altre misure contabili (per esempio dati di bilancio e/o indici di bilancio) ed extra-contabili. Vorremmo rimarcare, tuttavia, che tale definizione del Riparbelli esalta la valenza informativa che le comparazioni aziendali possiedono per i soggetti interni all'azienda. Questo nostro contributo, invece, come già scritto nella premessa, intende sottolineare il valore segnaletico che le comparazioni (in particolare modo quelle interaziendali di costo) possono avere soprattutto per i soggetti esterni all'azienda.

(4) Per un approfondimento si veda Possé F. (1963).

(5) Si veda Solomons D. (1950 (a), pag. 181).

(6) Scrive a questo proposito Most K. (1961, pag. 181): «Uniform cost accounting does not mean uniform costs or a method whereby the costs of different business can become uniform. Some uniform cost accounting schemes have failed to respect this important principle, even to the extent of basing material prices on standard value, or developing average rates for certain types of cost to be added to each producer's costs. Even if we could imagine an experiment whereby two identical business were set up side by side, equipped with the same resources and provided with orders which enabled them to work at capacity, we cannot assume that their costs would be the same».

(7) Sull'argomento si veda Barretta A. (2000, pagg. 31-42).

(8) Si vedano Solomons D. (1950 (a), pag. 183) e Most K. (1961, pag. 11).

(9) Fra queste applicazioni di uniform costing risulta di grande interesse quella della *British Federation of Master Printers*, ampiamente documentata nelle pubblicazioni di Mitchell F., Walker S.P. (1996, 1997 (a) e (b)).

(10) Si veda Geoffrey R.G. (1961, pag. 11).

(11) Cfr. Geoffrey R.G. (1961, pag. 11).

(12) Cfr. Geoffrey R.G. (1961, pag. 44).

(13) Si legga Most K. (1961, pag. 43).

(14) Si veda Barretta A. (2000, pag. 42 e ss.).

(15) Il *new public management* segue due direttrici principali: a) quello della «managerializzazione» del *management* pubblico, consistente nell'introduzione delle tecniche di guida della gestione tradizionalmente più diffuse nei settori privati dove la spinta competizione le rende di indispensabile ausilio alla gestione aziendale; b) l'introduzione di forme di controllo e di regolazione che se da un lato rendono le aziende coinvolte nel processo più libere nella loro operatività, dall'altro le sottopone regolarmente a momenti di verifica tesi all'apprezzamento dei risultati raggiunti ed all'even-

tuale riallineamento con gli obiettivi attesi. In tal senso si veda Walsh K. (1995, pagg. XIII e ss.).

(16) Seppure in presente contributo si focalizza sulla comparazione interaziendale dei dati di costo nelle strutture ospedaliere scozzesi, tuttavia, ci preme evidenziare che tale prassi risulta operante anche in altri contesti. Fra queste realtà vi sono anche alcune regioni italiane. Sull'argomento Mussari R., Barretta A. (2000).

(17) Sull'argomento si veda Lapsley I. (1994, pag. 20) e Ellwood S. (1996, pag. 26).

(18) Sul tema si veda Bruce A., Hill S. (1995, pag. 7).

(19) Sull'argomento Lapsley I. (1994, pagg. 22 e 23) e Maynard A. (1993).

(20) Si veda Scottish Office - Department of Health (1997, pag. 33 e ss.).

(21) Sulla costruzione dei costi *standard* e del *budget* nelle aziende ospedaliere si veda Santesso E., Sòstero U. (1987, pagg. 70 e ss.).

(22) Per l'identificazione delle prestazioni sanitarie viene fatto riferimento ad una classificazione internazionale per mezzo di codici delle stesse; nello specifico alla nona versione dell'*International Classification of Diseases (ICD9)* per le diagnosi, ed alla quarta versione dell'*Office of Population Censures and Surveys Classification of Surgical Procedures (OPCS4)* per le operazioni. In ambito sanitario inglese si adotta la stessa classificazione che viene identificata con la terminologia *Health Resource Groups (HRG)*. A quest'ultimo proposito scrive Jones C.S. (1998, pagg. 3 e 4): «HRGs are a development from the American Diagnostic Related Groups (DRGs) which classify in-patients into a number of groups having similar diagnostic conditions. HRGs differ in that they are intended to place patients who consume broadly similar resources into clinically meaningful groups».

(23) Anche in Inghilterra sono stati pubblicati numerosi manuali per la determinazione dei costi delle *speciality* negli *Acute hospital*. Tuttavia dalle lettura di questi è possibile riscontrare che, a differenza di quanto è accaduto in Scozia, alle *Trust* inglesi è stato fatto esplicito obbligo di attenersi alla metodologia definita nei manuali. Forse sia per questo motivo che per il fatto che la rilevazione dei costi a livello di *speciality (HRG)* in Inghilterra è ormai abbastanza roduta, i dati a questo livello di dettaglio sono ritenuti sufficientemente affidabili e vengono, diversamente da quanto accade in Scozia, pubblicati.

(24) L'analisi di questo caso, pertanto, ci pare che confermi ancora una volta che al modificarsi del contesto economico-aziendale

mutano le esigenze conoscitive degli operatori aziendali e, conseguentemente, i sistemi di rilevazione delle dinamiche gestionali (in questo caso l'*uniform cost accounting* che rende possibile la comparazione interaziendale sui costi) devono assecondare tali cambiamenti. Sull'argomento si veda Catturi G. (1996, pag. 133 e ss.).

(25) Sul tema riguardante il giudizio combinato sul grado di efficienza e sulla qualità raggiunte da un'azienda pubblica nel realizzare un *output* si legga Mussari R. (1993, pag. 1104 e ss.).

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

BARRETTA A. (2000), *Specificità aziendali ed uniformità nella rilevazione dei costi. Il caso delle aziende per il diritto allo studio universitario in Toscana*, Cedam, Padova.

BATTY J. (1963), *Management Accountancy*, Macdonald & Evans, London.

BIGG W.W. (1963), *Cost Accounts*, Macdonald & Evans, London.

BRUCE A., HILL S. (1995), «Managing Doctors Relationships Between Doctors and Managers in the Health Service in Scotland: A Summary of Research Findings», *Hume Papers on Public Policy*, vol. 3, n. 1, Spring.

CASSANDRO P.E. (1958) (a), «Sulle comparazioni aziendali», *L'ufficio moderno. La pubblicità*, n. 4, pagg. 389-393.

CASSANDRO P.E. (1958) (b), «Comparazioni interaziendali di costo», *L'ufficio moderno. La pubblicità*, n. 9, pagg. 407-412.

CATTURI G. (1996), *Appunti di politica aziendale*, Quaderni di strategia e politica aziendale, Università degli Studi della Tuscia.

GEOFFREY R.G. (1988), *The Historical Development of Cost Accounting Standards*, First Published 1979, reprinted by CIMA.

HARPER W.M. (1967), *Cost Accountancy*, Macdonald & Evans, London.

LAPSLEY I. (1994), «Market Mechanisms and the Management of Health Care. The UK Model and Experience», *International Journal of Public Sector Management*, vol. 7, n. 6, pagg. 15-25.

MAYNARD A. (1993), *Creating Competition in the NHS: Is it Possible? Will it Work*, sta in Tilley I. (edited by), «Managing the Internal Market», Paul Chapman Publishing Ltd, London.

MITCHELL F., WALKER S.P. (1997), «Market pressures and the development of costing practice: the emergence of uniform costing

- in the U.K. printing industry», *Management Accounting Research*, n. 8, pagg. 75-101.
- MOST K.S. (1961), *Uniform Cost Accounting and The Classification and Coding of Accounts*, Gee and Company Publishers Limited, London.
- MUSSARI R. (1993), «La performance dei servizi pubblici: una messa a punto concettuale», *Comuni d'Italia*, n. 7/8, pagg. 1087-1111.
- MUSSARI R., BARRETTA A. (2000), *The Use of Cost Comparison in Hospital Structures: a Survey of Results in Scotland and Tuscany*, paper presentato all'International Conference dell'EIASM su Accounting, Auditing & Management in Public Sector Reforms, Zaragoza, 7-9 Settembre.
- POSSÉ F. (1963), «Difficoltà psicologiche e tecniche della comparazione interaziendale», *Produttività*, 1, pagg. 48-57.
- RIPARBELLI A. (1969), «Le comparazioni aziendali ed interaziendali», *Rivista Italiana di Ragioneria*, 7, pagg. 215-223.
- SANTESSO E., SÒSTERO U. (1987), *Strumenti per il controllo di gestione nelle unità sanitarie locali*, Cedam, Padova.
- SOLOMONS D. (1950) (a), «Uniform Cost Accounting. A Survey», *Economica*, August, pagg. 237-253.
- SOLOMONS D. (1950) (b), «Uniform Cost Accounting. A Survey», *Economica*, novembre, pagg. 386-400.
- WALSH K. (1995), *Public Services and Market Mechanisms. Competition, Contracting and the New Public Management*, Macmillan Press Ltd, London.
- WHELDON H.J. (1948), *Cost Accounting and Costing Methods*, Macdonald & Evans, London.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

- CLARK C., LAPSLEY I. (edited by) (1996), *Planning and Costing Community Care*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- ELLWOOD S. (1996), «Full-cost pricing rules within the National Health Service internal market-accounting choices and the achievement of productive efficiency», *Management Accounting Research*, n. 7, pagg. 25-51.
- JONES C.S. (1999), «Developing Financial Accountability in British Acute Hospitals», *Financial Accountability & Management*, vol. 15, n. 1, february, pagg. 6-32.
- LLEWELLYN S. (1998), «Boundary work: costing and caring in the social services», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 23, n. 1, pagg. 23-47.
- NATIONAL HEALTH SERVICE IN SCOTLAND - NATIONAL COSTING PROJECT FOR ACUTE HOSPITAL PROVIDERS (1994), *A Currency for Costing and Contracting*, june.
- NATIONAL HEALTH SERVICE IN SCOTLAND - NATIONAL COSTING PROJECT FOR ACUTE HOSPITAL PROVIDERS (1994) (a), *The Foundations for Effective Contracting*, september.
- NATIONAL HEALTH SERVICE IN SCOTLAND - NATIONAL COSTING PROJECT FOR ACUTE HOSPITAL PROVIDERS (1994) (b), *Cost Allocation and Classification*, september.
- NATIONAL HEALTH SERVICE IN SCOTLAND - NATIONAL COSTING PROJECT FOR ACUTE HOSPITAL PROVIDERS (1994), *Costing Clinical Activity*, october.
- NATIONAL HEALTH SERVICE IN SCOTLAND - NATIONAL COSTING PROJECT FOR ACUTE HOSPITAL PROVIDERS (1994), *Support System for Costing*, december.
- NATIONAL HEALTH SERVICE IN SCOTLAND - NATIONAL COSTING PROJECT FOR ACUTE HOSPITAL PROVIDERS (1995), *Costing Radiology Activity*, february.
- NATIONAL HEALTH SERVICE IN SCOTLAND - NATIONAL COSTING PROJECT FOR ACUTE HOSPITAL PROVIDERS (1995), *Costing Theatre Activity*, may.
- NATIONAL HEALTH SERVICE IN SCOTLAND - NATIONAL COSTING PROJECT FOR ACUTE HOSPITAL PROVIDERS (1995), *Refining Costing and Contracting Currencies*, september.
- PERRIN J. (1988), *Resource Management in the NHS*, Chapman and Hall, London.
- SCOTTISH HEALTH BOARD TREASURERS (1991), *Costing Manual*, january.
- SCOTTISH OFFICE - DEPARTMENT OF HEALTH (1997), *Designed to Care. Renewing the National Health Service in Scotland*, Presented to Parliament by the Secretary of State for Scotland by Command of Her Majesty, december.
- SOLOMONS D. (1952), *The Historical Development of Costing*, in D. Solomons (ed.), *Studies in Costing*, Sweet and Maxwell.
- TERZANI S. (1996), *Le comparazioni di bilancio*, Cedam, Padova.

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

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

I testi

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

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

Devono essere inviati a:

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

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

Sanità e impresa

Sezione 5^a

MANAGEMENT E INFORMATION TECHNOLOGY: UN POSSIBILE PERCORSO DI QUALIFICAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE E DEL MERCATO TECNOLOGICO

Claudio Caccia

Staff Sistemi Informativi e Organizzazione Azienda Ospedaliera di Legnano

SOMMARIO: 1. Scenario ambientale: cambiamento organizzativo e sistemi informativi - 2. Approccio ai sistemi informativi nella sanità italiana e caratteristiche del mercato I.T. in sanità - 3. Opportunità del mercato tecnologico - 4. Tecnologia e *management*: una possibile qualificazione delle aziende sanitarie e del mercato I.T. in sanità - 5. Conclusioni.

1. Scenario ambientale: cambiamento organizzativo e sistemi informativi

È opinione ormai diffusa ritenere che oggi la maggior parte delle aziende sanitarie sono chiamate a rispondere a due questioni di carattere strategico:

— la prima relativa a come coniugare una crescente domanda di prestazioni, sempre più personalizzate e costose, con l'insieme delle risorse, economiche e organizzative, disponibili (tavola 1). La necessità che si pone alle Aziende sanitarie consiste nell'equilibrare le pressioni che si esercitano sulla domanda sia in termini oggettivi (modificazioni sociodemografiche, modificazioni dello stato di salute della popolazione ...) sia in termini di attese (modifica *know how* a disposizione dei cittadini, attesa di vita, attese di salute ...) con le pressioni che si esercitano sull'offerta in termini di capacità di gestire le risorse disponibili con efficacia e efficienza, gestire il cambiamento dovuto all'introduzione di nuove risorse tecnologiche, sia in campo sanitario (ad esempio telemedicina, robotizzazione chirurgica, miniaturizzazione strumenti diagnosti-

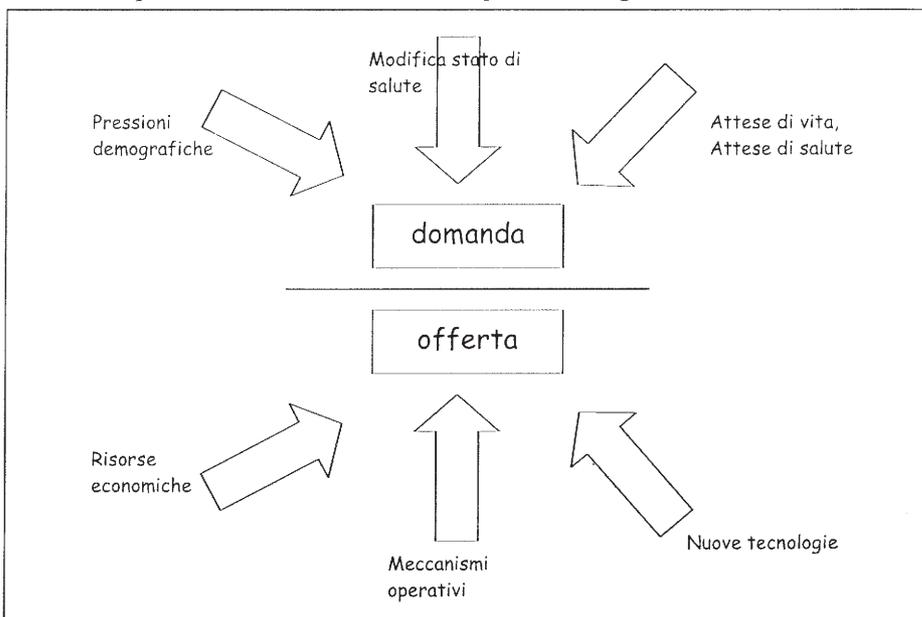
ci ...) sia nell'area dei sistemi informativi.

— la seconda relativa alla necessità di comprendere che la centralità della relazione erogatore-cliente riguarda non solo la qualità del servizio ma l'essenza e il *focus* dell'insieme delle attività aziendali. I clienti richiedono di essere trattati da individui, ciascuno con i propri bisogni; per molti di loro non è più sufficiente procurarsi un ser-

vizio di buona qualità, inteso come rispondente a generici parametri di *performance*, ma si esige il rispetto dell'essere umano, dei propri tempi, della propria vita.

Le aziende devono, di conseguenza (la loro sopravvivenza è legata a) imparare a capire i bisogni e i desideri dei loro clienti attuali e/o potenziali, a capire con precisione quali siano le proprie capacità di risposta, i propri punti

Tavola 1 - Equilibrio tra domanda e offerta: le pressioni «in gioco»



di forza e di debolezza, nella certezza che il cambiamento richiesto è inevitabile e che lo stesso richiede una nuova mentalità e un nuovo approccio strategico, organizzativo e gestionale (Zineldin, 1998F).

In questo contesto le Aziende sanitarie si stanno orientando verso modelli assistenziali che appaiono caratterizzati, pur con alcune differenze, da alcune variabili comuni (Caccia, Vella, 2000D):

— miglioramento della qualità dell'assistenza anche ricorrendo a modelli di cura alternativi all'ospedalizzazione, come le cure domiciliari e diverse forme di *follow-up*;

— espansione della logica di «network sanitario»;

— crescente attenzione al miglioramento della «customer satisfaction» come fattore distintivo della propria offerta ed elemento chiave nei processi di revisione organizzativa e informativa;

— necessità di contenere la crescita complessiva dei costi di assistenza in contesti caratterizzati da incrementi nelle richieste di prestazioni sempre più «personalizzate» ed efficaci, ma sempre più costose;

— capacità di una risposta alla crescente attenzione da parte dei cittadini ad ottenere informazioni sanitarie sulle strutture erogatrici, per conoscere le possibilità offerte e le alternative disponibili o, in generale, per poter disporre di un più elevato e, nel contempo, facile accesso a rilevanti informazioni di carattere sanitario (teleconsulto, portali *web*, EHR);

— attivazione di infrastrutture tecnologiche in grado di assicurare ai professionisti della sanità di disporre di informazioni multimediali sul singolo evento oggetto di uno specifico intervento o che facilitino il reperimento di informazioni all'interno del circuito nazionale e internazionale, al fine di migliorare l'efficacia diagno-

stica e terapeutica (EMR, EPR vedi AA.VV., 1999C; AA.VV., 1999D, *Information Authority National Health Service*, 1999L);

— attivazione di adeguati sistemi di pianificazione strategica e globale della sanità (unica alternativa per la riduzione dei costi) e di misurazione, in tempo reale, dei risultati aziendali e dei relativi programmi di *management* (programmazione e controllo di gestione).

La necessità di governare questa evoluzione in modo efficace richiede che le aziende possano disporre di informazioni sempre più accurate, integrate e tempestive senza le quali appare ingestibile la complessità aziendale e dei processi che ne condizionano la rapida evoluzione.

In tale contesto, l'introduzione di sistemi informativi e di una visione aziendale degli stessi può costituire un elemento e un momento di forte cambiamento.

L'importanza dei sistemi informativi intesi come leva strategica di cambiamento determina la necessità di uscire, una volta per tutte, dall'equivoco «sistemi informativi = tecnologia». Le nuove tecnologie, in particolare le tecnologie dell'informazione, costituiscono un grande potenziale di miglioramento sia della qualità aziendale sia della qualità dei servizi. Esempi frequenti hanno però dimostrato che l'introduzione di nuove tecnologie in un sistema consolidato di servizi è un processo molto delicato. Dato che i servizi inducono azioni sociali che influenzano schemi comportamentali e culturali sia dei dipendenti sia dei clienti, la nuova tecnologia deve essere accompagnata da cambiamenti complessivi del sistema azienda. Come vedremo nel seguito dell'articolo, recenti studi hanno ampiamente dimostrato che solo un approccio che coniughi sistemi informativi, processi di *management* e formazione

con l'utilizzo di nuove tecnologie può determinare risultati certi e adeguati. Solo se in un sistema di produzione di servizi si introduce nuova tecnologia adottando una visione olistica dell'azienda i risultati saranno eccellenti. Negli altri casi il fallimento, in termini di risultati poco apprezzabili, anche a fronte di investimenti consistenti, appare essere il dato maggiormente evidente.

2. Approccio ai sistemi informativi nella sanità italiana e caratteristiche del mercato I.T. in sanità

Circa l'introduzione dei sistemi informativi in azienda, si sono confrontati negli scorsi anni due tipi di orientamento:

— l'orientamento «technology driven» il cui *focus* può essere sintetizzato nell'utilizzo della tecnologia per forzare il cambiamento aziendale;

— l'orientamento «business driven» il cui *focus* può essere sintetizzato nella ricerca di ri-valorizzare i sistemi esistenti e revisionare l'organizzazione aziendale inserendo, solo in un secondo momento, sistemi informativi tali da supportare più coerentemente possibile la revisione organizzativa.

In termini teorici appare ragionevole ritenere che tali approcci avrebbero potuto essere utilizzati in modo specifico secondo il contesto organizzativo nel quale avrebbero dovuto essere inseriti i nuovi sistemi.

Nella loro traduzione pratica tali approcci hanno dimostrato alcuni limiti:

— nella prima visione si è perso di vista l'obiettivo del «cambiamento» forzando sull'utilizzo della tecnologia (risultati modesti in ragione della sottovalutazione dei processi organizzativi e delle «persone» che utilizzano i sistemi);

— nel secondo approccio non sono state attivate quelle «soluzioni tecno-

logiche» che avrebbero potuto, e dovuto, supportare il cambiamento atteso (difficoltà a tradurre in sistemi informativi le risultanze di processi di revisione organizzativa).

Entrambe le impostazioni hanno dimostrato quei limiti (che avrebbero potuto essere evitati attraverso una visione «d'insieme») insiti in un approccio «mono-specialistico» che si è tradotto, nei fatti, in criteri di introduzione di sistemi informativi di «nicchia». Tale situazione ha contribuito a mantenere una visione e una realizzazione di sistemi informativi «a isole», favorendo un mercato dei *vendor* (fornitori) che ha continuato a proporre sistemi e piattaforme realizzate nei primi anni '90, a basso profilo di integrazione. Nel migliore dei casi sono state prodotte piattaforme che col passare del tempo hanno integrato prodotti di varie società (la famosa «system integration») al fine di fornire soluzioni «modulari» che, con una certa frequenza, hanno rappresentato:

— per i *vendor* (nel gergo informatico con tale termine si identificano i fornitori di soluzioni) l'occasione per penetrare nelle aziende sanitarie con un primo *set* di funzioni che sarebbero state estese, successivamente, come «implementazioni» di sistemi esistenti;

— per le aziende sanitarie il pretesto, ancora una volta, per affrontare i problemi con una logica di «nicchia», a bassi costi aziendali, riducendo il problema dell'introduzione di tecnologia fortemente innovativa a un mero problema di automazione di settore.

Questo approccio «minimalista» e «tecnologico» ha peraltro consentito, in assenza di una visione che coniugasse un'azione congiunta tra *management* e sistemi informativi, il permanere di una cultura di disattenzione verso la trasparenza e la diffusione delle informazioni in azienda e di una incapacità di confrontare i reali

risultati aziendali scaturenti dall'introduzione di sistemi informativi. Ciò si è spesso tradotto in logiche di allocazione di risorse per lo sviluppo dei sistemi informativi «una tantum» anziché in una pianificazione pluriennale degli investimenti per una risorsa aziendale critica, come i sistemi informativi, e a rapida obsolescenza.

È possibile analizzare, in tale contesto, lo stato dei sistemi informativi delle Aziende sanitarie italiane (così come per qualsiasi altra azienda) prendendo in esame quattro principali elementi: la pianificazione degli investimenti in I.T., le funzionalità degli applicativi, la tecnologia, la qualità delle informazioni generate:

a) nelle Aziende sanitarie italiane è storicamente esistito un *deficit* di pianificazione dell'I.T. che è stata vista come strumento per il supporto di esigenze «operative» ma non come variabile aziendale strategica. Mancanza di cultura dell'informazione e mancanza di un approccio globale hanno determinato una proliferazione «a nicchia» di realizzazioni in totale assenza di *standard* realizzativi rendendo, ora, assai difficile un percorso di integrazione culturale, funzionale e tecnologico;

b) le applicazioni sw sono frequentemente datate dal punto di vista tecnologico, poco integrate, spesso soggette a consistenti interventi di manutenzione adattativa per rispondere a esigenze contingenti, poco documentate e, in qualche caso, non adeguatamente o non più mantenute dai fornitori con conseguenti alti costi di manutenzione e elevati rischi di malfunzionamento a fronte di una qualsivoglia variazione;

c) la tecnologia è spesso obsoleta o, laddove non lo è, è stata aggiornata senza una chiara visione architetture, facendo proliferare una varietà di nuovi prodotti, spesso sulla pressione dei diversi *vendor*; questo induce una

complessità gestionale elevata dovuta alla molteplicità delle piattaforme tecnologiche in uso;

d) le informazioni gestite da questi sistemi sono spesso duplicate e non consistenti fra loro, non accessibili da parte di tutti gli utenti degli stessi sistemi, disponibili con forte ritardo rispetto alle esigenze. Ne risulta che i processi operativi sono frammentati in fasi, alcune automatizzate ed altre no, con conseguente ripresa e reintroduzione di dati; ciò determina una situazione di cronica insufficienza e intempestività di dati e informazioni a supporto sia dei processi gestionali sia dei processi direzionali (Caccia, Vella, 2000D).

Limiti di approccio, carenze di pianificazione, insufficiente cultura della «disponibilità di informazioni» in azienda hanno condizionato il mercato sanitario italiano che, in termini di soluzioni informatiche disponibili, appare essere un mercato arretrato e scarsamente appetibile anche per i *vendor* sostanzialmente per i seguenti motivi:

— scarsa visione aziendale dei sistemi informativi come variabile strategica e conseguente incapacità di prevedere, da parte delle aziende sanitarie, investimenti ragionevoli (1,5-2% del bilancio) tali da consentire agli stessi *vendor* margini per sostenere costi di investimento e ricerca;

— insufficiente capacità di un approccio aziendale al sistema informativo e conseguente eccessiva richiesta di personalizzazione dei prodotti (costi di personalizzazione e manutenzione non sostenibili per i *vendor*);

— scarsa diffusione di *know how* interno e conseguente scelta delle soluzioni applicative guidata dal «costo inferiore» o dietro pressioni di «attività di *lobbing*» che si ripercuotono, entrambe, sui contratti, riducendo nei fatti le attività di assistenza *post vendita* e di manutenzione;

— eccessivo ricorso al ribasso d'asta secco e tempi di pagamento talmente lunghi tali da erodere significativamente i margini aziendali dei *vendor*, che di fatto o forniscono prodotti mediocri o si spostano su altri mercati verticali.

Ne consegue che al momento il mercato appare fortemente depresso pur in presenza di una nuova attenzione ai sistemi informativi.

Peraltro nel mondo dei *software* o dei *solution vendor* si è assistito e si sta assistendo ad un riassetto nel quale:

— alcune piattaforme applicative, ad elevata integrazione e presenti nel mondo anglosassone, non sono disponibili per il mercato italiano (Act con la propria piattaforma denominata Intègo, ISoft con la piattaforma PIMS (*Patient Information Management System*) che è coerente con i 5 livelli di integrazione definiti dall'Autorità informatica del servizio sanitario inglese);

— i grandi gruppi italiani o internazionali, presenti in sanità nel decennio 1989-1999, si apprestano a rivedere non solo la propria piattaforma tecnologica ma la loro stessa presenza sul mercato a seguito delle ristrutturazioni delle relative capogruppo (vedasi in proposito il gruppo Finsiel-Telecom, Olivetti sanità-Gfi, Siemens-Sms-Dp, Ibm e Bull che hanno dimesso/ridotto la loro presenza nel mercato verticale della sanità, Siemens che non ha spinto nel mercato italiano la soluzione Cerner, ...).

In ragione alla complessità di tali processi è ragionevole ipotizzare un periodo non breve di assestamento.

Parallelamente nel mercato dei servizi professionali di supporto direzionale (*management*, organizzazione e sistemi informativi) si sta assistendo ad alcune tendenze non del tutto dissimili a quanto si sta verificando nel

mercato dei *vendor* di soluzioni tecnologiche:

— progressiva concentrazione delle società di consulenza che tendono ad associarsi con grandi imprese (E&Y acquisita da Cap-Gemini, PW-Coopers in acquisto da HP, Ibm che ha creato una propria *consulting* ...);

— progressivo interesse delle società di consulenza a stipulare accordi quadro con i *leader* di mercato dei sistemi di *e-business*, analogamente a quanto avvenuto per i sistemi ERP;

— progressiva focalizzazione delle grandi società di consulenza (*big five*) su progetti di grande dimensione (con una soglia dimensionale che può essere indicata sopra agli 800-1000 ml) principalmente in ragione dei loro costi di struttura, liberando di conseguenza spazi (e supporti) su progetti di dimensione ridotta come quelle tipicamente delle Aziende sanitarie.

Ciò in definitiva determina un mercato I.T. in sanità nel quale non solo sono difficilmente rintracciabili soluzioni tecnologiche d'avanguardia ma nel quale appare difficile la scelta di *partner* che sappiano affiancare le Aziende sanitarie in un complessivo progetto di revisione organizzativa e dei propri sistemi informativi.

3. Opportunità del mercato tecnologico

Lo sviluppo sempre più rapido delle tecnologie del mondo dell'*Information Technology* offre oggi una serie di opportunità che permettono di affrontare e risolvere le sfide di miglioramento delle *performance* aziendali sopra richiamate.

Alcuni recenti studi di Gartner Group, IDC, Deloitte Consulting relativi ai *trend* tecnologici per la sanità induce a evidenziare alcune interessanti tendenze (Byron, 1998C; Byron, 1998D; M. Duncan, D. Garets, 1999H; AA.VV., 2000B).

La prima riguarda il crescente processo di omogeneizzazione che sta caratterizzando i settori sanitari nei paesi europei e mondiali. Infatti, sebbene i mercati sembrano presentare significative differenze, è possibile prevedere una graduale convergenza verso un unico modello di struttura e di articolazione dei sistemi informativi utilizzati. Questo processo risulta più evidente nei processi clinici laddove sono stati e sono in via di definizione *standard* globali a livello internazionale (vedi HL7 ver3).

Una seconda tendenza riguarda l'offerta di applicazioni con riferimento agli investimenti necessari per sviluppare componenti applicative solide e nello stesso tempo flessibili da vendere in mercati caratterizzati da profitti fortemente depressi. Questa situazione determinerà una progressiva concentrazione del mercato dell'offerta che sarà dominato da pochi fornitori, gli unici che potranno farsi carico di rilevanti costi di ricerca e sviluppo in un'ottica di globalizzazione delle soluzioni applicative. Tale processo sarà favorito da un parallelo consolidarsi di *standard* globali per l'I.T. in sanità come quelli già in uso in altri mercati verticali.

Un terzo elemento è rappresentato dal progressivo interesse di grandi *vendor* di sistemi ERP integrati nel verticalizzare le loro soluzioni anche nel settore sanità. Si rendono così disponibili anche per le Aziende sanitarie quei sistemi che, se ben introdotti, comportano vantaggi significativi in termini di revisione dei processi organizzativi e di riduzione dei costi.

Sempre a livello di mercato tecnologico appare possibile affermare con certezza il consolidamento di tre nicchie di grande espansione: il mondo *Web*, i *datawarehouse*, gli *Enterprise Resource Planning*, uno dei più potenti facilitatori del cambiamento aziendale in quest'ultimo decennio. Non

appare casuale che l'espansione tecnologica stia avvenendo nei settori che consentono di assicurare vantaggi competitivi per le aziende di servizi che, come abbiamo visto, si trovano a dover affrontare una complessità crescente e che necessitano di sistemi informativi fortemente integrati e standardizzati proprio al fine di una possibile e auspicabile integrazione con sistemi di altre aziende (*e-business, e-commerce*) e dei propri clienti (comunità virtuale). In tale contesto, per ciò che riguarda le architetture applicative, *Gartner Group* e *Computer Based Patient Record Institute* evidenziano che alcune pressioni del mercato dei *vendor* saranno replicate nel mondo sanitario il quale, secondo questi istituti, «è caratterizzato da una proliferazione di singole soluzioni dipartimentali a tal punto che anche negli ospedali più piccoli, dove il sistema informativo ospedaliero potrebbe essere fornito da un unico *vendor*, esistono i più disparati sistemi informatici che supportano diverse strutture organizzative». Gli stessi istituti di ricerca «raccomandano» in proposito di seguire alcune linee operative già utilizzate vantaggiosamente in altri contesti:

1) rimpiazzare i molteplici e disparati sistemi con un unico e nuovo sistema informativo aziendale;

2) laddove non sia possibile la sostituzione dei sistemi realizzare, più realisticamente, una *suite* di applicazioni costruite su un modello *Service-Oriented Architecture (SOA)*, in quanto l'utilizzo di un *middleware* favorisce l'integrazione e l'interfaccia con sistemi eterogenei;

3) creare un *database* e popolarlo con i dati provenienti dai più disparati sistemi effettuando l'integrazione fuori dai sistemi esistenti (tecniche *datawarehousing*);

4) integrare il *front-end* con l'uso di *graphic user interface*;

5) considerare che entro il 2007 l'80% delle Aziende sanitarie integreranno il proprio sistema con applicativi accessibili via *Internet* (M. Duncan, D. Garets, 1999H).

Un'ultima e recente opportunità offerta dal mercato I.T. è rappresentata dai cosiddetti *Asp (Application Service Provider, vedi tavola 2)*. Tale soluzione prevede l'utilizzo di sistemi applicativi (forniti dai maggiori *software vendor*) che risiedono fisicamente fuori dall'azienda interessata (per l'appunto su sistemi degli operatori *Asp* detti *data-center* o *web-farm*) grazie all'utilizzo di una infrastruttura di telecomunicazione a larga banda (fornite da *vendor* di telecomunicazioni) e tecnologia *web*. Tecnicamente le comunicazioni su larga banda utilizzano tecnologia *Hdsl*, già diffusa in altri Paesi, che consente velocità di comunicazione da 2 a 155 Mbps su normale doppino in rame (attualmente le comunicazioni aziendali viaggiano a 64Kbps, 128K, e multipli sino a 2Mbps) rendendo possibili interscambi che consentiranno al cliente di non cogliere differenze tra una connes-

sione al *server* della stanza a fianco rispetto alla connessione verso l'*Asp*.

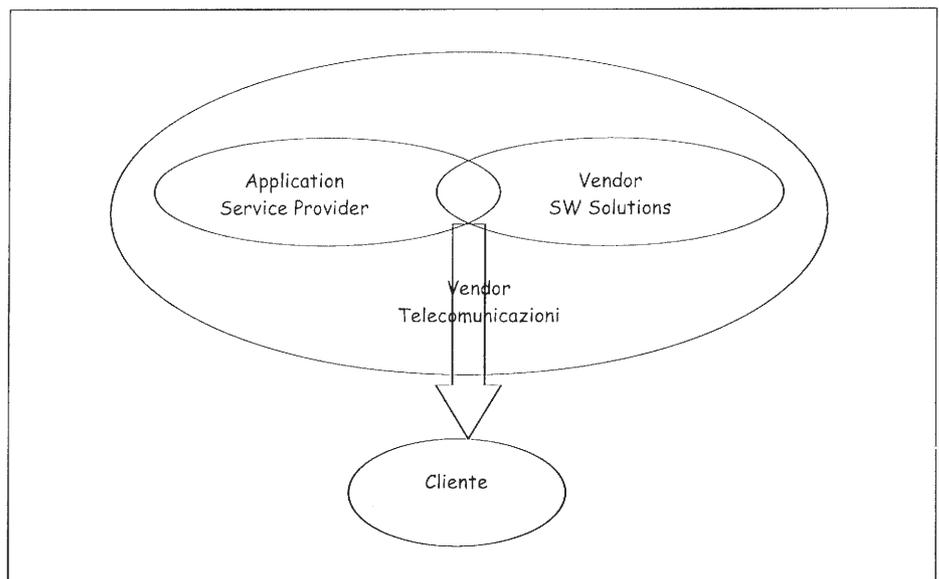
Tale opportunità tende ad interessare soprattutto la piccola e media impresa e la Pubblica amministrazione in quanto, rispetto a realtà di maggiori dimensioni, più difficilmente possono disporre di investimenti consistenti e delle risorse interne specializzate per la manutenzione della propria piattaforma gestionale. Gli analisti (*IDC*) stimano che entro il 2003 circa il 70% delle cosiddette «*core application aziendali*» sarà utilizzato in modalità *Asp* in ragione ai seguenti vantaggi:

— riduzione dei costi di acquisto (nessun investimento in *server*, nessun investimento in licenze d'uso, nessun costo per gli aggiornamenti *software*);

— possibilità di disporre di soluzioni tecnologicamente avanzate e mantenute dagli *Asp* in modo *standard* per tutti i clienti;

— possibilità di disporre di sistemi gestiti in termini di sicurezza e affidabilità elevata (con valori prossimi al 99,9% di *up time*), con disponibilità dei sistemi 24 ore per 7 giorni, con si-

Tavola 2 - Schema fornitura di soluzione in modalità ASP



stemi di *disaster recovery* e protocolli di sicurezza dedicati;

— possibilità di disporre, nel caso di implementazione di sistemi Erp, di «forme prototipali» delle funzioni e dei processi tipici dell'azienda in modo tale da ridurre i rischi e i tempi di messa in opera di un sistema Erp (Asp *Industry Consortium* stima, in proposito, un tempo di implementazione delle funzionalità principali di sistemi Erp in soli 2-3 mesi).

L'utilizzo del servizio richiede solo la disponibilità di una infrastruttura di rete interna all'azienda e di postazioni di lavoro «level entry» sulle quali viene richiesta la presenza del solo *browser*. Il pagamento del servizio potrà essere effettuato con canone annuo per posto di lavoro attivo o con l'emergente «pay for use» cioè il pagamento per ogni transazione effettuata. In entrambi i casi i contratti non potranno che essere pluriennali in ragione ai costi necessari ai *vendor* per poter sostenere e qualificare una reale offerta di Asp. Peraltro tale orizzonte appare ragionevolmente compatibile con una scelta aziendale che vuole coniugare innovazione organizzativa e innovazione tecnologica con costi per sistemi informativi e revisione organizzativa (si evidenzia in proposito che recentemente Telecom e Sap hanno annunciato un accordo quadro per la diffusione del sistema Erp di Sap via Asp alle PMI italiane che hanno il medesimo problema di poter disporre di sistemi tecnologicamente avanzati, in grado di ottimizzare processi e risorse finanziarie aziendali ma a costi compatibili con le proprie dimensioni di bilancio).

Vale la pena di segnalare, da ultimo, una recente tendenza allo sviluppo di «portali» in sanità. La costruzione di un portale consiste nel tentativo di costruire una comunità virtuale i cui membri, in ragione all'utilizzo della stessa area virtuale, si scambiano

informazioni, prodotti, servizi. Con una certa frequenza oggi si tende a confondere un ben organizzato sito aziendale, anche predisposto per funzioni di B2C (*Business to Consumer*) o per *e-procurement* (contatto diretto con i fornitori) con un portale cui possono fare riferimento diverse aziende per diversi scopi. Parallelamente i neo-nati portali in sanità tendono ad essere «siti» con una marcata prevalenza su una specifica area tematica: i diritti dei cittadini, l'acquisto *on line*, l'informazione sanitaria. In ogni caso le esperienze in corso tendono a testimoniare:

— che le attività di *e-business*, di *e-commerce*, di *e-procurement* costituiranno un'importante, se non la principale, modalità di rapporto tra aziende e tra aziende e clienti;

— che un adeguato «front office» (area di scambio informativo verso l'esterno dell'azienda) ha ragione di essere solo in presenza di un adeguato «back office» (area sistemi informativi gestionali interni all'azienda).

In tale contesto si ripropone la necessità di poter disporre di sistemi informativi aziendali fortemente integrati e standardizzati proprio al fine di una facilitazione degli scambi verso l'esterno.

4. Tecnologia e management: una possibile qualificazione delle aziende sanitarie e mercato I.T. in sanità

L'evoluzione tecnologica e i prodotti tecnologici oggi disponibili, la disponibilità di reti di telecomunicazione ad alta velocità, la riduzione di vincoli normativi sia sul versante organizzativo sia sul versante contrattualistico (Del Vecchio, 2000E) una lenta ma reale qualificazione della cultura aziendale, possono costituire oggi un'occasione manageriale imperdibile di qualificazione delle

Aziende sanitarie e del mercato I.T. in sanità.

Come abbiamo precedentemente detto solo una visione d'insieme, una visione olistica della complessità degli ambiti coinvolti può consentire di affrontare il cambiamento richiesto attraverso una forte sinergia tra sistemi di *management* e sistemi informativi senza la quale, ancora una volta, la sanità perderebbe una grande opportunità di qualificazione.

I già citati studi di Gartner Group, Idc, Deloitte, Coopers (AA.VV., 2000C), evidenziano come i *trend* di sviluppo di nuove tecnologie in sanità e della telemedicina determineranno, nei prossimi anni e in ogni caso,

— sia modificazioni del mercato tecnologico che sarà caratterizzato dalla presenza di soluzioni gestionali e direzionali, limitate quantitativamente, ma tali da rappresentare l'eccellenza tecnologica

— sia trasformazioni nel modo di proporre ed erogare servizi sociosanitari nel quale nuovi modelli organizzativi potranno essere realizzati con successo solo attraverso una profonda sinergia con sistemi I.T. (ad esempio telemedicina + *homecare*).

In proposito sono oggi apprezzabili due grandi aree nelle quali è presumibile possano realizzarsi cambiamenti sostanziali e «dirompenti» grazie ad una adeguata sinergia tra interventi di *management* e tecnologie dell'informazione:

1. Area di miglioramento delle performance aziendali

Le tecnologie oggi disponibili consentono di utilizzare un approccio all'introduzione dei sistemi informativi come leva e momento di cambiamento aziendale che tende a coniugare i punti di forza sia dell'approccio «technology driven» sia dell'approccio «business driven» in ragione all'u-

tilizzo di sistemi fortemente evoluti sotto il profilo tecnologico ma che possono essere introdotti solo attraverso specifiche metodologie di revisione dei processi organizzativi e di riqualificazione delle persone che operano in azienda. È stato ampiamente dimostrato, in diverse ricerche sul campo, che laddove tali sistemi sono stati introdotti secondo una logica troppo orientata alla tecnologia i risultati sono stati scarsamente apprezzabili. Al contrario nei casi in cui si è perseguita una ricerca di equilibrio tra tecnologia, visione di *management* e qualificazione delle persone i risultati sono stati pregevoli ed apprezzabili anche sotto il profilo del ritorno economico.

La possibilità di disporre di strumenti informatici altamente standardizzati (ERP) ed integrati se da un lato determina alcune forzature organizzative dall'altro assicura, proprio per tale caratteristica, la possibilità che il cambiamento, parzialmente indotto dalla tecnologia, sia reale e duraturo. In particolare le nuove tecnologie (ERP) inseriscono con forza un approccio «per processi» che supera in modo definitivo il persistente permanere di una visione e di un *modus operandi* «per funzioni» tipico della Pubblica amministrazione.

Inoltre l'attivazione di tali sistemi supporta, finalmente, una logica e un approccio «aziendale» sia dei processi organizzativi sia del sistema informativo che, tecnicamente, si articola nelle sue componenti gestionali e direzionali ad elevata integrazione. Val la pena evidenziare in proposito che il costo di integrazione dei sistemi informativi viene stimato intorno al 40% dei costi aziendali per I.T.

La scelta di tale logica «aziendale» può determinare:

— dal punto di vista organizzativo l'abbandono di una visione in cui prevalgono logiche settoriali a favore di

una visione d'insieme dell'azienda, un conseguente *focus* aziendale, condiviso e diffuso, verso i clienti della stessa, e una conseguente ottimizzazione delle risorse;

— dal punto di vista dei sistemi informativi la fine di un approccio in cui le esigenze di «settore» prevalgono su una visione aziendale del sistema informativo. Tale visione aziendale evita il permanere di logiche di «nicchia» che hanno rappresentato e determinato la proliferazione di prodotti poco standardizzati, di difficile manutenzione, un mercato ingestibile nel quale, con frequenza, le uniche forme di penetrazione erano rappresentate o da attività di *lobbying* o dagli eccessi di un (ab)uso del ribasso d'asta. In entrambe le modalità ciò si è gravemente riflesso nella fornitura di sistemi di dubbia qualità, di un supporto tecnico di mediocre competenza (riduzione costi assistenza in ragione alla riduzione dei margini utili) e, in ultima analisi, in una depressione del mercato sanitario che tende a essere ritenuto non appetibile e non degno di investimenti per i *vendor* di settore. Una ritrovata visione aziendale dovrebbe indurre le Aziende sanitarie a pianificare investimenti pluriennali in materia di sistemi informativi consentendo anche al mercato dei *vendor* di poter disporre di investimenti e tempi tali da qualificare la propria offerta.

2. Area di miglioramento dei processi di diagnosi e cura in senso lato

Nelle Aziende sanitarie un adeguato livello di *management* e di sistemi informativi se tende ad assicurare risultati di efficienza ed efficacia manageriale non assicura, *motu proprio*, la produzione di risultati sul versante dell'efficacia e della qualità degli interventi sanitari che rappresentano il *core business* di tali aziende. Un utilizzo «spinto» di tecnologia digitale e

della telemedicina, grazie all'evoluzione delle tecnologie di telecomunicazione e del *web*, può determinare una revisione profonda:

— delle capacità diagnostiche e terapeutiche in ragione di una maggior disponibilità e reperibilità di informazioni e di un possibile diverso confronto tra professionisti della sanità a livello nazionale e sopranazionale che può avvenire anche in tempo reale;

— della possibilità di garantire interventi di *home care*, alternativi o a completamento del ricovero ospedaliero, garantendo (AA.VV., 2000B):

a) una miglior qualità della cura e del monitoraggio;

b) interventi immediati in caso di urgenza;

c) un sistema sicuro;

d) una riduzione dei costi dello *staff* medico e di conseguenza del cittadino;

e) una riduzione della domanda di cure ospedaliere o residenziali attualmente maggiormente costose;

— della possibilità per il cittadino-cliente di costituirsi un proprio *database* clinico, consultabile via internet (con le dovute autorizzazioni EHR) e tramite il quale richiedere consulti ai professionisti nazionali o internazionali della sanità. A tale proposito val la pena evidenziare che alcune assicurazioni private e alcuni stati (Louisiana, California) nonché la HCFA per i pazienti di *Medicare* hanno iniziato a riconoscere rimborsi per alcuni servizi di telemedicina (AA.VV., 1999E);

— della modifica del rapporto medico-paziente. Quest'ultimo ha non solo maggiori opportunità informative e di consulto, anche *on line* con i maggiori specialisti a livello mondiale, ma può beneficiare di *newsgroup* e/o di gruppi di appoggio (fiorenti e particolarmente attivi per alcune gravi o rare patologie) nonché di una quantità di informazioni tali per cui il processo di affidamento a un sanitario avviene

con maggiore responsabilità e attraverso un maggior controllo. La modifica del rapporto assistenziale/terapeutico determinerà un rovesciamento delle modalità di concepire tale rapporto: il cliente non potrà più essere solo il destinatario di una serie di interventi scelti esclusivamente dal professionista, ma la persona cui il professionista fornisce una serie di informazioni, aggiuntive a quelle già in possesso del cliente, e gli garantisce opportunità che consentano allo stesso di scegliere tra opzioni di salute conformi ai propri piani di vita (AA.VV., 1990A). Queste modificazioni possono consentire una visione diversa sulle modalità di concepire non solo il *core business* delle Aziende sanitarie ma anche le finalità e le funzioni delle strutture fisiche di erogazione di servizi sociosanitari nonché modificazioni del rapporto professionista-paziente tale da richiedere nuove modalità di contrattazione non solo dello stesso rapporto ma anche dello *skill* richiesto ai professionisti della sanità.

In entrambe le aree di cambiamento pare ragionevole che questi percorsi di profonda trasformazione e innovazione siano «guidati» piuttosto che «subiti» in modo tale da avviare un confronto serio con il mercato anziché subire una pressione che, in assenza di un adeguato *know how* interno alle Aziende sanitarie, si trasformerebbe in una sudditanza tecnologica nel confronto del mondo *vendor*-consulenziale.

Parallelamente la possibilità di utilizzo di tecnologie d'avanguardia in modalità *Asp* può determinare una spinta verso una reale qualificazione del mondo *vendor*, sia in ragione dell'ingresso di nuovi *competitor* e di necessarie alleanze per la gestione dell'*Asp*, sia in ragione alla possibilità di disporre di un volume di investimenti

costanti nel tempo tali da consentire attività di ricerca e sviluppo.

5. Conclusioni

Il mercato sanitario richiede, per le motivazioni evidenziate nei capitoli precedenti, la disponibilità di soluzioni che siano in grado di supportare le direzioni aziendali e risolvano il problema dei sistemi informativi tramite un approccio globale. Solo attraverso un approccio globale appare possibile:

— dal lato delle Aziende sanitarie di raggiungere significativi obiettivi di miglioramento delle *performance* aziendali attraverso l'integrazione e la trasparenza delle informazioni nonché la possibilità di fornire nuove modalità di erogazione di servizi;

— dal lato dei *vendor* di qualificare gli investimenti verso sistemi tecnologicamente maturi e avanzati e attivare una offerta che, in ragione delle tecnologie *web*, possa essere acquistata dalle Aziende sanitarie con investimenti coerenti alla dimensione delle stesse.

Al mondo dei *vendor* deve esser chiaro che in assenza di «risultati apprezzabili» appare difficile ipotizzare che la Aziende sanitarie modifichino la propria capacità di attenzione verso i sistemi informativi intesi come «variabile strategica» e non più come «strumento tecnologico». È evidente che in assenza di questo cambiamento di prospettiva non potremo assistere a una modificazione significativa degli investimenti per I.T. in sanità che rimarranno marginali e distanti dalla media europea di spesa I.T. nella pubblica amministrazione (2-2,5%).

In tale contesto pare oggi possibile pretendere e richiedere al mercato soluzioni «complessive» caratterizzate:

— da un supporto direzionale e di revisione dei processi organizzativi nonché formativo;

— da un'offerta che integri soluzioni per l'area gestionale sanitaria,

l'area gestionale amministrativa e l'area direzionale, basata su tecnologie *web* e in quanto tali con modalità *Application Server Provider (Asp)*.

Tale ipotesi consente di offrire una soluzione di elevata completezza e eccellenza tecnologica a costi non particolarmente impegnativi per le Aziende sanitarie in ragione alla possibilità di un investimento iniziale limitato (*no server, pc entry level* in quanto il *client* è rappresentato da *windows + browser*, bassi costi di manutenzione) e di un pagamento di un canone annuo di servizio o di un canone a consumo.

Tale soluzione appare praticabile solo se a prodotti di elevata maturità e innovazione tecnologica siano associati *team* che possano costituire una referenza qualificata, continuativa e duratura nel tempo, in grado di supportare la complessità di un progetto di revisione organizzativa e di revisione del sistema informativo con risultati monitorabili in corso d'opera e obiettivi raggiungibili.

In tale contesto il quesito già precedentemente posto circa i limiti dell'introduzione di nuove tecnologie, in particolare dei sistemi *Erp* o di sistemi simili ad alta integrazione di processo, la cui introduzione viene resa possibile solo attraverso una revisione dei processi organizzativi e in qualche modo attraverso una definizione *ex ante* di un «percorso organizzativo obbligato», viene superato in confronto ai risultati apprezzabili di tale scelta:

— reale e, in qualche modo irreversibile, revisione dei processi organizzativi, cui segue un miglioramento del *know how* interno alle Aziende sanitarie e un rafforzamento di una visione «aziendale» dei processi organizzativi e contabili che al momento appare, al contrario, particolarmente lacunosa;

— reale qualificazione del mercato tecnologico e dei prodotti I.T. in sanità con presenza di *standard* tecnologici

già ampiamente utilizzati in altri mercati verticali;

— concreta possibilità di modificare complessivamente le *performance* aziendali proprio in ragione di un investimento costruito sulla sinergia tra sistemi di *management* e sistemi informativi.

Da ultimo appare opportuno segnalare che, proprio in ragione di una imprescindibile visione di insieme della complessità delle variabili organizzative e tecnologiche in gioco, l'ormai decennale storia delle implementazioni di sistemi integrati ha rilevato che i progetti di successo sono stati quelli che hanno integrato correttamente oltre alla dimensione tecnologica, anche le dimensioni relative alla revisione dei processi aziendali interessati dalle funzionalità dei nuovi sistemi (vanno infatti ricercate tutte le opportunità per semplificare modalità operative tradizionalmente ancorate a vecchi e stratificati schemi) e ad una rinnovata attenzione alle «persone» dell'azienda che saranno coinvolte direttamente, come utenti o come partecipanti ai gruppi di lavoro, o indirettamente dal cambiamento.

Promuovere la cultura del cambiamento e l'attenzione a una trasparente disponibilità e diffusione delle informazioni in azienda e tra l'azienda e i suoi «utilizzatori» è la sola condizione in grado di poter consentire quel cambiamento e quella qualificazione delle Aziende sanitarie che non appare più rinviabile.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1990)A, *Successo e fallimento nei servizi sociosanitari*, F. Angeli, Milano.
- AA.VV. (1994)A, *Standard architecture for healthcare records*, Cen-Tc 251 Project Team 011.
- AA.VV. (1994)B, *Healthcare Framework*, Cen-Tc 251 Project Team 010.
- AA.VV. (1994)C, *Standard architecture for healthcare Information System*, Cen-Tc 251 Project Team 013.
- AA.VV. (1998)A, *Information System trasformation service line: health*, Deloitte Consulting Group.
- AA.VV. (1998)B, *Global Survey of Chief Information Executives*, Deloitte Consulting Group.
- AA.VV. (1999)A, «Health information technology, its role in healthcare management: a regionale case study», *International Journal of healthcare technology and management*, vol. 1.
- AA.VV. (1999)B, «Application integration in healthcare», *Windows on Healthcare*, Spring.
- AA.VV. (1999)C, *Applications for electronic patient record systems*, Medical Records Institute.
- AA.VV. (1999)D, *Standards in Healthcare Informatics*, Medical Records Institute.
- AA.VV. (1999)E, «Technical and Clinical progress in Telemedicine», *Jama*, March 24/31.
- AA.VV. (2000)B, *The emerging european health telematics industry: market analysis*, Deloitte & Touche 2000 on assignment of European Commission-Directorate General Information Society.
- AA.VV. (2000)C, *Healt Cast 2010*, Pricewaterhouse Coopers.
- B. BERGERON (1999)F, «Medical information technology: a vehicle for change», *International Journal of healthcare technology and management*, vol. 1.
- D. BYRON (1998)C, *Vertical Industry Applications: 1998 Worldwide markets and trend*, Idc.
- D. BYRON (1998)D, *Health Care Applications: 1998 Worldwide markets and trend*, Idc.
- CACCIA (1997)F, «Sistemi informativi e supporto decisionale in sanità: l'utilizzo dei data-warehouse», *Mecosan*, 23.
- CACCIA, CAGLI (1994)D, «Un approccio aziendale ai sistemi informativi per le nuove aziende sanitarie», *Mecosan*, 12.
- CACCIA, VELLA (2000)D, «Opzioni Strategiche per lo sviluppo dei sistemi informativi in sanità», *Mecosan*, 33, pp. 127-136.
- COMMISSIONE INFORMATICA MEDICA (1994)E, *Piattaforma applicativa per l'integrazione funzionale ed informativa di applicazioni software in un sistema informativo sanitario*, UNI-CNR
- M. DAVIS (1999)G, *Healthcare e-business: a new supply chain paradigm*, Gartner Group, ottobre 1999.
- DEL VECCHIO (2000)E, «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 33 pp. 9-28.
- M. DUNCAN, D. GARETS (1999)H, *The 1999 state of healthcare IT: business, management and strategy drivers and trends*, Gartner Group.
- INFORMATION AUTHORITY NATIONAL HEALTH SERVICE (1999)L, *Scenarios for the Electronic Health Record (EHR)*, Version 1.0.
- T. LINCOLN (1998)E, *XML the new enabling technology to treat an Electronic Health Record as a collection of documents: paradigm shifts and shafts*, Medical Records Institute.
- J. KLEIN, Y. NATIS (2000)A, *Microsoft's Architecture Is E-Health friendly*, Gartner Group.
- M. KOLDING (1999)I, E. Davis, *European Software Support and integration services markets and trends, 1998-2003*, Idc.
- NORMANN (1990)B, *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano.
- ZINELDIN (1998)F, *L'organizzazione cooperativa*, McGraw-Hill.
- M. ZVIRAN, A. ARMONI (1999)M, «Integration hospital information systems: a bottom up approach», *International Journal of healthcare technology and management*, vol. 1.

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

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

Sommario

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

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

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

I testi

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

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

Devono essere inviati a:

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

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

Biblioteca

Sezione 6^a

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE



Il volume raccoglie i più significativi risultati di un seminario internazionale organizzato dall'Iridiss nel 1996 a Roma. Vengono prese in esame le diverse modalità di riassetto della gestione dei servizi sanitari e assistenziali in alcuni paesi europei coinvolti nel processo di riforma, proponendone una valutazione delle conseguenze. Ne emerge una visione che oltre alle peculiarità nazionali evidenzia i tratti comuni delle soluzioni di riforme adottate, tra cui il tentativo di introdurre una gestione decentrata e aziendale dei presidi sanitari che favorisca lo sviluppo di strutture sempre più indipendenti nelle proprie scelte economiche e gestionali dall'amministrazione centrale. Concludono tre saggi sulla situazione italiana.

INDICE: INTRODUZIONE (S. TURCIO) - I. LA RIFORMA DEI MERCATI INTERNI NEL SERVIZIO SANITARIO BRITANNICO: UNA VALUTAZIONE (ALEX ROBERTSON) - II. RECENTI SVILUPPI DEL SISTEMA SANITARIO NORVEGESE IN QUALE DIREZIONE PUNTANO? (JON IVAR ELSTAD) - III. IL GOVERNO DELLA SANITÀ IN FRANCIA: TORNA LO STATO? (JEAN-OLIVIER MALLET) - IV. LE BASI SOCIALI DELLA POLITICA SANITARIA IN ITALIA. DALLA LEGGE 833 AL DECRETO LEGISLATIVO 299 (GIOVANNA VICARELLI) - V. ALCUNI SPUNTI SULLE RIFORME IN CORSO NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (LIVIO GARATTINI) - VI. QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NELLE AZIENDE SANITARIE (GIAN FRANCO CORIO).

Il tema trattato è quello della comunicazione della salute, attraverso una disamina di fenomeni e esigenze ad essa connessi il cui obiettivo comune è la creazione di una cultura e una pratica della salute con basi comuni nella popolazione, per favorire la partecipazione consapevole di individui e gruppi alla promozione della qualità della vita. Tra gli aspetti della comunicazione affrontati: la frequenza con cui i media trattano le tematiche relative alla salute; lo sviluppo della comunicazione pubblica in ambito sanitario; la diffusione della comunicazione sociale; l'integrazione della comunicazione nell'educazione e promozione della salute; la progettazione della qualità della vita nel territorio.

INDICE: INTRODUZIONE (M. INGROSSO) - PARTE I. IL RUOLO DELLA COMUNICAZIONE NELLE STRATEGIE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E DELLA QUALITÀ DELLA VITA - PARTE II. MASS MEDIA E STILI DI VITA SANI: ATTORI, TEMI, STILI DI COMUNICAZIONE - PARTE III. COMUNICAZIONE E QUALITÀ DELLA VITA NELLE COMUNITÀ LOCALI - PARTE IV. EDUCAZIONE ALLA SALUTE E COMUNICAZIONE.



MANUELE GHIDORZI
(a cura di)

Residenze sanitarie assistenziali.
Guida pratica per l'attivazione
da parte delle cooperative sociali

FrancoAngeli
Milano, 2000
pagg. 187, L. 25.000

Il testo è nato a seguito della esperienza di Irecoop Lombardia nell'ambito dei servizi alla persona e si presenta come una guida utile e dettagliata alla normativa regionale attualmente in vigore in Lombardia in tema di RSA, delle motivazioni che ne stanno alla base e il contesto dei servizi socio-sanitari rivolti all'anziano, offrendo le informazioni necessarie relativamente alla documentazione richiesta alle cooperative sociali che desiderino ottenere l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento per l'attivazione di una Residenza sanitario assistenziale.

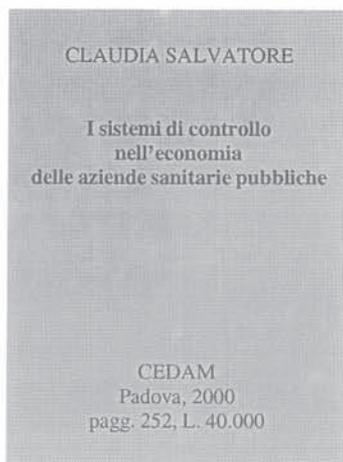
INDICE: PRESENTAZIONE (GUERRINO NICCHIO, ERASMO CORBELLA) - 1. IL PROGETTO AGELOOP LOMBARDIA SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI RIVOLTI AGLI ANZIANI (PIERLUCA BORALI) - 2. LE RSA E IL CONTESTO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI RIVOLTI ALL'ANZIANO (MANUELE GHIDORZI) - 3. AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO, CONVENZIONAMENTO E ACCREDITAMENTO DELLE RSA IN LOMBARDIA (MANUELE GHIDORZI) - ALLEGATO 1. TABELLE RELATIVE A STANDARD STRUTTURALI E GESTIONALI - ALLEGATO 2. DELIBERE DELLA GIUNTA REGIONALE - ALLEGATO 3. DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER RICHIEDERE L'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO - 4. RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE E CENTRO DIURNO INTEGRATO: LA PRESENTAZIONE DI UN CASO CONCRETO (GIUSEPPE GOLLINI) - ALLEGATO A. COSTI DEL PERSONALE - ALLEGATO B. ADDETTI ALL'ASSISTENZA DEGLI ANZIANI NEL RISPETTO DEGLI STANDARD - ALLEGATO C. QUADRO ECONOMICO - ALLEGATO D. COMPARAZIONE TRA ASSISTENZA PREVISTA DA STANDARD E ASSISTENZA EROGATA.

INDICE: PARTE PRIMA. LA PERSONA - TITOLO I. TUTELA DELLA SALUTE. CAPO I. PRESTAZIONI SANITARIE. CAPO II. STRANIERI - TITOLO II. TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI. CAPO I. TOSSICODIPENDENZA E AIDS. CAPO II. MALATTIE MENTALI. CAPO III. VACCINAZIONI E MALATTIE INFETTIVE - TITOLO III. PREVENZIONE. CAPO I. IGIENE PUBBLICA. CAPO II. IGIENE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO. CAPO III. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE. CAPO IV. AMBIENTE SALUBRE. CAPO V. ATTIVITÀ SPORTIVE - TITOLO IV. BIOETICA. CAPO I. MATERNITÀ E ABORTO. CAPO II. TRAPIANTI E DONAZIONE. CAPO III. TRASFUSIONI. CAPO IV. FECONDAZIONE E CLONAZIONE. - TITOLO V. HANDICAP - PARTE SECONDA. SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - TITOLO I. DISPOSIZIONI FONDAMENTALI - TITOLO II. ORGANI CENTRALI ED ALTRI ENTI O ORGANI RILEVANTI IN MATERIA SANITARIA. CAPO I. MINISTERO DELLA SANITÀ E ORGANI PERIFERICI. CAPO II. CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO. CAPO III. ISS. CAPO IV. ISPEL. CAPO V. INAIL - TITOLO III. SANITÀ REGIONALE E LOCALE - TITOLO IV. STRUTTURE SANITARIE. CAPO I. AZIENDE - UNITÀ SANITARIE LOCALI. CAPO II. AZIENDE OSPEDALIERE, PRESIDIO OSPEDALIERI E POLICLINICI UNIVERSITARI. CAPO III. STRUTTURE CONVENZIONATE E ACCREDITAMENTO DELLE ISTITUZIONI. CAPO IV. CROCE ROSSA ITALIANA (CRI). CAPO V. STRUTTURE SANITARIE PRIVATE. CAPO VI. IRCCS E ISTITUTI ZOOPROFILATTICI SPERIMENTALI. CAPO VII. EDILIZIA SANITARIA - TITOLO V. SPESA SANITARIA. CAPO I. DISPOSIZIONI GENERALI - TITOLO VI. PERSONALE SANITARIO. CAPO I. PERSONALE DIPENDENTE. CAPO II. PROFESSIONISTI A REGIME DI CONVENZIONE E DI PAGAMENTO A PRESTAZIONE - TITOLO VII. PROFESSIONI. CAPO I. PROFESSIONI SANITARIE. CAPO II. POLIZIA SANITARIA - PARTE TERZA. FARMACIE E MEDICINE - TITOLO I. FARMACI E IMPRESE FARMACEUTICHE - TITOLO II. FARMACOVIGILANZA - TITOLO III. FARMACIE - TITOLO IV. DISPOSITIVI MEDICI - TITOLO V. MEDICINALI OMEOPATICI - TITOLO VI. PRODOTTI FITOSANITARI.

ALESSANDRO PAGANO
(a cura di)

Codice delle leggi sanitarie
II edizione

ESSELIBRI
Napoli, 1999
pagg. 1472, L. 90.000



Il libro illustra l'introduzione dei sistemi di controllo contabile e gestionale nelle aziende sanitarie pubbliche esaminando le opportunità che tali sistemi offrono e il loro contributo al miglioramento dell'economicità e della qualità del sistema sanitario nel suo complesso, con particolare riguardo al passaggio preso in esame da un sistema di contabilità finanziaria a quello di contabilità economico-patrimoniale. Non si tralascia di sottolineare anche l'importanza dell'introduzione di un sistema di programmazione in stretta connessione con il sistema di controllo.

INDICE: PRESENTAZIONE - CAPITOLO PRIMO. L'ATTIVITÀ SANITARIA E I SUOI RAPPORTI CON IL SISTEMA ECONOMICO - CAPITOLO SECONDO. L'AZIENDA SANITARIA NEL SETTORE PUBBLICO - CAPITOLO TERZO. LA DIREZIONE E IL CONTROLLO: PROBLEMATICHE GENERALI - CAPITOLO QUARTO. IL SISTEMA DI RILEVAZIONE E CONTROLLO - CAPITOLO QUINTO. IL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - CAPITOLO SESTO. GLI STRUMENTI DEL CONTROLLO DI GESTIONE.

LA GESTIONE DEL PERSONALE NELLE AZIENDE SANITARIE

Carlo De Pietro

1. La nuova centralità strategica del personale nelle aziende sanitarie

La gestione del personale è una delle variabili organizzative fondamentali per l'azienda. Ciò è tanto e sempre più vero per le aziende sanitarie, in ragione di tre motivi:

— la natura fortemente relazionale e personalizzata dei servizi sanitari, la cui produzione ed erogazione è sempre più complessa;

— l'aziendalizzazione in corso nel SSN, che permette una gestione nuova e più flessibile del personale quale leva a disposizione dell'azienda;

— il profondo rinnovamento normativo, cominciato da circa un decennio e non ancora concluso, il quale ha stravolto il quadro del pubblico impiego, liberandolo dalle rigidità che lo caratterizzavano.

Ripercorrendo velocemente la storia recente, possiamo dire che gli anni '80 sono stati caratterizzati dalla messa in discussione del modello burocratico-amministrativo tradizionale degli enti USL, fino a determinarne la trasformazione in aziende.

Il primo sforzo delle nuove aziende ha avuto quale obiettivo il controllo dei costi, grazie a un'estesa diffusione di sistemi di programmazione e controllo. Terminata tale fase, gli sforzi sembrano ora concentrarsi sulla gestione del personale. Le esigenze in tal senso sono note da tempo: già qualche anno fa i titoli di articoli e libri parlavano di servizio all'utente, formazione manageriale, gestione strategica, motivazione e retribuzione variabile. Negli ultimissimi anni leggi e contrattazione collettiva nazionale hanno recepito tali concetti, dotando le aziende di un potere reale ed esteso su politiche e meccanismi per la gestione del personale. Ora sta a quelle sfruttarli appieno.

2. Esiste una «specificità» delle aziende sanitarie nella gestione del personale?

Fino a un recente passato, le norme (leggi, regolamenti e contratti nazionali) determinavano fin nel dettaglio struttura organizzativa e sistemi operativi per la gestione delle amministrazioni sanitarie. Ciò ha portato allo sviluppo di un'ampia letteratura giuridico-amministrativa dedicata a raccogliere, ordinare, analizzare e rendere intelligibili le integrazioni e gli aggiornamenti normativi.

Tale dettagliata normazione delle attività degli enti sanitari limitava l'applicabilità — e quindi l'utilità — della letteratura di tipo aziendale, la quale era «relegata» a integrare quella giuridica lì dove questa non poteva arrivare: si trattava di variabili cosiddette *soft* che per loro natura non era possibile ricondurre a norme o regole predefinite, quali la cultura aziendale, la *leadership*, il lavoro di gruppo (si vedano, ad esempio, Rotondi, 2000; Nystrom, 1993).

Si può ritenere che l'aziendalizzazione del SSN abbia fatto sparire le specificità proprie dell'impiego pubblico e quindi abbia fatto venire meno la necessità di una letteratura specifica per le aziende sanitarie. Seguendo tale ragionamento, si potrebbe credere che anche per queste vanno bene le analisi e i meccanismi per la gestione del personale sviluppati dall'economia aziendale in generale (si veda, ad esempio, Costa, 1992).

Ma le aziende sanitarie hanno in realtà almeno due caratteristiche di cui dobbiamo tenere conto se vogliamo ottenere categorie di analisi e sistemi operativi efficaci: 1) la loro natura di organizzazioni professionali; 2) la proprietà pubblica e la natura pubblica dei servizi da esse offerti.

3. La gestione del personale nelle organizzazioni professionali

Le aziende sanitarie, al pari delle scuole, delle università o degli studi legali associati, sono tipiche organizzazioni professionali: organizzazioni cioè caratterizzate dall'aver un personale altamente qualificato che si avvale di metodologie difficili da apprendere, dotato di rilevanti livelli di autonomia professionale. In tali organizzazioni, il nucleo operativo composto dai professionisti è la componente fondamentale, e il ruolo di coordinamento del management intermedio è limitato, data l'autonomia dei professionisti.

Tali caratteristiche creano esigenze particolari per la gestione del personale, in riferimento a:

- l'autonomia professionale degli operatori, da conciliare col rispetto di *standard* procedurali e livelli di qualità;
- l'imprenditorialità dei professionisti, da conciliare con l'esigenza di mantenere l'unitarietà d'azienda;
- la possibile incoerenza tra riconoscimenti aziendali interni e riconoscimenti esterni, con la conseguente ridotta efficacia dei primi;
- la difficile quantificazione dei risultati, la complessità dei servizi offerti e la difficile standardizzazione dei processi, che portano a un'inevitabile soggettività nella valutazione individuale;
- la gestione delle appartenenze disciplinari, che possono essere d'ostacolo al disegno organizzativo, alla gestione dei percorsi di carriera, alla valutazione tecnico-professionale dei singoli.

L'analisi di tali questioni ha dato luogo a una letteratura specifica, la quale può rivelarsi assai utile per le aziende sanitarie (si vedano, ad esempio, Pennarola, 1992; Piantoni e Salvemini, 1991).

4. La gestione del personale nelle amministrazioni pubbliche

Le innovazioni cominciate nei primi anni '90 e continuate fino ad oggi, «costituiscono indubbiamente il maggior sforzo di riforma nel campo del pubblico impiego dell'epoca repubblicana» (Costa, 1995). Malgrado ciò, e nonostante la pretesa privatizzazione operata dal decreto legislativo 421/92 e poi dal decreto legislativo 29/93, il rapporto di lavoro nelle aziende sanitarie pubbliche non è ancora equiparabile al quello del settore privato: gli aggiornamenti normativi restano frequenti e rilevanti, e la letteratura di diritto amministrativo continua a fornire un supporto importante a chi voglia occuparsi di personale. Anzi, la citata riforma del 1992-1993 ha dato vita a un ingente numero di libri e articoli a commento delle sue principali conseguenze, e tale letteratura si è ulteriormente rafforzata a seguito dei contratti collettivi nazionali di lavoro stipulati dalla neoistituita ARAN e dai sindacati negli anni immediatamente successivi (Alleva *et al.*, 1995; Cecora e D'Orta, 1994; De Martin, 1999; ecc.).

In tale letteratura la forma tipica di presentazione degli argomenti segue la declinazione dei singoli istituti giuridici proposti dall' articolato della normativa (assunzioni, prova, rapporti a termine e forme di precariato; assunzioni a tempo parziale; formazione e lavoro; retribuzione fondamentale, accessoria e di anzianità; orario di lavoro e straordinario; permessi, aspettativa, congedo; reperibilità; mobilità, comando, missione e trasferimenti; sistemi di classificazione delle funzioni e dei livelli; mansioni e loro modifica; diritti sindacali; informazione e consultazione dei sindacati; contrattazione decentrata; potere disciplinare; promozioni). Quali esempi di tale letteratura, si vedano ARAN (1996) e Zoppoli (1996).

Accanto a tale letteratura di stampo amministrativo, si è poi sviluppata un'abbondante letteratura di taglio pratico, a supporto della formazione organizzativo-gestionale che le riforme e l'aziendalizzazione hanno reso necessaria per i dirigenti e le altre figure con ruoli di coordinamento (ad esempio gli infermieri caposala): si tratta di manuali di formazione, test di auto-valutazione, atti di convegni sollecitati da tali nuove esigenze. Gli argomenti trattati riguardano lo sviluppo e l'esercizio delle nuove capacità che le aziende richiedono ai propri dirigenti, in aggiunta a quelle tradizionali di tipo tecnico o professionale del modello giuridico burocratico. Si tratta della capacità di gestire le attività del proprio gruppo di lavoro, di valutare i propri collaboratori, di contrattare con gli utenti finali o con i clienti interni del servizio prodotto dalla propria unità operativa (si vedano, ad esempio, Berzano, 1999; Tomasi, 1999; Pontello, 1998; Lorenzini e Lorenzini, 1997; Bortignon, 1996; Marriner-Tomey, 1995; Boufford, 1994).

5. La letteratura specifica sulle aziende sanitarie

La letteratura che riguarda la gestione del personale nelle aziende sanitarie segue quello che abbiamo detto finora: l'unica letteratura organica disponibile in Italia è quella di taglio giuridico-amministrativo (Pandolfo e Sgroi, 1996; Roversi Monaco, 2000). La letteratura aziendale, invece, stenta a svilupparsi per due motivi distinti:

— un motivo di ordine culturale: l'analisi economico-aziendale è accettata con fatica sia dai dirigenti amministrativi, di formazione generalmente giuridica, che dai dirigenti sanitari, non sempre ben disposti nei confronti di queste nuove competenze che sembrano loro «imposte» dall'esterno e comunque lontane dalla loro formazione professionale;

— un motivo di ordine pratico: le ricette che l'economia aziendale può fornire continuano ad essere fortemente condizionate dal contesto politico e normativo nel quale operano le aziende sanitarie.

Ciò detto, le analisi di tipo economico, seppure si presentino ancora — per forza di cose — poco sistematiche, offrono già oggi un aiuto concreto alle aziende nella definizione delle politiche di gestione del personale e, soprattutto, alla definizione dei sistemi operativi.

In particolare, i maggiori contributi sono venuti nelle seguenti aree:

- inserimento professionale;
- formazione (es. Kanizsa, 1996);
- definizione dei percorsi di carriera interni;
- valutazione dei risultati (es. Casati *et al.*, 1999; Del Vecchio, in corso di pubblicazione; Longo, 1997; Rossetti e Russo, 1997).

In futuro, l'analisi economico-aziendale potrà certamente essere di valido aiuto alla gestione del personale nelle aziende sanitarie, come è già evidente nella letteratura di altri paesi (es. Farnham e Horton, 1996; Weughtman, 1996; Fottler *et al.*, 1994).

Essa può servire quale strumento per importare soluzioni già sperimentate in altri paesi o in altri settori produttivi, come sembra essere già successo con l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale e del sistema di *budget*.

Inoltre, essa può spezzare la logica tradizionale che troppo spesso porta ad assumere, quale punto di riferimento iniziale per i cambiamenti, le indicazioni del quadro normativo piuttosto che le esigenze aziendali: si tratta dell'approccio giuridico il quale, partendo dal quadro normativo, cerca i sistemi operativi che lo soddisfano (magari anche solo sulla carta), per verificarne solo in secondo momento l'eventuale utilità aziendale. Al contrario, l'approccio aziendale parte dall'analisi delle esigenze dell'azienda; una volta conclusa l'analisi definisce i sistemi operativi che meglio soddisfano quelle esigenze; infine aggiusta tali sistemi in modo da renderli coerenti col quadro normativo.

È in questo senso che si sta muovendo l'analisi aziendale delle politiche e dei meccanismi di gestione del personale, ed è in questo senso che essa può aiutare in modo sostanziale le aziende a soddisfare le aspettative sempre crescenti che i cittadini nutrono nei loro confronti.

La gestione del personale in generale

AIROLDI G.
I sistemi operativi
Giuffrè, Milano, 1980

BRIDGES W.
Job Shifts
Addison Wesley, Reading, 1994

BRODERICK R., J.W. BOUDREAU
Human resource management, information technology, and the competitive edge
Academy of Management Executive, 6(2), pagg. 2-17, 1992

BROGLIO A.
Il sistema di valutazione delle prestazioni
In G. Costa (a cura di): *Manuale di gestione del personale*, UTET, Torino, 1992

BUTERA D., P. IACCI
La direzione del personale verso il 2000
Guerini e Associati, Milano, 1999

CAMUFFO A.
Competenze: la gestione delle risorse umane tra conoscenza individuale e conoscenza organizzativa
Economia e Management, n. 2, marzo 1996

CARRETTA A. ET AL.
Dalle risorse umane alle competenze
Franco Angeli, Milano, 1992

COSTA G. (A CURA DI)
Manuale di gestione del personale
UTET, Torino, 1992

ILGEN D.R., E.D. PULAKOS
The Changing Nature of Performance
Jossey-Bass, San Francisco, 1999

MANZOLINI L. (A CURA DI)
Il ciclo di sviluppo del personale in impresa
Sviluppo e Organizzazione, n. 84 (supplemento), luglio-agosto 1984

PEDLER M.J.
The Learning Company
McGraw-Hill, New York, 1991

RATTI F.
La sfida delle competenze
Sviluppo e Organizzazione, n. 115, pagg. 23-31, settembre-ottobre 1989

SALVEMINI S.
La gestione delle carriere
In G. Costa (a cura di): *Manuale di gestione del personale*, UTET, Torino, 1992

SCHNEIDER B. (ED.)
Organizational climate and culture
Jossey-Bass, San Francisco, 1990

SNELL S.A., J.W. DEAN
Integrated manufacturing and human resources management: A human capital perspective
Academy of Management Journal, 35(3), 1992

VACCANI R.
Il processo di cambiamento dalla direzione per compiti a quella per obiettivi
Sviluppo e Organizzazione, n. 65, pagg. 43-50, maggio-giugno 1981

WRIGHT P.M., G.C. McMAHAN
Theoretical perspectives for strategic human resource management
Journal of Management, 18(2), pagg. 295-320, 1992

La gestione del personale nelle organizzazioni professionali

AMBROSIO G., F. BANDINI

La gestione del personale nelle aziende non profit
Etas Libri, Milano, 1998

JAQUES E.

L'organizzazione complessa e la libertà individuale
In idem: Il sistema sanitario, Etas Libri, Milano, 1981

MAISTER D.H.

Managing the professional service firm
The Free Press, New York, 1993

MINTZBERG H.

Management: mito e realtà (Mintzberg on management: inside our strange world of organizations, 1985)
Garzanti, Milano, 1991

MOTOWIDLO S.J., M.J. SCHMIT

Performance Assessment in Unique Jobs
In D.R. Ilgen, E.D. Pulakos: The Changing Nature of Performance, Jossey-Bass, San Francisco, 1999

NORMANN R.

La gestione strategica dei servizi
Etas Libri, Milano, 1985

PENAROLA F.

La gestione dei professionali
In G. Costa (a cura di): Manuale di gestione del personale, UTET, Torino, 1992

PIANTONI G., S. SALVEMINI (A CURA DI)

Gestire persone e idee nel terziario avanzato
Egea, Milano, 1991

La gestione del personale nelle pubbliche amministrazioni

ALES E.

Modelli del lavoro pubblico in Europa
Franco Angeli, Milano, 1996

ALLEVA P. ET AL. (A CURA DI)

Nuovo rapporto di lavoro nelle pubbliche amministrazioni
Ediesse, Roma, 1995

ARAN

Normativa attuale e rinnovi contrattuali nel pubblico impiego
Franco Angeli, Milano, 1996

BERZANO A.

La valutazione del personale. Prestazioni, posizioni e sviluppo professionale negli Enti locali
ICA Editrice, Trento, 1999

BOMBELLI M.C.

Formazione disorientata. Come riorganizzare la formazione nella Pubblica amministrazione
Sviluppo e Organizzazione, n. 161, pagg. 27-38, maggio-giugno 1997

BORGONOV E.

Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche
Egea, Milano, 1996

CARINCI F. (A CURA DI)

Il lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche
Giuffrè, Milano, 1995

CECORA G., C. D'ORTA

La riforma del pubblico impiego
Il Mulino, Bologna, 1994

CLARICH M., D. IARIA

La riforma del pubblico impiego
Maggioli Editore, Rimini, 1994

COSTA G.

Elementi per una politica di sviluppo delle risorse umane nelle amministrazioni pubbliche
In L. Vandelli et al. (a cura di): Organizzazione amministrativa e pubblico impiego, Maggioli Editore, Rimini, 1995

COSTA G.

Il personale pubblico fra continuità e sviluppo
In B. Dente et al.: Riformare la Pubblica amministrazione, Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli, Torino, 1995

D'ORTA C., C. MEOLI

La riforma della dirigenza pubblica
Cedam, Padova, 1994

DE MARTIN G.C. (A CURA DI)

Il nuovo assetto del lavoro pubblico. Bilanci della prima tornata contrattuale, nodi problematici, prospettive
Franco Angeli, Milano, 1999

DELL'ARINGA C.

I nuovi contratti della dirigenza nel quadro della riforma: orientamenti e prospettive
Lavoro e Sicurezza Sociale, n. 3, pagg. 27-33, luglio-settembre 1998

- DELL' ARINGA C., G. DELLA ROCCA (A CURA DI)
Razionalizzazione e relazioni industriali nella pubblica amministrazione
Franco Angeli, Milano, 1999
- FARNHAM D., S. HORTON (EDS.)
Managing People in the Public Services
Macmillan, London, 1996
- FORLENZA O. ET AL
La riforma del pubblico impiego
Il Sole 24 Ore Libri, Milano, 1999
- GEORGE J.
Appraisal in the public sector: dispensing with the big stick
Personnel Management, pagg. 32-5, maggio 1986
- LACAVA C., G. VECCHI
L'amministrazione nell'XI legislatura
In B. Dente et al.: *Riformare la Pubblica amministrazione*, Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli, Torino, 1995
- MANCINI A. (A CURA DI)
Carichi di lavoro e organici
Il Mulino, Bologna, 1996
- MARI A.
Accesso e carriera nelle pubbliche amministrazioni
Giuffrè, Milano, 1996
- MARTONE A.
La determinazione degli organici negli enti locali
Franco Angeli, Milano, 1997
- MIGLIOZZI D.
La valutazione del personale degli enti locali. Prestazioni, risultati e Contratto collettivo nazionale di lavoro
Franco Angeli, Milano, 2000
- MINERVA A.M., P. TESTORE
Il reclutamento nei settori pubblico e privato
In G. Cecora, C. D'Orta (a cura di): *La riforma del pubblico impiego*, Il Mulino, Bologna, 1994
- MONTEMANARO A.
La privatizzazione del pubblico impiego
Pirola, Milano, 1994
- OECD
Flexible Personnel Management in the Public Service
OECD, Paris, 1990
- OECD
Performance Pay Schemes for Public Sector Managers. An Evaluation of the Impacts
OECD, Paris, 1997
- PIPAN T.
Il labirinto dei servizi. Tradizione e rinnovamento tra i dipendenti pubblici
Raffaello Cortina, Milano, 1996
- RABIN J. ET AL. (EDS.)
Handbook of Public Personnel Administration
Marcel Dekker, New York, 1995
- REBORA G.
La valutazione dei risultati nelle amministrazioni pubbliche
Guerini e Associati, Milano, 1999
- REBORA G.
Un decennio di riforme. Nuovi modelli organizzativi e processi di cambiamento delle amministrazioni pubbliche (1990-1999)
Guerini e Associati, Milano, 1999
- REBORA G.
Organizzazione e politica del personale nelle amministrazioni pubbliche
Guerini Scientifica, Milano, 1995
- RUFFINI R.
L'incentivazione alla produttività e la direzione per obiettivi negli Enti locali
Azienda Pubblica, anno IV, n. 3, pagg. 435-480, dicembre 1991
- VALOTTI G.
La valutazione del personale negli Enti locali: principi e metodologie
Franco Angeli, Milano, 1991
- VANDELLI L. ET AL. (A CURA DI)
Organizzazione amministrativa e pubblico impiego
Maggioli Editore, Rimini, 1995
- ZOPPOLI L. (A CURA DI)
Contratti collettivi a confronto: impiego pubblico, industria, servizi
Franco Angeli, Milano, 1996
- La gestione del personale nelle aziende sanitarie**
- AUSTIN C.J. ET AL.
Information Systems for Human Resources Management
In M.D. Fottler et al. (eds.): *Strategic Management of Human Resources in Health Services Organizations*, 2nd ed., Albany, Delmar, 1994

- BANDINI F., C. FILANNINO
Sui livelli parola alle aziende. Progressione di carriera e attrazione degli incentivi sul territorio
Il Sole 24 Ore Sanità, 22-28 giugno 1999
- BONI S. (A CURA DI)
Monografia: La formazione nel SSN
Salute e Territorio, anno XVIII, n. 105, pagg. 285-336, novembre-dicembre 1997
- BORTIGNON E.
Il medico manager: utopia o paradosso. Nuove funzioni e responsabilità del medico dirigente
CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1996
- BOUFFORD J.I. (ED.)
Doctors as managers of Clinical Resources
King's Fund College, London, 1994
- BROOME A.
Managing Change. Essentials of Nursing Management, 2nd ed.
Macmillan, London, 1998
- CASATI G. ET AL.
L'utilizzo del budget per l'incentivazione nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso dell'A.P.S.S. trentina
Mecosan, n. 32, pagg. 93-105, 1999
- CASTELLUCCI A. ET AL. (A CURA DI)
Viaggi guidati. Il tirocinio e il processo tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie
Franco Angeli, Milano, 1997
- CAVICCHI I.
La rivolta dei minotauri. Il lavoro nella sanità, da «problema» a «soluzione»
Laterza, Roma-Bari, 1995
- CAVICCHI I.
Emergenza sanità. Lavoro e professionalità al centro di nuove ipotesi di governo della spesa e di efficienza del servizio
Datanews, Roma, 1990
- CORBY S.
The National Health System
In D. Farnham, S. Horton (eds.): «Managing People in the Public Services», Macmillan, London, 1996
- COSTA G., P. PIOVESAN
La gestione del personale nelle unità sanitarie locali
Cedam, Padova, 1986
- DEL VECCHIO M.
La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche
Azienda Pubblica, 4, 2000
- FILANNINO C.
La funzione manageriale delle professioni non mediche delle aziende sanitarie
Mecosan, n. 18, pagg. 22-36, 1996
- FOTTLER M.D. ET AL. (EDS.)
Strategic Management of Human Resources in Health Services Organizations, 2nd ed.
Albany, Delmar, 1994
- JOHNSON T. ET AL. (EDS.)
Health Professions and the State in Europe
Routledge, London, 1995
- KANIZSA S.
Apprendere nei servizi socio-sanitari
La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996
- LONGO F.
Area a pagamento o libera professione?
In idem: L'area a pagamento nelle Aziende sanitarie pubbliche, Il Sole-24 Ore, Milano, 1997
- LONGO F.
Organizzazione e gestione del personale
In M. Bergamaschi (a cura di): L'organizzazione nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2000
- LORENZINI F., V. LORENZINI
I sistemi premianti nei servizi sanitari pubblici
EdiSES, Napoli, 1997
- MARRINER-TOMEY A.
Management infermieristico. Teoria e pratica (Guide to nursing management, 4th ed. 1992)
Edizioni Sorbona, Milano, 1995
- METZGER N. (ED.)
Handbook of health care human resources management, 2nd ed.
Aspen, Rockville, 1990
- NYSTROM P.C.
Organizational cultures, strategies, and commitments in health care organizations
Health Care Management Review, 18(1), pagg. 43-49, 1993
- PANDOLFO A., M. SGROI
Servizio sanitario nazionale
In ARAN: Normativa attuale e rinnovi contrattuali nel pubblico impiego, Franco Angeli, Milano, 1996

- PONTELLO G.
Il management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000
Masson, Milano, 1998
- ROSSETTI R., T. RUSSO
Ruolo del nucleo di valutazione nelle aziende sanitarie e valutazione del personale
Mecosan, n. 21, pagg. 33-47, 1997
- ROTONDI P.
Cultura e leadership nelle aziende sanitarie
In M. Bergamaschi (a cura di): *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2000
- ROVERSI MONACO F. (A CURA DI)
Il nuovo servizio sanitario nazionale
Maggioli Editore, Rimini, 2000
- STEVENS BARNUM B., K.M. KERFOOT
The Nurse as Executive, 4th ed.
Aspen, Gaithersburg, 1995
- TOMASI A.
Per una formazione manageriale del medico. Test per autovalutare le proprie capacità gestionali, organizzative, di direzione
CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1999
- VAUGHAN D.G. ET AL.
Utilization and management of multiskilled health practitioners in U.S. hospitals
Hospital and Health Services Administration, 36(3), pagg. 397-419, 1991
- VIANELLO M. ET AL.
Il personale sanitario e l'organizzazione ospedaliera. Una ricerca in sette ospedali italiani
Franco Angeli, Milano, 1983
- WEIGHTMAN J.
Managing People in the Health Service
Institute of Personnel and Development, London, 1996
- WHITE R., C. EWAN
Il tirocinio. L'insegnamento clinico del nursing (Clinical Teaching in Nursing 1991)
Edizioni Sorbona, Milano, 1994
- ZANGRANDI A.
Autonomia clinica e processi organizzativi nelle aziende sanitarie: vincoli e opportunità per la progettazione organizzativa
In M. Bergamaschi (a cura di): *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2000
- ZUFFADA E.
Il ruolo dei quadri intermedi delle professioni sanitarie nel processo di aziendalizzazione. Alcune evidenze empiriche
Mecosan, n. 32, pagg. 9-32, 1999

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

SINGLE E., CHRISTIE P., ALI R.
The impact of Cannabis Decriminalisation in Australia and the United States
Journal of Public Health Policy, 21 (2): 157-186, 2000

HAMILTON H., HAMILTON B.H.
Hospital mergers and acquisitions: does market consolidation harm patients?
Journal of Health Economics, 19 (5): 767-792, 2000

FORDER J.
Mental health: market power and governance
Journal of Health Economics, 19 (6): 877-906, 2000

MELEIS A.I., SAWYER L.M., IM E., MESSIAS D.H., SCHUMACHER K.
Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory
ANS, 23 (1): 12-28, 2000

CASSEL C.K., LUDDEN J.M., MOON G.M.
From the field: Perceptions Of Barriers To High-Quality Palliative Care In Hospitals
Health Affairs, 19 (5): 166-172, 2000

CHOONG P.
Relationship Marketing of Health Care Plans: Retaining Corporate Customers in a Competitive Environment
Health Marketing Quarterly, 17 (4): 37-50, 2000

FISHER I., OSBORNE K.
Recognising and countering the potential barriers to success in international public health collaborations
European Journal Of Public Health, 10 (3): 220-222, 2000

MCMICHAEL A.J., SMITH K.R., CORVALAN C.F.
The sustainability transition: a new challenge
The International Journal of Public Health 78 (9): 1067, 2000

Sistemi di finanziamento

PANNARUNOTHAI S., SRITHAMRONGSAWAT S., KONGPAN M., THUMVANNA P.
Financing reforms for the Thai health card scheme
Health Policy and Planning, 15 (3): 303-311, 2000

SCHIFF G.D.
Profits versus nonprofits in medicine: fatal distraction: finance versus vigilance in u.s. hospitals
International Journal Of Health Services, 30 (4): 739-744, 2000

TURSHEN M.
Privatizing Health Services in Africa
Journal of Public Health Policy, 21 (1): 109-110, 2000

MCCUE M.J.
What Determines Hospital Sponsorship of an HMO?
Inquiry, 37 (3): 268-281, 2000

CALCOTT P.
Health care evaluation, utilitarianism and distortionary taxes
Journal Of Health Economics, 19 (5): 719-730, 2000

BAKKER F.M., VAN VLIET R.C.J.A., VAN DE VEN W.P.M.M.
Deductibles in health insurance: can the actuarially fair premium reduction exceed the deductible?
Health Policy, 53: 123-142, 2000

GABEL J.R., GINSBURG P.B., WHITMORE H.H., PICKREIGN J.D.
Trends: Withering On The Vine: The Decline Of Indemnity Health Insurance
Health Affairs, 19 (5): 152-157, 2000

SEIDMAN L.S.
Prefunding medicare without individual accounts
Health Affairs, 19 (5): 72-83, 2000

Economia del farmaco

FRANZOSI M.G., MAGGIONI A.P., SANTORO E., TOGNONI G., CAVALIERI E.

Analisi costo-efficacia dell'impiego precoce di lisinopril nei pazienti con infarto miocardico acuto: i risultati del trial GISSI-3
PharmacoEconomics (Italian Research Articles), 2 (1): 43-52, 2000

TEDIOSI F., PARAZZINI F., BORTOLOTTI A., ET AL.

L'incontinenza urinaria: l'elevato consumo di risorse in Italia
PharmacoEconomics (Italian Research Articles), 2 (1): 54-55, 2000

DEGLI ESPOSTI E., BERTO P., BUDA S., ET AL.

Il costo dell'ipertensione in Italia
PharmacoEconomics (Italian Research Articles), 2 (1): 55-??, 2000

WAI A., FRIGHETTO L., MARRA C., CHAN E., JEWESSON P.

Cost Analysis of an Adult Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy (OPAT) Programme: A Canadian Teaching Hospital and Ministry of Health Perspective
PharmacoEconomics, 18 (5): 451-457, 2000

BROWN M.G., SKETRIS I.S., LEBLANC J.C., SKEDGEL C., MURRAY T.J., FISK J.D., SCHWARTZ C.E.

Cost-effectiveness of Interferon Beta-1b in Slowing Multiple Sclerosis Disability Progression: First Estimates
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 16 (3): 768-780, 2000

KOBELT G., HENRIKSSON F., JONSSON B., JONSSON L., FREDRIKSON S.

Cost-utility Analysis of Interferon Beta-1b in Secondary Progressive Multiple Sclerosis
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 16 (3): 751-767, 2000

SPATH H.M., ALLENET B., CARRÈRE M.O.

L'utilisation de l'information économique dans le secteur de la santé: le choix des médicaments à inclure dans les livrets thérapeutiques hospitaliers
Journal D'Économie Médicale, 18 (3-4): 147-162, 2000

SIMONET D.

Le contrôle des «Pharmacy Benefits Managers» (PBM) et des «Health Maintenance Organizations» (HMO) par les laboratoires pharmaceutiques, les modifications des parts de marché
Journal D'Économie Médicale, 18 (3-4): 241-248, 2000

Valutazione economica dell'attività sanitaria

LUCIONI C., GARANCINI M.P., MASSI-BENEDETTI M., MAZZI S., SERRA G.

Il costo sociale del diabete di tipo 2 in Italia: lo studio CODE-2
PharmacoEconomics (Italian Research Articles), 2 (1): 1-21, 2000

TEDIOSI F., CHIAFFARINO F., PARAZZINI F., COSCELLI C., GARATTINI L.

I costi del piede diabetico in Italia: dati del progetto RECORD
PharmacoEconomics (Italian Research Articles), 2 (1): 23-28, 2000

COLOMBO G.L., DOBRILLA G., CAPURSO L., CURZIO M., VIGNERI S., VINCI M.

I costi nella gestione del paziente con dispepsia funzionale
PharmacoEconomics (Italian Research Articles), 2 (1): 29-42, 2000

DONALD L.P., CHIANG Y-P.

Measurement of Health Outcomes in Treatment Effectiveness Evaluations: Conceptual and Methodological
Medical Care, 38 (9): II-14, 2000

BAZZOLI G.J., CHAN B., SHORTELL S.M., D'AUNNO T.

The Financial Performance of Hospitals Belonging to Health Networks and Systems
Inquiry, 37 (3): 234-252, 2000

JULIEN C., COLIN C., ÉCOCHARDE R., DELAHAYE ET LE GROUPE PRIMA

Analyse coût-efficacité des stratégies de prise en charge de l'infarctus du myocarde: place de l'ECG d'effort et de la coronarographie
Journal d'économie médicale, 18 (3-4): 191-204, 2000

MARISSAL J.P., LEBRUN T., SAILLY J.C., LAURENT P., COMTE S.

Le coût des complications du diabète de type 2 en France
Journal d'économie médicale, 18 (3-4): 163-178, 2000

STRANGE M.L., EZZELL J.R.

Valuation Effects of Health Cost Containment Measures
JHCF, 27 (1): 54-66, 2000

FELDER S., MEIER M., SCHMITT H.

Health care expenditure in the last months of life
Journal of Health Economics, 19 (6): 907-930, 2000

GIUFFRIDA A., GRAVELLE H., SUTTON M.

Efficiency and administrative costs in primary care
Journal of Health Economics, 19 (6): 983-1006, 2000

- FUJIWARA Y., HOSHI T., SHINKAI S., KITA T.
Regulatory factors of medical care expenditures for older people in Japan- analysis based on secondary medical care areas in Hokkaido
Health Policy, 53: 39-60, 2000
- ASHBY J., GUTERMAN S., GREENE T.
An Analysis Of Hospital Productivity And Product Change
Health Affairs, 19 (5): 197-205, 2000
- JACK W.
Public spending on health care: how are different criteria related? A second opinion
Health Policy, 53: 61-68, 2000
- LÖTHGREN M., ZETHRAEUS
Definition, Interpretation and Calculation of Cost-Effectiveness
Health Economics, 9 (7): 623-630, 2000
- TENGILIMOGLU D., DZIEGIELEWSKI S.F.
Health Services Pricing in Turkey
Health Marketing Quarterly, 17 (4): 21-36, 2000
- SUH D.C., SHIN S.K., VOYTOVICH R.M., ZIMMERMAN A.
Economic Impact of an Asthma Education Programme on Medical Care Utilisation
Disease Management & Health Outcomes, 8 (3): 159-170, 2000
- Analisi dei sistemi sanitari**
- ANDERSON R.
Are Our Systems Really Integrated?
NAQ, 24 (4): 11-17, 2000
- GIORGI G.
Le aziende sanitarie
Sanità Pubblica, 6. 801-824, 2000
- POLAND B., BOUTILIER M., TOBIN S., BADGLEY R.
The Policy Context for Community Development Practice in Public Health: A Canadian Case Study
Journal of Public Health Policy, 21 (1): 5-19, 2000
- LADINSKY J.L., NGUYEN H.T., VOLK N.D.
Changes in the Health Care System of Vietnam in Response to the Emerging Market Economy
Journal of Public Health Policy, 21 (1): 82-98, 2000
- FULLER C.
Caring for Profit: How Corporations Are Taking Over Canada's Health Care System
Journal of Public Health Policy, 21 (1): 111-112, 2000
- TANG S., BLOOM G.
Decentralising Rural Health Services: Case Study in China
Health Planning and Management, 15 (3): 189-200, 2000
- OKUONZI S., BIRUNGI H.
Are Lessons from the Education Sector Applicable to Health Care Reforms? The Case of Uganda
Health Planning and Management, 15 (3): 201-220, 2000
- FITZNER K.A., COUGHLIN S., TOMORI C., BENNETT C.L.
Health care in Hong Kong and mainland China: one country, two systems?
Health Policy, 53: 147-156, 2000
- JAYAKODY R., DANZIGER S., POLLACK H.
Welfare Reform, Substance Use and Mental Health
Journal of Health Politics, Policy & Law 25 (4): 623-652, 2000
- GEVA-MAY I., MASLOVE A.
What Prompts Health Care Policy Change? On political Power Contests and Reform of Health Care Systems (The case of Canada and Israel)
Journal of Health Politics, Policy & Law 25 (4): 623-652, 2000
- COLLINS C.D., GREEN A.T., HUNTER D.J.
NHS reforms in the United Kingdom and learning from developing country experience
Management in medicine, 14 (2): 87-99, 2000
- MORAN M.
Governing The Health Care State: A Comparative Study Of The United Kingdom, The United States, And Germany
Health Affairs, 19 (5): 241-241, 2000
- SAAVA A.
History of public health research in Estonia: a review
European Journal of Public Health, 10 (3): 164-167, 2000
- HARTIGAN-GO K., ROCES M.C., HABACON C.M., MANSOOR O., SHIN S.
Developing an immunization safety surveillance system in the Philippines
The International Journal of Public Health/Bulletin of the World Health Organization, 78 (9): 1166, 2000
- CLAESON M., WALDMAN J.R.
The evolution of child health programmes in developing countries: from targeting diseases to targeting people
The International Journal of Public Health/Bulletin of the World Health Organization, 78 (10): 1234, 2000

Programmazione ed organizzazione del lavoro

BUCHAN J.

Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom

Health Policy and Planning, 15(3): 319-325, 2000

FRANCIA E., LONGAGNANI C., NENCI D., SCARPELLINI C.

La semplificazione e la partecipazione nell'attività amministrativa del settore sanitario: la semplificazione dei rapporti con il cittadino

Sanità Pubblica, 7/8: 949-1012, 2000

CARAVITA A., ZANOTTI M.L.

La semplificazione e la partecipazione nell'attività amministrativa del settore sanitario: la semplificazione delle procedure

Sanità Pubblica, 6: 773-800, 2000

PASCAL J., RIOU F., CHAPERON J.

Difficultés de mise en place et enjeux institutionnels de la formation continue des médecins libéraux

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

ROSENBERG M.A., GRIFFITH J.R.

A Management Tool for Controlling the Rate of Non-Acceptable Inpatient Hospital Claims

Santé publique, 2: 177-190, 2000

HAMILTON S., WILSON R., BUTCHER A.

Medical workforce planning-comparing reality with aspirations

Journal of Management in medicine, 14 (2): 130-142, 2000

Controllo di gestione e sistemi informativi

FAVARETTI C.

Piemonte - Asl n. 4 di Torino: «Gestione amministrativa: nuovo modello operativo»

Agenzia Sanitaria Italiana: 27-30, 2000

BARTOLINI M.

Emilia Romagna - Amministrazione comunale di Cattolica: «Progetto innovativo di gestione dell'ospedale civile D. Cervesi di Cattolica»

Agenzia Sanitaria Italiana, 18-22, 2000

GORMLEY K.K.

A System Approach-Budgeting for the 21st Century: Turning Challenges into Triumphs

NAQ, 24 (4): 51-59, 2000

MANUALE

Infopoints: Managing information overload: developing an electronic directory

Quaderni di sanità pubblica, 23(116/117):13-64,2000

Innovazione tecnologica

PACI E.

Screening oncologici, nuove tecnologie e sanità pubblica

Epidemiologia & prevenzione, 24 (4): 149-151, 2000

FMHM DUPUITS

The Role of Community Health Information Networks in Disease Management

Disease Management & Health Outcomes 8 (4): 185-195, 2000

CRUPI F.D.

Liguria - Asl n. 4 «Chiavarese»: Collegamento in rete degli studi dei medici di medicina generale»

Agenzia Sanitaria Italiana: 4-6, 2000

MATIUSSI A.

Lombardia - A.O. Istituti clinici di perfezionamento di Milano: «Realizzazione ospedale telematico»

Agenzia Sanitaria Italiana: 15-18

SIMPSON R.L.

Nursing Informatics: A System View of Information Technology

NAQ, 24 (4): 80-82, 2000

DETMER D.E.

Information technology for quality health care: a summary of United Kingdom and United States experiences

Quality in Health Care, 9 (3): 181-189, 2000

SANTORO E.

Negriweb: il sito dell'istituto di ricerche farmacologiche «Mario Negri»

Ricerca & Pratica, 3: 144-152, 2000

NIXON J., GLANVILLE J., DRUMMOND M., STOYKOVA B., CHRISTIE J., KLEIJNEN J.

The U.K. NHS Economic Evaluation Database: Economic Issues in Evaluations of Health Technology

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 16 (3): 731-742, 2000

MENON D., TOPFER L.A.

Health Technology Assessment in Canada: A Decade in Review

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 16 (3): 896-902, 2000

Altro

BALBACH E.D., TRAYNOR M.P., GLANTZ S.A.
*The Implementation of California's Tobacco Tax Initiative: The
Critical Role of Outsider Strategies in Protecting Proposition 99*
Journal of Health Politics 5 (4): 653-688, 2000

CLARCK P.A.
*The Ethics of Medical Marijuana: Government Restrictions vs.
Medical Necessity*
Journal of Public Health Policy, 21 (1): 40-60, 2000

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'università «L. Boccioni» di Milano. Corso di laurea in Economia aziendale. A.A. 1999-2000. Relatore Elio Borgonovi. Correlatore Giovanni Fattore

IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI: IL RUOLO DELL'ISTITUTO DELL'ACCREDITAMENTO

di Barbara Del Giudice

L'obiettivo della tesi è quello di analizzare la relazione tra lo strumento dell'accREDITAMENTO e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Lo studio svolto è impostato considerando, nella parte più generale, cosa si intenda per qualità dei servizi sanitari e, successivamente, concentrando l'analisi sullo strumento dell'accREDITAMENTO vero e proprio (nascita, prima implementazione, sviluppo). Nella parte più specifica dedicata al contesto italiano, è descritta brevemente la normativa nazionale di riferimento, per poi dedicare l'attenzione a come due regioni italiane (Lombardia ed Emilia-Romagna) abbiano impostato il processo di accREDITAMENTO sopracitato.

In generale, il processo di accREDITAMENTO provvede alla selezione dei possibili erogatori di prestazioni sanitarie sulla base dei requisiti stabiliti, garantendo una certa standardizzazione dell'ambiente e delle modalità con cui vengono erogate le cure.

Dall'analisi è emerso che, sebbene esistano molteplici schemi di accREDITAMENTO, (alcuni nazionali, altri regionali, alcuni incentrati sul servizio, altri sui professionisti) essi sono caratterizzati da un comune denominatore: partendo dal convincimento che gli ospedali debbano essere dei luoghi sicuri in cui i professionisti esercitano ed i pazienti vengono curati, l'accREDITAMENTO riveste il ruolo di strumento di verifica esterna tra pari che ha lo scopo di determinare la conformità ad una serie di requisiti. L'approccio all'accREDITAMENTO, dunque, è piuttosto simile e ciò che differenzia un paese da un altro (o meglio un sistema da un altro) sono le relazioni coi governi, con i regolamenti statali e coi finanziamenti.

Anche nell'accREDITAMENTO, come in ogni altro sistema, è possibile ritrovare sia aspetti positivi che ne giustificano l'implementazione (possibilità di intraprendere attività di *benchmarking*, di procedere ad una presa di coscienza — anche se in molti casi «indotta» — della situazione di una determinata struttura sanitaria, di ricercare una standardizzazione dell'ambiente di riferimento) sia elementi criticabili o che comunque lasciano ancora oggi, delle importanti questioni aperte (i processi di revisione esterna sono incompatibili con le nuove prospettive sulla qualità che oggi è intesa come qualcosa che nasce dall'interno dell'organizzazione, il ruolo e la posizione dei valutatori; la caratteristica di strumento ispettivo).

Quanto detto finora, con gli opportuni «adattamenti» del caso, può trovare riscontro anche per quanto riguarda la situazione italiana; infatti, nonostante l'accREDITAMENTO sia sta-

to introdotto in questo paese con degli scopi diversi da quelli identificabili negli altri contesti, è possibile ritrovarvi le medesime caratteristiche e i medesimi problemi da risolvere.

Sicuramente molti sforzi sono stati fatti in passato (e molti se ne fanno attualmente) per perfezionare l'accreditamento e per renderlo non soltanto uno strumento utile ma anche indispensabile per la «buona pratica» di un ospedale, ma altrettante sono le sfide che dovranno affrontare nei prossimi anni le organizzazioni che si occupano dell'accreditamento. Tali sfide riguarderanno una definizione più chiara e precisa degli *standard* da utilizzare, la puntualizzazione del ruolo che le norme ISO o BS devono avere sulla formulazione degli indicatori in questione. O ancora, occorrerà soffermarsi sulla definizione del percorso di formazione dei valutatori facendo luce sul ruolo che questa figura così delicata deve avere all'interno del processo di accreditamento, fino ad arrivare al tentativo di trovare una risposta ad un quesito molto complesso: l'accreditamento migliora la qualità delle prestazioni sanitarie?

Risulta molto difficile fornire chiare ed esaurienti risposte a tale interrogativo; come è intuibile, non è facile sia perché la letteratura in materia non vanta ancora un'ampia pubblicazione di dati e di informazioni, sia per il fatto che l'accreditamento, nonostante vanti una nascita datata agli inizi del secolo scorso, è stato preso seriamente in considerazione soltanto da qualche anno.

Infine, anche se per ora è molto complicato realizzare l'uguaglianza sopra proposta, è importante ricordare che, l'accreditamento impone (o propone!) alle strutture che lo richiedono di «ripensarsi», e non importa (per adesso) che questo ripensamento sia indotto dall'esterno e non scaturisca da una necessità interna. Sono convinta che il solo fatto che una struttura sia «incentivata» (per qualunque scopo e con qualunque strumento) ad analizzare i propri processi e a prendere coscienza della propria situazione strutturale, sia già un enorme successo. Probabilmente questa attività poteva già essere compiuta implicitamente da qualche struttura «proattiva» prima che l'accreditamento fosse introdotto, ma il fatto che, come avvenuto nel nostro paese, sia stata «normata» e resa obbligatoria le garantisce maggiore importanza e maggiore attenzione. Il ripensamento, quindi, può essere inteso come un miglioramento automatico della qualità, indipendentemente dai risultati che la struttura ottiene in un momento successivo.

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi» di Milano. Corso di laurea in Economia aziendale. A.A. 1999-2000. Relatore Elio Bregonovi. Correlatore Maria Caterina Cavallo

STRUMENTI PER LA RIPROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA DEI PROCESSI DI CURA ED ASSISTENZA NELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA

di Valeria Tozzi

Il processo di aziendalizzazione che coinvolge la sanità ha indotto l'adozione di strumenti e di logiche d'azienda da parte delle organizzazioni preposte all'eliminazione della malattia, o più appropriatamente alla tutela della salute, secondo i dettami della legge 833/78 di istituzione del SSN. Ciò si scontra assai spesso con l'impianto monolitico e la cultura burocratica delle organizzazioni sanitarie che godono di una forte tradizione fatta di strutture molto formalizzate, di pratiche gestionali proceduralizzate e di approcci tecnicistici all'erogazione di servizi e prestazioni. Questa tipologia di organizzazioni, grazie al controllo sugli atti, alla struttura formale e garantista ed alla possibile separazione dei poteri e dei ruoli decisionali, è adatta a contesti ambientali semplici caratterizzati da scarsa differenziazione e da significativa stabilità, contesti estranei alla realtà che le odierne aziende sanitarie devono presidiare. Di fatto, l'attuale sistema sanitario deve far fronte a situazioni fatte

di eccezioni ed anomalie, in cui le dinamiche ambientali, sociali e scientifiche devono temperare la tensione alla differenziazione, facendo leva sul coordinamento e sull'integrazione attraverso l'utilizzo di strumenti pragmatici e flessibili.

È possibile rintracciare nelle caratteristiche storiche delle organizzazioni sanitarie quella che Robert Cooper e John Law definiscono visione distale delle organizzazioni, alla quale si contrappone quella prossimale che premia, invece, l'orientamento alla processualità. Alla radice della dicotomia tra la visione distale e quella prossimale delle organizzazioni c'è la differenza tra statico e dinamico, tra singolo risultato e processo.

L'adozione di strumenti e di logiche di matrice aziendale deve concretamente inserirsi nelle iniziative che consentono alle organizzazioni sanitarie di acquisire flessibilità ed integrazione, puntando l'attenzione sull'intero processo sanitario piuttosto che sui singoli interventi prestazionali.

È in questa ottica che devono essere lette le sperimentazioni di reingegnerizzazione dei percorsi di cura ed assistenza in cui si tenta di scardinare il modello segmentato di offerta di salute, basando la gestione della patologia sul percorso del paziente alla luce delle possibili evoluzioni/involuzioni della patologia e delle capacità aziendali e territoriali di offerta. Ciò significa che è prioritario individuare un modello integrato di offerta sanitaria capace di proporre una gestione processuale della patologia, coordinando i diversi profili professionali che su di essa intervengono e superando la variabilità delle risposte a medesime domande di salute; in tal modo il paziente non riceve più risposte «parziali» o casuali, ma articolate rispetto alla struttura erogatrice o al territorio di riferimento grazie alla predisposizione di continui momenti di confronto tra i professionisti. La struttura che definisce il proprio processo di cura ed assistenza attraverso il percorso del paziente si dota di uno strumento dinamico capace di rilevare e misurare i risultati ingenerati da modificazioni della gestione del paziente, producendo una continua revisione della propria effettiva capacità di risposta sanitaria e di modificazione dei comportamenti. Il percorso del paziente enfatizza il ruolo professionale, soprattutto quello medico, degli operatori coinvolti dal medesimo problema di salute caricando di valore la figura del *case manager*: basti pensare al medico di medicina generale sul territorio ed al referente di patologia nell'ospedale.

L'articolazione della gestione della patologia attraverso la metodologia del percorso del paziente è operazione complessa perché prende le mosse da quanto effettivamente viene compiuto all'interno del territorio o della struttura ospedaliera per promuovere processi di cambiamento di rilevante portata; ciò significa riflettere non solo su come migliorare il risultato complessivo dell'intero processo, ma soprattutto sulle modalità «dell'organizzare», riflettendo sulla gestione del cambiamento oltre che sugli elementi oggetto di revisione.

È stato predisposto un *kit* di strumenti operativi che permettono di tradurre le osservazioni sulla *routine* gestionale della patologia e consentono di valorizzarla e confrontarla: il diagramma di flusso, infatti, esplicita il percorso in termini di consequenzialità delle attività svolte e di eventuale rapporto causa-effetto tra le stesse, mentre la matrice tempi/luoghi/attività le disarticola e le valorizza in ragione dei tempi, degli ambiti fisici e dei profili professionali interessati.

L'uso dei diagrammi di flusso offre due ordini di vantaggio di estremo rilievo: in primo luogo, consente di effettuare confronti continui tra percorsi in ragione della sequenza logica delle azioni in esse previste; in secondo luogo, rappresenta il momento di identificazione delle attività svolte.

La ricostruzione analitica del percorso mediante diagrammi di flusso richiede un rilevante impegno nella fase di analisi. I benefici derivanti dall'uso di tale metodologia sono, però, all'interno dell'organizzazione, rapidamente superati dai costi necessari per produrli.

Perché le evidenze empiriche possano essere proficuo oggetto di confronto, la costruzione e l'utilizzo del diagramma di flusso deve seguire regole e principi condivisi dagli atto-

ri coinvolti. È stata, a tal fine, elaborata una simbologia capace di rappresentare l'intero universo delle attività sanitarie in modo da classificare ogni segmento di processo/attività in modo univoco e da sottoporlo al monitoraggio continuo.

Uno degli elementi di maggior rilievo nella descrizione analitica del percorso del paziente sta nella definizione del concetto di attività che deve fungere da «minimo comune multiplo» sia nella fase di rappresentazione che in quella di valorizzazione. Questa istanza viene soddisfatta adottando l'approccio manageriale dell'*Activity Based Management* che consente di giungere a valutazioni di carattere oggettivo poiché considera l'attività come punto di riferimento della rilevazione e della valutazione, rispetto alla quale analizza variabili misurabili in termini di tempi, risorse e risultati.

Solo dopo una corretta rappresentazione e valutazione dello schema assistenziale esistente è possibile proporre interventi di miglioramento e/o razionalizzazione che producano migliori *performance* assistenziali in termini sia di efficacia che di efficienza. In questa fase è possibile impiegare la logica manageriale del *Business Process Reengineering* che permette una attenta definizione del rapporto tra problemi, evidenziati al momento della rappresentazione analitica del percorso del paziente attraverso diagrammi di flusso, e soluzioni, rintracciabili nelle risorse organizzative e tecnologiche dell'organizzazione sanitaria o del territorio.

La metodologia del percorso del paziente trova un significativo ambito di applicazione nel territorio in cui il mancato coordinamento tra professionalità e strutture di erogazione assume una rilevanza cruciale e la patologia rappresenta una variabile trasversale, rispetto alla quale articolare il ventaglio delle possibili soluzioni sanitarie da offrire al paziente affetto da una data patologia. Ciò comporta una attenta articolazione delle potenzialità gestionali del territorio, realizzando un *network* sociale che abbracci ogni comparto sanitario interessato dalla patologia in oggetto: dalla medicina generale alla specialistica territoriale, dall'ospedale alle strutture diagnostiche pubbliche e private. Un'articolazione così capillare dell'offerta sanitaria deve accompagnarsi a specifici strumenti di valutazione e monitoraggio del territorio definiti in ragione della patologia rispetto al quale viene attivato il *network* sociale. Sono questi i temi assiali del *Disease Management*, rispetto al quale è pensabile l'applicazione delle logiche e della metodologia sviluppate con il percorso del paziente. Infatti, è proponibile una logica diacronica di impiego dei tre approcci manageriali, sommariamente descritti, che propongono specifici contenuti propri con un forte potenziale di sinergia e che trovano la loro più ambita concretizzazione nel *network* sociale.

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi» di Milano. Corso di laurea in Economia delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni internazionali. A.A. 1999-2000. Relatore Elio Borgonovi. Correlatori Rossanna Tarricone e Giovanni Fattore

L'ANALISI DEI COSTI NELLE VALUTAZIONI ECONOMICHE IN SANITÀ: IL CASO DELL'ICTUS

di Irene Colangelo

Il Sistema sanitario nazionale è oggi sottoposto a tensioni economiche: infatti, mentre da un lato si assiste ad una crescente domanda di servizi sanitari, dall'altro si incontrano notevoli difficoltà nel dare risposte concrete a tale domanda, a causa di forti limitazioni dovute alla scarsità di risorse disponibili.

In una situazione di scarsità di risorse e se si ha lo scopo di migliorare il sistema sanitario italiano, diventa necessario utilizzare, nel processo di allocazione delle risorse, strumenti di «razionamento» delle stesse, ricorrendo a tecniche che riescano a evidenziare l'esistenza o meno di una convenienza economica per qualsiasi programma sanitario.

Le analisi di valutazione economica, rispetto ad altre tecniche, rispondono all'esigenza di i) utilizzare criteri chiari e completi che permettano di coniugare considerazioni economiche e considerazioni sui risultati di un particolare programma ii) diminuire il *trade-off* tra valutazioni di efficienza e valutazioni di equità legate al programma stesso.

Attraverso le analisi di valutazione economica non si pretende, quindi, di risolvere il processo di allocazione delle risorse, ma si mira a fornire ai decisori (autorità pubbliche, *manager* e medici) uno strumento «razionale» di scelta nell'individuazione dei programmi sanitari da implementare.

Benché in letteratura siano presenti numerosi e validi contributi sull'analisi dei risultati (espressi in termini di efficacia, efficienza, ed utilità), ci si è soffermati poco sulla metodologia di analisi dei costi.

Partendo da questa constatazione, il lavoro si focalizza sull'analisi del costo sociale di malattia presentandone una disamina storica e descrivendone la natura e gli obiettivi.

In particolare, si presenta l'analisi del costo sociale di malattia come tecnica di valutazione economica di tipo descrittivo finalizzata a:

- evidenziare il peso economico sopportato dalla società nel suo complesso a causa di una specifica malattia;
- dare informazioni sull'incidenza delle diverse componenti di costo sul totale dei costi;
- individuare le variabili socio-economiche, cliniche e/o legate alla tipologia di struttura di offerta di servizi sanitari che possono essere alla base dell'esistenza di differenze nel consumo di risorse tra pazienti colpiti dalla stessa malattia.

Diversi possono essere i contributi che uno studio di questo tipo può fornire: infatti, contiene informazioni diverse e complementari rispetto a quelle fornite dagli indicatori di mortalità e di morbilità e, inoltre, costituisce una base di partenza per avviare analisi di valutazione comparata, quale, per esempio, l'analisi costo-efficacia.

In particolare, nel lavoro vengono presentati i vantaggi e gli svantaggi degli approcci metodologici correnti seguiti nel processo di determinazione dei costi diretti (prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione) indiretti (perdita di produttività e di tempo da parte del paziente e dei familiari/amici) ed intangibili (deterioramento della qualità della vita) associati ad una malattia, cercando di dare anche un'interpretazione critica sulle logiche di classificazione di tali costi.

Più specificatamente, nell'ambito dei costi diretti, ci si sofferma sulla metodologia di determinazione dei costi ospedalieri di ricovero, fornendo degli spunti di riflessione sul concetto di costo, sui metodi di imputazione delle diverse componenti di costo al ricovero del paziente, sulla disponibilità e la qualità delle informazioni necessarie all'analisi.

In particolare, nel presente lavoro si propone di utilizzare un costo pieno aziendale, in quanto questo rappresenta una buona approssimazione del costo-opportunità, il valore cioè che le risorse avrebbero se fossero impiegate nel miglior modo alternativo. Il lavoro presenta anche un contributo empirico relativo alla determinazione del costo pieno di ricovero in Italia per i pazienti colpiti da ictus.

Al fine di individuare se esistano delle variabili legate alla tipologia di struttura di degenza che influenzino i costi di ricovero o alcune componenti di tali costi, è stata svolta un'analisi dei costi di ricovero in sei strutture di degenza classificabili in tre diversi modelli di cura.

Dall'analisi è emerso che esistono notevoli differenze tra i costi di ricovero nelle diversi modelli dovute principalmente (i) a fattori propri della struttura di degenza, quali la dotazione di personale e di attrezzature sanitarie, (ii) al contesto organizzativo interno ed esterno alla struttura, e (iii) al sistema di contabilità in uso.

In conclusione, il lavoro presenta l'analisi dei costi come un momento fondamentale nella valutazione economica, in quanto è certamente uno strumento descrittivo, ma rappresenta anche un momento di riflessione sia a priori sulla metodologia che a posteriori sul significato dei risultati, soprattutto quando questi vengano inseriti e considerati in valutazioni economiche complete e successivamente nell'ambito dei processi di scelta di allocazione delle risorse.

È L'ORA DEL RINNOVO

COSTO DELL'ABBONAMENTO 2001: EURO 185 (L. 358.210)

Programma abbonamento 2001

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..... abbonament..... a

MECOSAN
Management ed economia sanitaria
diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borghonovi

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- A tal uopo:
 - 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)

