

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II



**Dottorato di ricerca in Economia e Management
delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie**

- XXIV ciclo-

Tesi di dottorato:

**GOVERNO CLINICO E VINCOLI DI ECONOMICITA'
L'appropriatezza come *driver* di gestione nelle organizzazioni
complesse sanitarie**

**Docente
Prof. ssa Maria Triassi**

**Dottorando
Patrizia Cuccaro**

Indice

Introduzione	5
<i>Note introduttive al lavoro.....</i>	8
SEZIONE I.....	10
ANALISI DEI FATTORI-SCENARIO	10
Capitolo I.....	11
 Governo Clinico: un “caso” ancora aperto	11
1.1 Una definizione indefinita	12
1.2 La nascita del governo clinico	13
1.3 Il governo clinico italiano: una “strana” importazione	14
1.4 Tra semantica e metodo: una visione politically correct delle strategie di governo clinico ..	16
1.5 Gli elementi della clinical governance: anatomia e fisiologia	17
1.6 Clinical Governance: la struttura.....	17
1.7 Implementazione Clinical Governance: dalla teoria alla buona pratica	20
Capitolo II	23
 Organizzazioni complesse e variabilità: l’equivoco dell’autonomia	23
2.1 Il sistema sanitario come paradigma di organizzazione complessa	24
2.3 La burocrazia professionale nel sistema complesso della salute	26
2.4 La medicina delle scelte e la razionalità limitata	27
2.5 La variabilità dei comportamenti clinici e il bias dell’autonomia	28
Capitolo III.....	32
 Medici clinici e medici di organizzazione: la storia dell’infelicità professionale	32
3.1 I medici e il privilegio sociale storico	32
3.2 La rottura del patto e la nascita dello spazio manageriale: il medico infelice	33
3.3 I tecnologi dell’evidenza e i governologi clinici.....	36
3.4 La rottura degli schemi	36
Capitolo IV	39
 Salute e valore: il dilemma di una produzione <i>immateriale</i>.....	39
4.1 “Produrre salute o DRG?”	39

4.2 I limiti del DRG come misuratori di virtù	40
4.3 La produzione immateriale e la parabola dell'azienalismo sanitario	41
Capitolo V.....	44
Medici e manager: attuali sistemi di dialogo.....	44
5.1 Le nuove regole di sopravvivenza per le organizzazioni complesse: la flessibilità.....	44
5.2 Il sistema dei controlli interni come leva di flessibilità.....	45
5.3 La normativa nazionale in tema di valutazione della performance: la valutazione del personale.....	46
5.4 La normativa nazionale in tema di valutazione della performance: il D.Lgs n. 150/2009.....	48
5.5 La normativa nazionale in tema di valutazione della performance: la Delibera n. 89/2010. .	49
5.6 Il sistema dei controlli e il governo clinico: istruzioni per l'uso	50
Capitolo VI.....	53
L'Appropriatezza: strumento di Governo Clinico e driver di gestione.....	53
6.1 Appropriatezza come paradigma di giudizio degli interventi sanitari	54
6.2 Appropriatezza nel sistema di cura italiano: innovazione o dejavù?	57
6.3 L'Appropriatezza organizzativa come "frontiera" del sistema di welfare	60
6.4 L'appropriatezza tra difficoltà semplificante e driver di gestione	63
SEZIONE II	65
PRESUPPOSTI E SVILUPPO DELLA RICERCA: LA PIATTAFORMA SPERIMENTALE	
.....	65
Premesse e contenuti per un modello di riferimento	66
Framework di contesto: disavanzo e rientro dal disavanzo	68
Scenari macro di governance di sistema	68
Il quadro di riferimento epidemiologico regionale	68
Presentazione dello scenario macro di contesto: i dati.....	71
Presentazione dello scenario macro di contesto: gli interventi per il rientro.....	80
Recupero di appropriatezza dei setting ospedalieri nella prospettiva di rientro dal disavanzo regionale	83
Framework teorico-scientifico di riferimento.....	87
Formulazione del problema della ricerca e definizione dell'obiettivo	91
Descrizione del modello e note di metodo.....	94

Metodologia della ricerca e analisi dei risultati	98
Il disegno della ricerca	98
Fase desk – formulazione dei propositi della ricerca	98
Sperimentazione del modello e analisi dei risultati	104
Fase field - validazione dei propositi di ricerca	115
Conclusioni	118
ALLEGATO A	121
ALLEGATO B.....	132
ALLEGATO C.....	155
Normativa e riferimenti di settore	164
Bibliografia	165

Indice delle figure

Figura 1- L'albero di Chamber della Clinical Governance – liberamente riprodotto a cura dell'autrice della tesi	18
Figura 2 - Gli elementi della <i>Clinical Governance</i> (da N. Starey, What is Clinical Governance?VOL 1, n°2).....	19
Figura 3 Il vecchio modello di cure medico-paziente è stato superato da dinamiche di forte complessità	24
Figura 4 Pagina del BMJ vol 287, n° 6401, p.1237. 1983. In basso a sinistra il famoso articolo di J.R. Hampton- The end of clinical freedom	35
Figura 6 Sfumature di grigi nell'utilizzo dell'appropriatezza ai fini della valutazione delle scelte in sanità	57
Figura 7 - Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"	62
Figura 8 - Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" (continua da precedente)	63
Figura 9 Speranza di vita alla nascita come indicatore indiretto di inefficacia del sistema salute - confronto regionale	69
Figura 10 Dati di spesa sanitaria in Campania	72
Figura 11 Grafico plot della spesa farmaceutica	74
Figura 12 Fattori che modificano la compliance alle best practices nelle organizzazioni sanitarie..	89
Figura 13 Scala del successo delle attività di implementazione delle best practices.....	90

Introduzione

Il governo clinico (traduzione che, infelicemente, rimanda ad un assetto di comando, ma ormai divenuta corrente, dell'originaria e armoniosa *clinical governance* britannica) si presenta, alla nascita, come una forma neo-burocratica di controlloⁱ basata su un modello scientifico-formale di razionalizzazione dell'attività medica volta a riequilibrare il funzionamento dei sistemi occidentali di assistenza secondo le logiche del *New Public Management*.

Nella sua più celebre e diffusa definizione, fornita da *A First Class Service* nel 1998 e che ne rappresenta la versione più unificante e globale, esso viene rappresentato come:

“A framework through which NHS organizations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in care will flourishⁱⁱ”.

Pur nella logica di una interpretazione teleologica e non definitoria delle strategie di governo clinico, e senza indugiare nell'estremismo tecnocratico delle originarie formulazioni britanniche, la rielaborazione corrente del concetto di governo clinico come problema di governo aziendale si identifica essenzialmente nella **ricomposizione di un conflitto di potere tra la burocrazia professionale medica**, tanto coesa verso l'esterno quanto divisa al proprio interno e forte di un'ampia legittimazione esogena, **e la nuova burocrazia manageriale**, che gestisce le aziende sanitarie in forza dei poteri delegati dalla politica.

In sostanza, una prospettiva unificante degli aspetti clinici e di quelli economico-gestionali delle prestazioni sanitarieⁱⁱⁱ che allude implicitamente ad un problema di *turf war*, o guerra per il dominio dei territori.

La missione del governo clinico, dunque, può dirsi una strategia di valorizzazione dell'autorità professionale dei medici che disponga di logiche volte a superare la legittimazione incondizionata dell'atto clinico e, al contempo, ridimensionare la supremazia del vincolo contabile come criterio di governo, per affermare la sinergia tra cultura manageriale e clinica nella creazione di valore.

Se, da un lato, il processo “teoretico” delle filosofie di Governo Clinico ha compiuto questa complessa e convincente parabola, dall’altro le esperienze fin ora condotte nelle realtà sanitarie per sinergizzare le linee di autorità di clinici e *manager* hanno avuto sviluppi e sorti diversificati e non sempre vincenti, tanto da giustificare una recente e profonda attenzione alle strategie di implementazione delle logiche di governo clinico all’interno delle organizzazioni aziendali.

In particolare, la letteratura scientifica, ancorché acerba, e le prime esperienze di settore hanno prodotto numerosi contributi e riferimenti riguardo al trasferimento delle prove di efficacia nella pratica medica e relativi al tema dell’impatto delle raccomandazioni di *best practices* cliniche sui comportamenti assistenziali, identificando fattori come: a) il coinvolgimento attivo dei destinatari delle raccomandazioni nella produzione e adeguamento locale; b) la credibilità ed autorevolezza dell’ente/organismo promotore dell’intervento di miglioramento della qualità, ma soprattutto c) il processo di traduzione dello *standard* raccomandato all’interno del contesto operativo quali elementi cruciali per il successo delle raccomandazioni di buona pratica.

Tutto questo ha condotto a “rivedere” le strategie di programmazione degli interventi di miglioramento della qualità imperniati attorno alle linee-guida, a concentrare gli sforzi sul processo di adattamento locale di documenti elaborati centralmente e a puntare sulla contestualizzazione delle raccomandazioni attraverso una valutazione della specifica situazione assistenziale e delle risorse disponibili localmente.

Molto più carente è, invece, **la ricerca delle migliori strategie di implementazione delle logiche di efficientamento dei sistemi di cura**, che pur condividono – con le premesse fin ora tracciate – sia il riconoscimento dell’appropriatezza come conduttore di comportamenti virtuosi sia l’apparente incomunicabilità tra il mondo dei clinici e il mondo dei *managers*.

Eppure, alla vigilia del ventennale dell’aziendalizzazione sanitaria, non può più tacersi l’opportunità che gli attori di prima linea del sistema salute (i *professionals*) siano responsabilizzati verso i vincoli di economicità e di sostenibilità delle organizzazioni sanitarie, così come non è più ipotizzabile che i titolari degli obiettivi di gestione (istituzioni e *top managers* aziendali) si sentano

sollevati dalla considerazione netta e puntuale delle criticità che ostacolano gli obiettivi di efficienza nei contesti in cui sono chiamati ad operare.

In riferimento a tale aspetto, è auspicabile la costruzione di un *frame work* teorico di riferimento per ricercare **nuove vie di efficienza e sostenibilità del sistema** entro un **modello di cooperazione tra medici e *manager* funzionale alle logiche di governo clinico** e fondato sugli stessi presupposti di contestualizzazione e adattamento che tanta parte hanno nel processo di implementazione delle linee guida.

Con l'esperienza riportata dal presente lavoro, si propone un modello di riferimento funzionale all'esercizio del governo clinico, sperimentato in un contesto aziendale ospedaliero, quello dell'A.O. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno, volto a cogliere nuove traiettorie di "autonomia responsabile" a tutti i livelli della complessità organizzativa aziendale, attraverso la logica unificante dell'**appropriatezza** del sistema di cura.

Il *focus* di analisi corrisponde all'assunto per cui, alla riconosciuta diseconomia di sistema di cui soffre la sanità, molto concorre l'inappropriata scelta del *setting* assistenziale di erogazione delle cure, che porta in ospedale prestazioni erogabili a livelli "medio-bassi" di pertinenza territoriale, con assorbimento consistente e improprio delle risorse, senza che, a tanta "medicalità" e "intensità assistenziale", corrisponda un sostanziale beneficio per l'utenza servita, come dimostrano i comuni indicatori di *outcomes* di salute.

Il modello, in particolare, si fonda su un presupposto pervasivo dell'intera struttura teorica e applicativa che lo ha prodotto: la lettura dell'*appropriatezza come difficoltà semplificante*, in virtù della sua dicotomica definizione che la vede come applicazione di strategie di efficacia provata (appropriatezza come tecnologia clinica e organizzativa dell'evidenza) in grado di consumare una "giusta" quantità di risorse (appropriatezza come *driver* di gestione).

Gli strumenti adottati dal modello sono rappresentati dal processo di *Budget* e dal sistema di Valutazione della Dirigenza Medica, qualificati in virtù delle loro potenzialità di creare un clima cooperativo tra i Centri di Responsabilità (componente clinico-gestionale) e la Direzione Strategica

(componente organizzativo-gestionale), ma anche sull'utilizzo estensivo ed intensivo dei determinanti del Governo Clinico, identificati con:

- Formazione,
- Medicina, pratica e *policy* basate sull'evidenza (*evidence based medicine, practices and policy*);
- *Technology Assessment* (HCTA)
- Sistemi di *accountability*^{iv}; (letteralmente = rendere conto)
- Politica/sistemi di gestione per la qualità;
- Pratica costante di *audit* e verifica;
- *Risk Management* o gestione del rischio.

La strategia di Governo Clinico così fondata, può essere vissuta come momento di confronto ad armi pari tra categorie in apparente conflitto; asilo neutrale da logiche relazionali di categoria, riconoscimento formale di qualificazione dell'assistenza, garanzia di semplificazione operativa e raggiungimento dell'*outcome* clinico.

Note introduttive al lavoro

Il lavoro presentato offrirà una architettura duale, componendosi di due distinti livelli di indagine (sezioni I e II), riferiti il primo al contesto macro dell'analisi dei sistemi assistenziali, il secondo al contesto micro in cui il modello si è generato che costituiscono il *setting* per l'applicazione della linea di ricerca.

I SEZIONE – ANALISI DEI FATTORI-SCENARIO

Il disegno della prima sezione è speculativo e compilativo, volta ad analizzare una serie di fattori-scenario propedeutici alla impostazione della linea di ricerca, riferiti agli aspetti definitivi e storici del governo clinico e del *New Public Management*, al nuovo rapporto generato tra medici e *manager*, e al bisogno di una lettura innovativa della complessità sistemica delle organizzazioni professionali.

II SEZIONE – PRESUPPOSTI E SVILUPPO DELLA RICERCA: LA PIATTAFORMA SPERIMENTALE

La seconda sezione rappresenta la componente di sperimentazione pilota della linea di ricerca, e sarà presentata con un approccio analitico-narrativo, individuato come paradigma di lettura della complessità e parametro di costruzione del “senso” dell’organizzazione attraverso l’autoapprendimento e la validazione di in metodo sperimentale di condivisione di strategie.

SEZIONE I
ANALISI DEI FATTORI-SCENARIO

Capitolo I

Governo Clinico: un “caso” ancora aperto

“A framework through which NHS organizations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in care will flourish”

A First Class Service, 1998.

Il concetto di *Clinical Governance* è stato introdotto alla fine degli anni ‘90 tra i sistemi sanitari occidentali per descrivere un modello scientifico-formale di razionalizzazione dell’attività medica ispirato ai sistemi di gestione della qualità e volto a ricondurre il funzionamento delle organizzazioni erogatrici di assistenza sanitaria entro le neo-nate logiche aziendali.

Alla denominazione del concetto va riconosciuto il merito di aver operato una semplificazione semantica nella rigogliosa *congerie* di metodologie e strumenti per la qualità dei sistemi di cura avviata in più direzioni negli anni precedenti e confluita in una prima sistematizzazione ne *“The Principles of quality assurance”* dell’OMS (1983).

Dal momento del battesimo britannico, con il quale si è identificato come una strategia di verifica delle attività sanitarie imposta dallo Stato alle strutture assistenziali per ottenere e mantenere la loro autonomia, il termine *Clinical Governance* ha suscitato un’infatuazione collettiva nel mondo sanitario, tanto da essere evocato in ogni documento (tecnico e non) che abbia a trattare di organizzazione e programmazione delle attività mediche, giungendo a disattendere, spesso, l’identità di “forma neo-burocratica di controllo” con la quale il *National Health System* ne aveva concepito l’utilizzo.

L’infelice (ma, in qualche modo, obbligata) traduzione italiana in “governo clinico” (di impatto pseudo-militaresco, ma divenuta ormai corrente) dell’originaria e armoniosa nomenclatura britannica, evocando impropriamente il potere normativo esercitato dalle istituzioni sulle

organizzazioni sanitarie (il corrispettivo britannico di governo è, più legittimamente, *government*) ha contribuito ad un profondo equivoco gerarchico-organizzativo, fino ad essere applicata, in alcuni casi, come strumento di critica al processo di aziendalizzazione sanitaria (o delle sue presunte degenerazioni) e di implicita contestazione al potere monocratico delle direzioni strategiche e del vincolo contabile da parte delle professioni cliniche.

1.1 Una definizione indefinita

Il titolo del capitolo, di impronta volutamente investigativa, non fa mistero della sua ironica derivazione dal gergo cinematografico-poliziesco, in quanto si rivolge alla definizione di un sistema di governo, quello clinico, per il quale vent'anni di definizioni e applicazioni hanno lasciato ancora inasauditi e irrisolti alcuni dubbi fondamentali della sua stessa ragion d'essere.

Seguendo la più celebre e diffusa definizione di Governo Clinico, fornita da *A First Class Service*, nel 1998, ci si riferisce ad un **“contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, e mantengono elevati livelli di qualità di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica”**.

Ne risulta una interpretazione, vagamente organizzativa, in cui gli obiettivi di governo non appaiono definiti, ma piuttosto solo enunciati. In particolare, non appare delineato l'organo del governo, né dichiarate le azioni o le attività in cui potrebbe declinarsi la sua strategia, limitandosi esso a comparire in qualità di “ambiente” o contesto, per quanto implicitamente strutturato e ricco di relazioni funzionali (“*framework*”), tenuto a *responsabilizzarsi* sul grado di sviluppo della qualità e dell'eccellenza.

Come suggerisce Di Ruscio (2004) La “qualità” e l’“eccellenza”, oggetti del governo clinico, non ne costituiscono la natura: questo è il “*framework*”, l'ambiente in cui gli oggetti non definiti si sviluppano^{vi}.

Allo stesso modo, non si definisce la figura del “governatore clinico”, ovvero l’identità istituzionale di chi, all’interno dei “servizi sanitari”, guida la responsabilizzazione al miglioramento dei processi assistenziali e si fa garante del grado di sviluppo della qualità e dell’eccellenza.

La genericità della definizione “ecologica” di governo clinico non è certo di aiuto a chiarire l’oggetto della speculazione; eppure, secondo opinioni autorevoli^{vii}, essa stessa è una delle ragioni della popolarità acquisita rapidamente presso le istituzioni politiche, prima, e sanitarie, poi, dal governo clinico.

Rimane aperto il dubbio dell’identificazione tra il ruolo di governatore clinico con una linea professionale specifica dell’organigramma aziendale: vertice strategico, *middle management* e *front line professionals* appaiono tutti come aventi diritto a governare, in quanto, ognuno per il proprio ruolo e competenza e in ragione di una più o meno opportunistica tensione all’eccellenza, tutti interessati e titolari della responsabilità della qualità delle cure.

Esportato negli altri Paesi, il concetto di governo clinico ha assunto differenti modalità di interpretazione ed applicazione, pur restando, nell’essenza, una forma di strategica assicurazione di qualità delle cure posta in capo alle istituzioni sanitarie.

A tal proposito, e senza avanzare pretese di esaustività, si propone una breve sintesi storica delle esperienze di governo clinico dalla sua origine britannica alla sua traduzione italiana, tutt’ora in fase di dinamica revisione.

1.2 La nascita del governo clinico

Introdotta in Inghilterra nel 1997 per riequilibrare, con obiettivi di servizio, di attività e di risultato, i vincoli finanziari assegnati ai *trusts* dalla riforma Thatcher del 1991 come condizione per ottenere e mantenere la loro autonomia, il governo clinico si presenta, alla nascita, come la definizione locale e l’applicazione di una densa agenda di iniziative regolatorie che definiscono protocolli specifici di trattamento per singoli problemi clinici (attraverso il NICE, *National*

Institute for Clinical Excellence) e *standard* di funzionamento per grandi settori assistenziali per specifiche categorie di pazienti (attraverso la serie dei *National Service Frameworks, NSF*). La verifica di applicazione e di risultati è imputata all'attività ispettiva del CHAI (*Commission for Health Audit and Inspection*).

Alle *clinical governance* spetta, dunque l'attuazione locale delle indicazioni dell'agenda nazionale, soddisfacendo “l'obbligo di qualità” imposto per legge a tutte le organizzazioni sanitarie, mentre il CHAI verifica il rispetto degli *standard* clinici ed organizzativi attraverso ispezioni periodiche e valutazioni comparative (*star system*) dei risultati.

Presentata come “un'idea che entusiasma e mobilita” alla qualità (o, agli obblighi di qualità^{viii}, *Department of health*. HMSO, 1998), viene, tuttavia, accolta con scetticismo dalla *British Medical Association* e giudicata l'ennesimo strumento tecnocratico per assicurare al governo centrale il controllo dell'attività assistenziale, tanto che la prima riforma Blair ne ridimensiona il concetto, qualificandolo laconicamente come “strumento per assicurare e migliorare gli *standard* clinici”, senza per questo alleggerirne il ruolo di governamentalità^{ix} delle relazioni tra stato e professione medica.

1.3 Il governo clinico italiano: una “strana” importazione

Partendo dall'assunto per cui la storia del governo clinico nelle istituzioni sanitarie occidentali risente estremamente degli assetti culturali, istituzionali e organizzativi in cui si sviluppa, in Italia, la definizione ufficiale^x associa oggi il governo clinico al governo della qualità clinica e lo identifica con «un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità¹».

In Italia, nella lunga traiettoria che compie tra il primo riferimento nel Piano Sanitario Regionale 1998-01 dell'Emilia-Romagna e il disegno di legge governativo “Principi fondamentali del SSN”,

¹ www.ministerodellasalute.it, Governo Clinico, Qualità e Sicurezza delle Cure

2003, dell'impostazione burocratico-ispettiva^{xi} britannica, la *clinical governance* mantiene solo la denominazione originaria, peraltro paradossalmente enfatizzata dalla traduzione "obbligata" in "governo".

Il suo contenuto si dilata a comprendere concetti e obiettivi propri della **partecipazione organizzativa democratica** delle professioni, accanto ad una collezione più o meno omogenea di strumenti e tecniche per integrare le competenze cliniche con quelle gestionali, non dissimile ai metodi del *Total Quality Management*.

Il governatore clinico viene riconosciuto inizialmente nel Collegio di direzione (art. 17 del D.Lgs 229/99), di supporto al Direttore Generale, in virtù di competenze cliniche e tecnico-sanitarie. L'applicazione stentata di tale enunciato, è stata da molti riconosciuta nel successivo prevalere, in Italia, di un concetto di governo clinico funzionalmente (e strumentalmente) reattivo alle presunte degenerazioni del processo di aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie, tradizionalmente rappresentate dall'economicismo degli obiettivi e dalla politicizzazione della gestione e generalmente identificate con la figura monocratica del Direttore Generale.

Questa fase è ben esemplificata dal disegno di legge governativo "Principi fondamentali del SSN", che istituisce il Coordinatore Clinico come rappresentante della burocrazia professionale medica aziendale, in qualità di "contropotere speculare" a quello del vertice strategico, accusato di esercitare un potere dispotico sulla autonomia professionale dei clinici responsabili dell'assistenza. Ne deriva un'evidente torsione del concetto originario di governo clinico verso un'idea di partecipazione organizzativa di stampo sensibilmente sindacale.

Preso nel suo complesso, l'uso strumentale del governo clinico rappresenta una manifestazione tutta italiana alle generalizzate delusioni managerialiste imputate al *New Public Management*, responsabile di aver generato, al di là delle aspettative efficientiste non del tutto soddisfatte, una politicizzazione delle scelte gestionali e una compromissione sostanziale delle relazioni fiduciarie.

Non è un caso che, nella maggior parte delle organizzazioni sanitarie, il poco meno che ventenne *spazio manageriale* sia stato percepito dai clinici come **erosivo della autonomia decisionale** del

professionista (da qui, la famosa “infelicità dei medici”); che per lo stesso *manager*, nonostante le tensioni direzionali alla qualità, le valutazioni di efficacia degli interventi siano sempre distorte e metastatizzate **dall’obbligo contabile**.

In definitiva, nell’interpretazione italiana al prodotto importato, quello che resta immutato è l’allusione più o meno implicita al valore del governo clinico come strumento legittimato di *turf war*, o guerra per il dominio dei territori; quello che resta insoluto è la legittimazione istituzionale di *chi è tenuto a governare*.

1.4 Tra semantica e metodo: una visione *politically correct* delle strategie di governo clinico

Nonostante la mancata “risoluzione” dell’apparente conflitto (governo *dei* clinici o governo *sui* clinici, come è stato scritto), versioni più evolute e illuminate (Cicchetti, 2004) attribuiscono, oggi, al governo clinico il ruolo di “prospettiva unificante degli aspetti clinici e di quelli economico-gestionali delle prestazioni sanitarie”, indipendente dall’individuazione del governatore.

In tale ottica, perseguendo la rinuncia alla tecnocrazia ostinata, e limitando l’invasione ispettiva di un sistema di controllo burocratizzato, il governo clinico può consentire un tentativo di allineamento tra il comportamento professionale dei clinici (responsabili dell’assistenza) e gli obiettivi delle organizzazioni in cui operano, così come individuati dalle istituzioni (responsabili del continuo miglioramento della qualità complessiva dei servizi), identificandosi, nell’essenza, con una forma di strategica assicurazione di qualità delle cure posta in capo alle istituzioni sanitarie².

² L’attenzione attualmente posta sulla necessità di fornire agli utenti dei servizi sanitari la disponibilità di cure cliniche di qualità riguarda non solo il complesso dei mezzi attraverso i quali gli operatori si rendono responsabili dello stabilire, mantenere e monitorare standard di rendimento all’interno di ciascuna struttura, ma si rivolge, altresì, agli stessi presupposti per i quali il sistema sanitario permette alle strutture, sia pubbliche che private, di “funzionare”. Se, infatti, si parte dalla definizione (una delle definizioni) di qualità come aderenza di un prodotto ad un requisito predeterminato, sono da considerarsi meccanismi di qualità anche i sistemi di autorizzazione e di accreditamento, ovvero i sistemi che permettono alle strutture assistenziali, rispettivamente, di esercitare attività sanitarie (autorizzazione all’esercizio) e di erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale (accreditamento istituzionale). Tali sistemi, infatti, si realizzano verificando il possesso da parte della struttura da autorizzare/accreditare di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi tali da assicurare un livello di qualità del servizio non inferiore rispetto ad un livello minimo stabilito dalle istituzioni.

Conditio sine qua non per l'attecchimento di tale strategia è che l'organizzazione tutta si orienti a un linguaggio comune che sappia tenere in debito conto tanto il vincolo del risultato economico della gestione quanto il rispetto della decisionalità clinica.

1.5 Gli elementi della *clinical governance*: anatomia e fisiologia

In qualunque modo venga interpretato, il concetto di *clinical governance* appare indissolubilmente legato a quello di qualità, e come tale reca in sé “la struttura anatomica” e il *corpus* metodologico proprio delle strategie di *quality improvement*.

Questa struttura, come trattato più avanti, include determinanti e strumenti eterogenei e complessi, sebbene globalmente riconoscibili come elementi dottrinali dell'esercizio della *clinical governance* e come tali interconnessi e complementari tra loro.

Meno standardizzata e sistematica è, invece, la politica di attuazione riservata alla *clinical governance* nei diversi contesti assistenziali, o, nell'ambito di ciascuno di questi, nelle diverse ere dirigenziali che si susseguono alla guida delle aziende e delle organizzazioni sanitarie; quella, cioè, che potrebbe definirsi la *fisiologia* del governo clinico appare fortemente influenzata dal contesto in cui viene sperimentata, come si cercherà di chiarire.

1.6 Clinical Governance: la struttura

La struttura della *clinical governance* è stata variamente rappresentata sottoforma di schemi e semplificazioni grafiche di indubbia chiarezza. L'albero di Chamber^{xii} rimane tra le più suggestive e complete.

In esso, la anatomia del governo clinico viene illustrata (figura 1) sottoforma di un albero i cui rami costituiscono le “discipline” (*branches*) del modello:

- politica/sistemi di gestione per la qualità;
- medicina, pratica e *policy* basate sull'evidenza (*evidence based medicine, practices and policy*);
- *technology assessment* (HCTA);

- pratica costante di *audit* e verifica;
- sistemi di *accountability*³;
- management del rischio (*Risk Management*, RM).

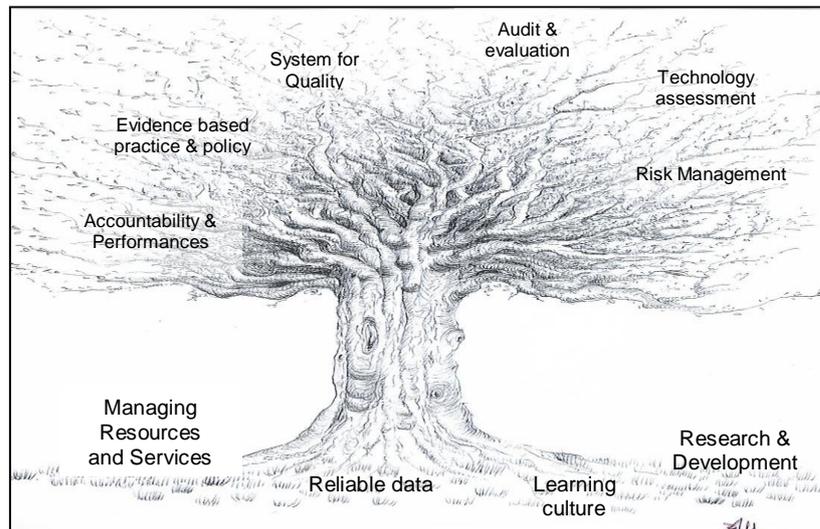


Figura 1- L'albero di Chamber della Clinical Governance – liberamente riprodotto a cura dell'autrice della tesi

Le radici sono rappresentate da:

- affidabilità dei dati (*reliable data*);
- responsabilizzazione nella gestione delle risorse (*managing resources and services*);
- organizzazione basata sull'apprendimento (*learning culture*);
- ricerca e sviluppo (*research and development*, R&S)

Secondo modelli geometrici, l'anatomia della *clinical governance* può essere schematizzata come in figura 2.

In questo caso, sono elementi della *clinical governance*:

^{3 3} Il termine richiama almeno due accezioni o componenti fondamentali:

1. da un lato il dar conto all'esterno e in particolare al complesso degli *stakeholder*, in modo esaustivo e comprensibile, del corretto utilizzo delle risorse e della produzione di risultati in linea con gli scopi istituzionali; 2. dall'altro, l'esigenza di introdurre logiche e meccanismi di maggiore responsabilizzazione interna alle aziende e alle reti di aziende relativamente all'impiego di tali risorse e alla produzione dei correlati risultati.

L'*accountability* investe tutte le operazioni dell'azienda, anche se è nata specificamente con riferimento alle informazioni economico-finanziarie e patrimoniali consuntive.

- *Education.*
- *Clinical audit.*
- *Clinical effectiveness.*
- *Risk management.*
- *Research and development.*
- *Openness.*



Figura 2 - Gli elementi della *Clinical Governance* (da N. Starey, *What is Clinical Governance?* VOL 1, n°2)

Si introducono, cioè, la formazione continua (*education*) e la responsabilizzazione al risultato diviene vera e propria trasparenza (*openness*).

A questi elementi, il Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute⁴ aggiunge:

- la gestione dei reclami e del contenzioso
- la comunicazione e la gestione della documentazione
- la collaborazione multidisciplinare
- il coinvolgimento dei pazienti

⁴ Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III - ANALISI E CONDIVISIONE DELLE ESPERIENZE DI GOVERNO CLINICO

- la valutazione del personale
- gli esiti,

che definisce, nel loro insieme, determinanti del governo clinico.

1.7 Implementazione *Clinical Governance*: dalla teoria alla buona pratica

Oggi, in molti Paesi, alla elaborazione delle raccomandazioni e delle linee guida e all'implementazione di sistemi di assicurazione e governo della qualità, vengono dedicate specifiche e strutturate iniziative nazionali che, attraverso la collaborazione delle competenze professionali, rappresentate generalmente dalle società scientifiche, fanno in modo che la loro produzione avvenga in modo coordinato, su problemi assistenziali rilevanti e attraverso percorsi metodologici che garantiscano la qualità scientifica del prodotto.

Una simile iniziativa, il Sistema Nazionale Linee Guida (<http://www.snlg.it>) è stata avviata a partire dal 1999 anche in Italia, ma con un livello di investimento di risorse ancora lontano da quello di analoghi programmi di altri paesi e, soprattutto, con una certa debolezza dei legami con gli effettivi ambiti di governo del servizio sanitario.

Certamente, anche la realtà italiana degli ultimi anni si è caratterizzata per la proliferazione di iniziative di elaborazione di linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e altre iniziative di governo clinico principalmente a livello di singole aziende sanitarie e di società scientifiche.

Tuttavia è lecito ritenere che, nel complesso, tali iniziative abbiano avuto alterne fortune, nella maggior parte dei casi lasciando alle proprie spalle qualche risultato sul piano culturale, per definizione, poco tangibile, e scarso impatto pratico in termini di concreto miglioramento delle reali modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza clinica.

La semplice produzione e messa a disposizione degli operatori di strumenti di razionalizzazione o di "legittimazione scientifica" della pratica clinica non appare in grado, nella sostanza, di modificare le *performances* sanitarie.

Le esperienze condotte dimostrano, infatti, la necessità, da un lato, di avviare un sistema strutturato di implementazione della *best practice*, dall'altro, di agire sui contesti locali di adozione per identificare le barriere (organizzative, strutturali e culturali) che ne possono impedire l'uso.

Le ragioni dell'inefficacia delle strategie di governo clinico nelle aziende e di incompleta adesione alle buone pratiche si possono ricondurre a fattori quali:

- uso “burocratico” delle raccomandazioni e degli strumenti di analisi e di miglioramento;
- eccessiva rigidità verso comportamenti predefiniti;
- annullamento e trascuratezza delle specificità cliniche;
- uso della diffusione/disseminazione delle *best practices*, ovvero la semplice trasmissione o messa a disposizione degli operatori dei contenuti delle raccomandazioni di buona pratica senza una reale “implementazione”.

In tutti questi casi, il comportamento assistenziale adottato dall'organizzazione professionale diviene un *atto* imposto dall'alto (*top-down*) e come tale non influenza realmente la cultura e la partecipazione attiva dei professionisti.

Al contrario, la *Clinical Governance* va considerata come una “tecnologia dinamica”, fortemente influenzata da contesti culturali e politico-amministrativi, da diversi rapporti tra professione medica e componenti organizzative e sociali nelle singole realtà dei quali non può non tenere debito conto.

In quest'ottica, una reale politica di governo della qualità assistenziale va identificata con l'avvio, a livello locale, di iniziative mirate di modifica di quei fattori di contesto (culturali, organizzativi, strutturali) di possibile ostacolo al comportamento raccomandato alle quali gli stessi professionisti (medici e non) possano dare un contributo propositivo ed operativo sostanziale.

L'adozione della *best practice*, in questo caso, diviene *processo* di acquisizione di *know how* e viene percepita da operatori e *stakeholders*, come “traduzione” dell'evidenza scientifica nella pratica medica, in un'ottica di reale e plausibile miglioramento delle attività e dei comportamenti clinici.

Capitolo II

Organizzazioni complesse e variabilità: l'equivoco dell'autonomia

“Le organizzazioni sono raggruppamenti di essere umani interagenti. Sono i più grandi raggruppamenti presenti nella nostra società, che abbiano qualche cosa di analogo a un sistema centrale di coordinamento. La specificità della struttura e i legami interni più stabili e definiti di quelli esistenti tra organizzazioni diverse o tra individui non organizzati, fanno di una organizzazione un'unità sociologica, comparabile, per importanza, all'organismo individuale della biologia”.

Tratto da: R.W. Scott, Il Mulino, Prentice Hall International

Quando si parla di organizzazione, non è possibile formulare una definizione universalmente valida per diverse epoche e contingenze.

Fino ad alcuni decenni fa^{xiii}, ci si riferiva col termine di sistema organizzativo al coordinamento di individui e mezzi tesi al raggiungimento di un determinato obiettivo; l'interpretazione contemporanea, espressa da una voluminosa letteratura in materia, tratta il concetto ispirandosi fortemente ai parametri biologici e naturalistici.

Le organizzazioni moderne vengono osservate come **reti dinamiche su cui influiscono agenti molteplici in continuo dialogo tra loro e con l'ambiente, ovvero come strutture intelligenti, in grado di innovarsi continuamente**; il contesto organizzativo viene considerato come un insieme di sotto-insiemi, ognuno dei quali comunica necessariamente ed è in continuità con ciascun altro e con l'ambiente esterno, essendone, più o meno direttamente governato e, a sua volta, governandolo.

Prendendo in prestito una delle metafore organizzative descritte da Gareth Morgan^{xiv}, le organizzazioni professionali, possono essere lette come “sistemi aperti”, cioè come organismi viventi che, per realizzare i propri obiettivi, si confrontano in modo dinamico con l'ambiente interno ed esterno.

Le persone che le abitano agiscono per la soddisfazione di bisogni complessivi e mutevoli e i criteri individuali e le differenti motivazioni degli attori influenzano in maniera determinante il mantenimento e lo sviluppo dell'organizzazione stessa.

2.1 Il sistema sanitario come paradigma di organizzazione complessa

Negli ultimi vent'anni, si è assistito alla sostanziale scomparsa della tradizionale organizzazione del sistema di cura, costituita dal medico e dal *suo* paziente, coinvolti da una speciale “relazione a due” (figura 3) che si sviluppava in contesti riconoscibili fisicamente in un ospedale, in uno studio privato o, al più, in un poliambulatorio (una “semplicità organizzata”, caratterizzata da certezze lineari, e dalla visione monodimensionale della cura, esente da contaminazioni di contesto, di ambiente e di co-protagonisti).



Figura 3 Il vecchio modello di cure medico-paziente è stato superato da dinamiche di forte complessità

Il medico “romantico” de *La Cittadella* di Cronin rimane un bel ricordo letterario; al suo posto stanno attività sanitarie sempre più articolate e complesse, contraddistinte da numerosità di prestazioni erogate, in termini di specialità e di *setting* d'erogazione, integrazione e coordinamento

di più servizi e/o professionisti (ivi comprese le professioni organizzative, amministrative e di supporto) legati da reciproche complementarità ed interdipendenze.

Qualunque livello di osservazione si scelga, sia esso il contesto “*macro*” e “*meso*” delle istituzioni, oppure quello “*micro*” delle singole strutture di erogazione, l’assistenza sanitaria oggi si identifica sempre più con una forma di organizzazione complessa a composizione fortemente professionale.

Come tale, essa reca in sé tutti gli elementi dei sistemi complessi antropomorfi: il grande numero di componenti o di elementi, la loro grande varietà, la continua interazione e il continuo scambio di informazioni, il permanente funzionamento di meccanismi di retroazione (*feed-back*) e il continuo aggiustamento delle azioni e degli equilibri dei componenti^{xv}.

In più, nel caso del sistema complesso dell’assistenza, è molto spiccata la tendenza dell’organizzazione a sviluppare funzioni adattative (le azioni e i comportamenti dei vari “attori” sono interconnessi tra loro al punto, non solo, di influenzare i risultati degli altri attori, ma anche degli scenari operativi di questi, richiedendo il continuo adattamento alle azioni e ai comportamenti degli altri) e forme di auto-organizzazione, intese come attitudine a “generare nuove strutture e forme partendo da dinamiche interne”.

Il disegno organizzativo non è imposto dall’alto o dall’esterno, ma emerge dalle interazioni degli agenti nel sistema^{xvi} stesso.

Nella fase di rivoluzione che il sistema delle cure affronta, non tutte le organizzazioni sanitarie sono in grado di generare quella che è stata definita la *complessità organizzata*, tipica dei modelli organizzativi prevalentemente professionali, in cui all’alta differenziazione dei sotto-insiemi del sistema corrisponde un’alta integrazione tra le parti; molto più di frequente le organizzazioni sanitarie si riconoscono in una complessità disorganizzata, in cui l’autonomia del singolo crea funzioni adattative distorte, variabilmente asimmetriche e, spesso, funzionalmente inefficaci.

E’ questo il fenomeno noto come “variabilità delle scelte mediche”, o meglio, della componente “patologica” della variabilità, destinata a generare una gestione viziosa delle risorse in assenza di una garanzia sociale dei comportamenti clinici derivanti, come verrà trattato nel capitolo dedicato.

2.3 La burocrazia professionale nel sistema complesso della salute

Se potessimo individuare due estremi per collocare le organizzazioni, potremmo collocare ad un estremo quelle di stampo “fordista”, concepite come apparati cibernetici in cui vengono trasmessi degli impulsi dal centro (la Direzione) agli organi periferici (le Funzioni), con relativo *feed-back*, in senso prevalentemente verticale.

All’altro estremo, troveremmo quelle ad impronta sistemica, in cui gli stimoli viaggiano in tutte le direzioni con un processo trasversale e reticolare di memorizzazione ed elaborazione collettiva attraverso il quale si ha uno sviluppo molecolare dell’intelligenza organizzativa e del *know how* dell’organizzazione^{xvii}.

L’attuale teoria dei sistemi complessi, collocando le organizzazioni sanitarie a questo estremo, ne specifica la natura adattativa secondo cui esse si articolano in sottosistemi via via più semplici, a loro volta costituiti da agenti individuali, rappresentati da singole unità organizzative e/o da singoli professionisti che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili e in cui le relazioni e la comunicazione hanno ruolo decisivo. Ad un approccio sistemico, esse appaiono centrate e multicentriche, hanno, cioè, uno e più centri di coordinamento e controllo.

Contemporaneamente appaiono fortemente acentriche: il loro funzionamento, cioè, non dipende solo, o tanto, dalle unità organizzative o da chi le guida, quanto (e soprattutto) dal comportamento dei singoli professionisti che vi operano. In quanto agenti individuali liberi di decidere e di agire, rappresentano l’unità elementare della complessità delle organizzazioni sanitarie.

Le organizzazioni che si basano sul lavoro dei professionisti sono caratterizzate dalla prevalenza, tra i meccanismi di coordinamento, della standardizzazione delle capacità, o competenze. Poiché tale standardizzazione avviene altrove, e, comunque, sotto la responsabilità di associazioni professionali, il *management* di questo tipo di organizzazione ha scarso controllo sull’*output* dei professionisti. O, più propriamente, esercita un controllo indiretto sullo stesso (ad esempio, determinando un’allocazione preferenziale di risorse).

In altre parole, sia la definizione del processo di lavoro, sia l'*output* che ne deriva sono progettati e giudicati secondo criteri definiti al di fuori dell'organizzazione in cui le capacità, standardizzate attraverso la formazione, vengono effettivamente esercitate. Questa configurazione organizzativa rispecchia, o si accorda, con le caratteristiche del lavoro professionale^{xviii}, che ha una bassa specializzazione verticale: cioè, conserva un ampio controllo degli scopi e delle modalità di realizzazione dell'*output* specifico, che anzi è, in una certa misura, definito dalla discrezionalità professionale del singolo operatore. Nella assistenza sanitaria, infatti, l'obiettivo clinico è definito dal professionista, sulla base delle capacità che ha di assegnare la costellazione di segni e sintomi che rileva ad un'entità prevista nella classificazione adottata, e a scegliere la pratica terapeutica che, tra le disponibili e appropriate alla casistica, sia più adeguata al caso specifico.

2.4 La medicina delle scelte e la razionalità limitata

Si potrà osservare che scegliere la pratica terapeutica adeguata al singolo paziente (o adeguare la pratica idonea alla specifica situazione clinica del singolo paziente) coinvolge criteri non necessariamente del tutto professionali e che non sono del tutto esauditi dagli orientamenti culturali dei professionisti secondo il dogma dell'autonomia clinica.

Simon, nel 1990, afferma come "il comportamento umano può essere concepito come una forbice le cui due lame sono la struttura ambientale del compito e la capacità computazionale dell'attore"; l'impossibilità di controllare e di manipolare le informazioni, dovuta all'interazione tra queste "due lame", porta il soggetto ad adottare una certa strategia decisionale, euristica, che può semplificare il problema, permettendo di raggiungere, se non sempre le scelte ottimali, almeno scelte ragionevoli soddisfacenti. Dunque, la mente umana non va concepita semplicemente come una macchina a bassa capacità di memorizzazione, ma soprattutto come un sistema viziato da un processo di organizzazione delle informazioni tale da condurre a decisioni (e, di conseguenza, comportamenti) non del tutto matematicamente corretti.

Parlare di **razionalità limitata** significa rivolgersi ai vincoli posti all'azione umana dall'*interno*, in quanto limitazioni delle possibilità cognitive degli individui, soprattutto per quanto riguarda la soglia dell'attenzione e la capacità di calcolo. Egli, infatti, definisce il principio di razionalità limitata dicendo che: “La capacità della mente umana di formulare e risolvere problemi complessi è molto piccola in confronto alla portata di problemi la cui soluzione richiederebbe comportamenti oggettivamente razionali nel mondo reale” [Simon 1947].

Il concetto di razionalità limitata caratterizza l'attività cognitiva dei singoli decisori e, di riflesso, dei gruppi operanti nell'organizzazione. I limiti cognitivi (ma anche etici, culturali, emotivi, sociali,...) si esprimono, di fatto, nell'incertezza e nella ambiguità dei criteri cui attenersi nel prendere decisioni. In queste condizioni, si può ritenere che i decisori ricerchino esiti soddisfacenti rispetto a determinati livelli di aspirazioni (obiettivi) piuttosto che l'ottimizzazione assoluta dei risultati conseguibili.

La psicologia della decisione (Daniel Kahneman; Amos Tversky et al.) mostra, irrimediabilmente, come le scelte individuali non avvengono seguendo il principio economico della massimizzazione dell'utilità, ma che gli individui sono invece "irrazionali" in modo sistematico e replicabile, cioè seguono dei *patterns* automatici, o euristiche, dipendenti per lo più da come il problema di decisione viene presentato loro (*framing*). Non sembra improbabile annoverare questi aspetti nella considerazione della variabilità clinica.

2.5 La variabilità dei comportamenti clinici e il *bias* dell'autonomia

Definita tecnicamente come “la presenza delle differenze messe in luce attraverso la misurazione ripetuta di un fenomeno”, la variabilità clinica, in qualche misura, ne definisce il suo “grado di libertà” e autonomia.

Quando riferita, strettamente, alla variabilità dei comportamenti assistenziali, essa è una realtà composita e multidimensionale, fonte sia di opportunità che di problemi, in cui si intersecano

continuamente, essendo tra loro collegate ricorsivamente, una variabilità “positiva” o fisiologica e una variabilità “negativa” o patologica.

Esistono, infatti, delle motivazioni “razionali” alla variabilità, riconducibili al paziente, al clinico o al contesto organizzativo e aziendale di riferimento che fanno della variabilità una necessaria espressione dell’arte medica. In tal senso, la variabilità clinica è espressione del migliore adattamento delle prestazioni e dei servizi alla variabilità delle persone (natura e gravità delle patologie), dei professionisti (gradi di certezza delle conoscenze disponibili, preparazione e caratteristiche professionali), contesto organizzativo (risorse, priorità, programmazione e organizzazione del lavoro), contesto sociale (valori sociali dominanti, norme e leggi, conseguenze medico-legali, *opinion leaders*).

Tuttavia, esse raccontano solo una parte della storia; rimangono sul versante “razionale” della programmazione e dell’implementazione dell’assistenza sanitaria.

Aspetti legati all’arretratezza delle conoscenze, all’inadeguatezza delle strutture, alle competenze insufficienti o obsolete, alla mancanza di procedure, organizzazione del lavoro, protocolli e sistemi di controllo raccontano l’altra metà della storia, meno edificante e legittima: quella della variabilità negativa o patologica.

E’ possibile, ancora, riconoscere un terzo tipo di variabilità, detto pseudovariabilità^{xix}, attribuibile ad errori di rilevazione, di misurazione e di rappresentatività dei dati (distorsioni, artefatti statistici, completezza, variazioni casuali) che può essere fonte di interventi, oltre che inappropriati, sbagliati. Definire tali situazioni in nome dell’autonomia professionale mortifica la missione dell’arte medica.

2.4 Il governo clinico dei sistemi complessi sanitari: dalla variabilità alla libertà professionale

Il miglior approccio di governo clinico, nel senso della convergenza dell'organizzazione complessa verso obiettivi di qualità ed eccellenza, non può trascurare tali aspetti.

In particolare, è proprio la scarsa controllabilità organizzativa delle burocrazie professionali che va contrastata, anche se con strumenti che non snaturino il carattere professionale dell'attività clinica.

Si tratta di una funzione inevitabile, nella misura in cui è inevitabile una strategia di riappropriazione sociale della pratica organizzata e "pubblica" della medicina; a renderla tale, sta l'inaccettabilità sociale di risultati incerti di un'attività crescentemente costosa, in cui, anzi, la crescita dei costi è maggiore che in altri servizi economici a minore variabilità di risultato.

La sfida più alta cui il governo clinico viene chiamato è oggi la rilegittimazione sociale e scientifica della variabilità clinica, e la sua ricomposizione in una cultura organizzativa che, lungi dal perseguire strategie di mortificazione dell'autonomia professionale, sappia trasformarla in una risorsa. La ricerca dell'equilibrio tra forze contrapposte che da un lato spingono verso la differenziazione e dall'altro esigono la standardizzazione delle procedure è, oggi, un obbligo delle organizzazioni sanitarie.

In questo contesto, le risposte alla variabilità percorrono, nella medicina moderna, due strade, solo apparentemente contrapposte, ma entrambe in grado di promuovere il cambiamento.

La prima strada è volta, soprattutto, a stimolare e a valorizzare la differenziazione delle prestazioni come risposta alla diversificazione della domanda. Si tratta, cioè, di immaginare modi nuovi e più efficienti di erogare servizi (utilizzo di nuove tecnologie, semplificazione delle procedure ...).

La seconda strada è impegnata, viceversa, a ridurre il più possibile l'ampio divario tra le migliori conoscenze disponibili e ciò che costituisce la pratica clinica corrente. Di fatto, è questa la strada tesa ad intervenire sui processi di erogazione delle cure e sulle persone (professionisti, pazienti) nel non facile tentativo di uniformare i comportamenti clinici alle linee guida di riferimento e agli *standard* riconosciuti di buona qualità.

Il rispetto, dunque, di un certo gradiente di libertà, la rimodulazione delle valutazioni di *performance* sull'assetto organizzativo esistente e, soprattutto, la condivisione e la

contestualizzazione dei concetti di qualità favoriscono l'espressione di quella che potremmo definire un'autonomia consapevole. Sicura, efficace ed economica.

Capitolo III

Medici clinici e medici di organizzazione: la storia dell'infelicità professionale

“La libertà clinica è morta [...]. La libertà clinica era il diritto dei medici, da alcuni considerato divino, di fare qualsiasi cosa ritenessero, a loro esclusivo giudizio, il meglio per i loro pazienti. [...] il giudizio dei medici era tutto ciò di cui si disponeva, ma adesso quel giudizio non basta. Se non abbiamo sufficienti risorse per fare tutto ciò che tecnicamente è possibile, allora la cura deve limitarsi a ciò che è dimostrato essere realmente efficace.”^{xx}”

J.R. Hampton- La fine della libertà clinica

3.1 I medici e il privilegio sociale storico

Nei grandi sistemi sanitari a finanziamento pubblico, quali quello canadese, britannico o italiano, ai professionisti di *line* delle attività sanitarie (medici clinici) è stato storicamente riconosciuto un ruolo sociale particolare, in quanto attori esclusivi di una funzione istituzionale a forte componente etica e a forte impatto sulle condizioni di progresso delle popolazioni.

Tale ruolo ha condizionato una sorta di “patto implicito” (*compact*) tra professionisti della sanità e gli enti istituzionali (Stato), generando innegabilmente per i primi una duratura tutela dalla rendicontazione pubblica del proprio operato e una forte autonomia nelle scelte assistenziali, con un sostanziale disinteresse sulle scelte allocative; per i secondi, una discreta tendenza presso l'opinione pubblica a legittimare atteggiamenti poco virtuosi nella gestione del fondo sanitario pubblico.

Il modello tradizionale ha visto decretare il suo naufragio completo con l'avvento delle logiche aziendali e di *New Public Management*, che hanno condizionato la revisione globale del funzionamento delle pubbliche amministrazioni.

I nuovi modelli concettuali, oltre ad aver introdotto il principio del “risultato di gestione”, hanno generato la necessità di aderire a rinnovate istanze sociali tendenti a ottenere servizi qualitativamente e quantitativamente adeguati.

In sintesi, le novità introdotte dal nuovo sistema obbligano a commisurare i servizi erogati ai reali bisogni di salute, ad esercitare una previsione sui programmi e un controllo sulle realizzazioni, a ricercare un equilibrio tra efficienza nell’uso delle risorse, di efficacia del servizio offerto e di soddisfazione del cittadino.

3.2 La rottura del patto e la nascita dello spazio manageriale: il medico infelice

La rottura del patto ha previsto una ridefinizione del potere di governo dei professionisti sanitari attraverso la creazione di uno “spazio manageriale” in apparenza erosivo sulle scelte assistenziali tradizionalmente, riservate alla competenza esclusiva di medici.

Ne è conseguita una modalità di convivenza tra tecnostruttura e professione assolutamente innovativa nelle burocrazie professionali.

Già nel 1963 Goss evidenziava che "Il professionista si caratterizza per una conoscenza specializzata e per competenze guadagnate in un prolungato training intellettuale: egli usa questo talento in accordo con le regole della professione a cui appartiene; non percepisce l’autorità della gerarchia o di qualsiasi burocrazia, ma enfatizza auto-governo ed autonomia nell’ambito dei limiti posti dalla professione; ha a che fare con casi eccezionali per i quali è necessaria una risposta tempestiva rispetto alla quale le regole burocratiche non sono applicabili. Inoltre deve essere impersonale e deve anche tener presente i bisogni del caso che ha di fronte; e nonostante sia coinvolto nella divisione del lavoro, nella specializzazione e nel sistema burocratico, gli aspetti amministrativi di questo commitment confliggono con la sua propensione all’autogoverno”.

La visione macroscopica di questa rivoluzione ha offerto l’ingannevole immagine di una pluralità di obiettivi, in apparente conflitto, e ha giustificato quella che è stata definita, parafrasando il

celebre editoriale del *British Medical Journal*, **l'infelicità dei medici**: l'esercizio della professione in scienza e coscienza **contro** i vincoli di economicità, di gestione e di risultato.

Come tipicamente avviene nelle aziende di servizi, la difficoltà di qualificare il risultato di una produzione "immateriale", quale il mantenimento o la restituzione del bene salute, ha condotto a sperimentare strategie di controllo volte all'analisi dei sistemi operativi implicati nella generazione del prodotto e ad introdurre sistemi di valutazione della qualità assistenziale inesorabilmente destinati a verificare il funzionamento dell'attività professionale in riferimento a *standard* predefiniti.

never been discussed with the government." Good heavens!

I did not say that the "hours of work exercise is linked with consultant expansion." I said the opposite: "the discussions before the changing of the junior rotas seemingly did not include the possibility of a jobs freeze" (their fourth inaccuracy).

I did not "lament the lack of continuity of care among junior doctors" (continuity of care is the responsibility of consultants). I did say "continuity of patient care has been adversely affected. As the result of the new rotas there will have to be more cross cover at a junior level." (Their fifth inaccuracy). More cross cover inevitably affects patient care, including continuity.

My views "might appear to some to be the views of a junior doctor." I am relieved and flattered by this: consultant views of matters involving junior doctors are often held to be biased, emanating as they do from a relatively privileged position. If my views are unrepresentative, which I doubt, that does not make them wrong.

The letter to which I reply, which is full of inaccuracy, has not changed my opinions. I would advise Dr Bristow and Dr Rees to read my previous letters with care (12 March, p 895; 26 November, p 1631). The contents are relevant to all hospital doctors, not just to the juniors.

PHILIP D WELSBY

City Hospital,
Edinburgh EH10 5SB

¹ Anonymous. A quiet crusader quits. *World Medicine* 1983 Oct 1:36-7.

Points

Early trials of streptomycin

Dr J G SCADDING (Beaconsfield, Bucks HP9 1SU) writes: Dr David H Spodick (12 November, p 1470) seems to be labouring under some misconceptions about the "early British trial of streptomycin in meningial tuberculosis." I was a member of the MRC committee which planned the early streptomycin trials and should like to dispel two of these.

Firstly, the trial was not "forced on the investigators by a shortage of streptomycin." In fact, we grasped the opportunity provided by this shortage to plan an ethically acceptable controlled trial in patients with a carefully defined sort of pulmonary tuberculosis; an opportunity that we recognised as dependent on a probably temporary shortage.

Secondly, all cases of tuberculous meningitis were accepted for treatment. We were all too familiar with the 100% mortality of this disease in those prechemotherapy days and saw no need for controls when a single survival was significant in any sense of that awkward word.

The end of clinical freedom

Professor DAVID H SPODICK (Saint Vincent Hospital, Worcester, Massachusetts 01604) writes: Professor J R Hampton's leading article (29 October, p 1237) is right on target and will be welcomed most warmly by those of us who have tried to make comparable points.^{1,2} Professor Hampton is actually dealing with physicians' behaviour, which has been largely unacceptable in the matter of what he terms "clinical freedom." As that behaviour is only sometimes in accordance with ethical conduct and with the scientific quest for truth, constraints (such as imposed by our Food and Drug Administration) have forced acceptability for many trials of medical treatment. Yet, somehow, surgical trials continue to escape. . . . The onus of ensuring appropriate design of

clinical trials should be on the medical journals—both because others in authority are not insisting on it and because publication is virtually always necessary for investigators to thrive. Journal editors and reviewers have measured up quite well in terms of trials of pills and injections, but have maintained the curious double standard for surgical trials. Surgery has somehow always been a sacred cow to both hospital staffs and scientific journals. I suppose we will always have sacred cows but we need to control the sacred cowboys who market the products.

¹ Spodick DH. The randomized controlled clinical trial: scientific and ethical bases. *Am J Med* 1982; 73:420-5.

² Spodick DH. Randomize the first patient: scientific, ethical and behavioral bases. *Am J Cardiol* 1983; 51:916-7.

Unreviewed reports

Mr C S GOOD (Roussel Laboratories Limited, Wembley Park, Middlesex HA9 0NF) writes: I am delighted that you have introduced the section for unreviewed reports, particularly as this will give those wishing to report possible adverse reactions a chance to publicise their findings without giving the impression that the report has been confirmed and has the endorsement of the *BMJ*. Now, as always, doctors must be aware of their obligation to report adverse reactions, preferably to the company supplying the product, who will pass the information to the Department of Health and Social Security. Care is required in interpreting results, however, particularly after problems with a product have been sensationalised by the media.

Unsolicited mail

Dr R C GUPTA (S M S Medical College, Jaipur, India) writes: Dr Malcolm Kerr's suggestion (12 November, p 1473) of individual action by doctors is unlikely to have much effect on the volume of unsolicited mail they receive. Most doctors ignore such mail, and the manufacturers, instead of being discouraged, are responding by increasing production of promotional mail, if the American experience is any guide.¹ Personal audit, as suggested by Dr Kerr, may be effective but doctors will be hard put to find time to go through the voluminous promotional mail. . . . Some time ago the government of India imposed a ceiling on expenditure on publicity. Excess expenditure cannot be included in the cost of production and is taxable. This has had a salutary effect on the printing of publicity material. Furthermore, though this measure was strongly resisted by the manufacturers it does not appear to have had any adverse effects on their sales.

¹ Connors JM. More on junk mail. *N Engl J Med* 1983; 309:673-4.

Multiple endocrine neoplasia associated with von Recklinghausen's disease

Dr A BOISSONNAS, Dr P KHALIFA, and Dr O MEYNIARD (Department of Internal Medicine, Hôpital Cochin, Paris, France) write: Dr D F R Griffiths and others (5 November, p 1341) report two new cases of duodenal carcinoid tumours with von Recklinghausen's neurofibromatosis and pheochromocytoma and suggest that this combination of tumours is probably genetically determined. We have seen a 52 year old man with ampullary carcinoid shown by obstructive jaundice and widespread cutaneous non-familial neurofibromatosis. Plasma serotonin, vasoactive intestinal peptide, parathormone, catecholamine, insulin, and calcitonin concentrations after operation were normal, as were 24 hour urinary excretion of 5-hydroxyindoleacetic acid and vanillylmandelic acid. Peripheral and central neuroendocrine cells, including carcinoid cells and melanocytes, have a common molecular marker: neurone specific enolase.^{1,2} This does not prove a common

embryologic origin but identical expression of a common gene. We agree with Dr Griffiths and others that more reports are needed to understand whether or not this rare association is fortuitous.

¹ Schmechel D, Marangos PT, Brighman M. Neurone specific enolase is a molecular marker for peripheral and central neuroendocrine cells. *Nature* 1978; 276: 834-6.

² Tapia FJ, Barbosa AJA, Marangos PT, Polak JM, Bloom SR, Dermody C. Neurone specific enolase is produced by neuroendocrine tumours. *Lancet* 1981; i:808-11.

Villa Serbelloni

Dr ALRED WHITE FRANKLIN (London W1N 2DE) writes: Professor L J Bruce Chwatt's account of his experiences of the Villa Serbelloni (26 November, p 1624) caused me an acute attack of nostalgia. My delectable visit was to attend the small conference in 1975 at which was founded the International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). The director at that time had been dean of the medical school in Denver and our host was Dr Henry Kempe. . . . We were given an anecdote about the Principessa Torre e Tasso, a lady of great wealth. She had been staying at the villa when it was still a hotel. Brought her bill before leaving, she complained that it was not enough. When told that it was the usual rate she replied: "You do not understand—I wish to buy the hotel."

Candidiasis in heroin abusers

Dr MICHAEL MACKAY (Kaitiaki Hospital, Kaitiaki, New Zealand) writes: Dr Peter Colligan and Dr Tania Sorrell describe a distinctive syndrome of disseminated candidiasis in heroin abusers (24 September, p 861). Dr Jennifer Hoy and Dr Bryan Speed suggest that the origin of this infection may be from lemon juice used to dissolve the heroin (19 November, p 1549). In 1976 four drug addicts presented to a hospital in Wellington with similar histories of a one to two week illness consisting of rigors, fever, headache, and myalgia. In each case the appearance of painful small lumps in the scalp, and in one case also in the axillary and pubic regions, led to presentation to hospital. *Candida albicans* was cultured from skin lesions in all four patients, and in one endophthalmitis was present. These addicts were known to each other and all dissolved their heroin in lemon juice, often from the same lemon. They were aware of other addicts with the same illness, and two were seen briefly at hospital, *Candida* being grown from the blood of one and from scalp lesions of the other. It seems likely that lemons are the source of *Candida* in this distinctive syndrome.

Association between use of cotton tipped swabs and cerumen plugs

Mr P D BULL and Mr A S JONES (Children's Hospital, Sheffield S10 2TH) write: Dr D Kumar (26 November, p 1628) seems to have missed the point of Dr Peter Baxter's useful report. The mechanism of the formation of wax plugs is not unknown but perfectly clear if consideration is given to the relative diameters of the child's external auditory canal and the cotton bud. . . . Further, it is common experience that the wax plug, often concave on its outer surface, extends into the bony meatus; it can only have arrived there by having been pushed from the outer canal, as the bony meatus contains no wax-producing glands. The constant impaction of wax by the ramrod effect of the cotton bud defeats the normal cleansing mechanism of epithelial migration, and accumulation of wax is inevitable. Dr Kumar's advice to use organic wax solvents before further probing the ear with cotton buds can only compound the problem and increase the incidence of otitis externa. More useful advice would be to leave the ears alone apart from cleansing the outer most visible part of the ear canal and the concha for aesthetic reasons only.

Figura 4 Pagina del BMJ vol 287, n° 6401, p.1237. 1983. In basso a sinistra il famoso articolo di J.R. Hampton—The end of clinical freedom

3.3 I tecnologi dell'evidenza e i governologi clinici

La figura del medico di direzione coevolve linearmente con tale esigenza, e finisce col diventare il detentore di regole di standardizzazione inesorabilmente rivolte all'intero universo di attività dei clinici, con pretese di intervento e modulazione non solo delle procedure medico-chirurgiche (modalità di esecuzione degli atti clinici) ma degli stessi processi decisionali che ne orientano la scelta.

Le meta-analisi e le revisioni di letteratura, l'EBM e le Linee Guida, i protocolli di cura e i percorsi diagnostico-terapeutici, pur costituendo una metodologia specifica, rappresentano un approccio nel quale competenze diverse da quella clinica stabiliscono un ordine, una gerarchia dell'affidabilità statistica delle informazioni e generano l'impressione di inficiare i fondamenti aristotelici dell'arte medica.

Al di là dei limiti "naturali" che la fiducia nell'*evidence* invariabilmente possiede, essa può finire, assieme ai vincoli di gestione, per esacerbare i conflitti tra clinici e *manager*.

3.4 La rottura degli schemi

La consapevolezza della complessità e della variabilità che caratterizzano la medicina e le organizzazioni sanitarie porta a ritenere necessario integrare, con una visione dialogica, l'approccio lineare alle organizzazioni, che prevede l'impiego degli strumenti propri del governo clinico, con le metodologie del pensiero sistemico e della complessità.

Si può, quindi, affermare che coloro che rivestono ruoli decisionali nelle organizzazioni sanitarie devono saper interagire con la variabilità, non solo proponendo soluzioni tecnico-organizzative, ma riconoscendo il giusto ruolo alla componente umana, all'espressione clinica e alla competenza professionale.

La tecnologia delle evidenze, in sintesi, lungi dall'essere una imposizione "religiosa" o, peggio ancora, un'agenda di obblighi comportamentali, va importata nell'organizzazione con estremo

rispetto del contesto e implementata secondo logiche locali in un discorso scientifico di interpretazione e riprogettazione sostenibile.

Capitolo IV

Salute e valore: il dilemma di una produzione *immateriale*

“The concept of case mix and hospital products evolved from studies conducted during the 1960s aimed at improving the design of health care facilities. The work on modelling the progressive patient care concept for hospital design, introduced the notion of patient type as a key element”.

(Robert B Fetter)

4.1 “Produrre salute o DRG?”

Tra provocazione e realistica, non sembra inverosimile una presunta posizione antitetica tra la qualità della cura e la visione aziendalistica dell’ospedale, sintetizzata nell’unità elementare di produzione che è il DRG.

Se, da un lato, è impensabile la contrapposizione tra organizzazione efficiente del sistema di cura e qualità ed efficacia delle stesse, dall’altro, il costante stato di allarme sui conti pubblici ha finito col condizionare tutti i livelli decisionali, da quelli centrali, a quelli intermedi, a quelli finali (ASL, AO) verso il raggiungimento del mitico pareggio di bilancio.

In presenza di una riconosciuta sottostima del finanziamento e di una crescita debitoria esponenziale, la stretta della forbice obbliga i livelli strategici a concentrare energie fisiche, mentali e passione su un obiettivo che, nel breve termine diviene prioritario^{xxi}: il contenimento dei costi.

Il concetto di *case-mix* ospedaliero e la pressoché contestuale elaborazione dei *Diagnosis Related Groups* (DRG) maturano nel mondo sanitario occidentale come risposta all’esigenza di strumenti per la valutazione dell’attività clinica ospedaliera, riconosciuta quest’ultima (siamo sul finire degli anni ottanta, in piena epoca pre-aziendale) come l’ambito di eccellenza e il capitolo di spesa più rilevante^{xxii} nell’offerta e nella disponibilità di servizi sanitari effettivamente accessibili da parte della popolazione.

Come ha scritto Robert B. Fetter, il padre dei DRG, la rimodulazione del concetto di cura per il nuovo ospedale, implica di considerare il paziente-tipo come elemento chiave.

Importati concettualmente dall'esperienza statunitense dei programmi *Medicare* e *Medicaid* per i quali, nel 1965, l'amministrazione federale sanciva la necessità di sistemi di verifica dell'utilizzo delle risorse e di gestione della qualità dell'assistenza, i DRG italiani (ROD) si sono imposti alle amministrazioni sanitarie come un momento di *Business Process Rerngining*, indicando che l'obiettivo dell'efficienza complessiva dell'ospedale poteva essere raggiunto "solo fluidificando le interfacce dei diversi segmenti organizzativi^{xxiii}" di un ospedale e riscrivendone, in molti casi *ex novo*, l'intero sistema organizzativo e gestionale.

In tal senso, essi sono finiti col diventare un universale e riconosciuto strumento di gestione e di riferimento per la verifica delle politiche sanitarie in rapporto alle attività e ospedaliere^{xxiv}.

4.2 I limiti del DRG come misuratori di virtù

La provocazione di partenza, tuttavia, nasce da certe estremizzazioni che vedono il DRG come il più nobile vettore delle informazioni che qualificano una struttura e la definiscono, in termini di indicatori quantitativi posti a sintesi della complessa dinamica dell'assistenza sanitaria.

Accanto alla creatività degli aziendalismi, vale la pena di focalizzare l'attenzione su due aspetti fondamentali:

- la "bontà" della cura, oltre a non essere facilmente standardizzabile (a questo proposito, il celebre Harrison, il trattato di medicina interna su cui si sono formate intere generazioni di medici, mette in guardia dall'eccessiva "ipersemplificazione" operata dalle Linee Guida, alla quale sfugge "la complessa interrelazione tra influenze genetiche e ambientali responsabili dell'unicità di ciascun individuo e della sua malattia") non è del tutto misurabile;
- l'efficienza testimoniata dagli indicatori sintetici *case mix*-correlati, intesa come linea di principio per il funzionamento e la missione di un'attività sanitaria, rischia di rivelare un

paradigma culturale miope e limitante, e favorire logiche distorte e aberranti, degne del darwinismo sociale più estremo^{xxv}.

Il primo aspetto, limita il potere evocativo che gli indicatori di processo delle cure possono rappresentare quando calati dall'*alto* delle evidenze scientifiche e applicati *ex post* per un giudizio di merito dell'organizzazione; il secondo aspetto fa riferimento agli indicatori di efficienza, anch'essi deboli misuratori della complessità aziendale se non intesi come effetto (e non come determinanti) di apprendimento di una cultura organizzativa moderna e illuminata dalle logiche aziendali.

4.3 La produzione immateriale e la parabola dell'aziendalismo sanitario

Se, con tutta evidenza, il mandato fondante e il senso della medicina e della sanità pubblica, si ritrovano in un **sistema che produce salute per la collettività attraverso la fornitura di servizi**, il *focus* culturale merita di essere puntato sulla produzione di salute come variabile indipendente e ragione ontologica fondante del sistema sanitario, da cui la misurazione delle prestazioni non va fatta prescindere.

Il che significa accettare la sfida di produrre la specifica cultura di un **aziendalismo sanitario che sia specificamente sanitario** in cui l'obiettivo meritorio e sociale della salute venga tenuto in debito conto dall'organizzazione.

In questa cultura, il dilemma della produzione immateriale, come apparentemente può essere definito il prodotto di prevenzione-cura e riabilitazione, è, in realtà, un falso problema, se si attribuisce la giusta importanza alla considerazione epidemiologica in tutta la sua rappresentatività (dalla conoscenza dei bisogni di mercato, alla verifica degli indicatori di *outcome*, dall'attenzione alla *customer satisfaction* alla possibilità della *customer re-education*).

D'altro canto, la rappresentazione professionale dei contesti di cura, se opportunamente valorizzata e formata, può rappresentare risorsa di alto valore strategico, quale custode di quella "*hospitalitas*"

che non è solo radice semantica della parola ospedale, ma valore fondante della stessa istituzione ospedaliera.

In altre parole, la domanda da porsi è: come costruire, nelle strutture sanitarie, meccanismi partecipati di gestione del valore prodotto utilizzando i quali, oggetto di riferimento del sistema di controllo diventa non solo il “cosa” (ad esempio i DRG prodotti) ma anche il “come” della gestione sanitaria, ovvero i processi che portano all’erogazione di servizi definiti?

Finora quest’area della gestione è stata dominio esclusivo dell’autonomia professionale dei clinici; vi sono altri strumenti di matrice organizzativo-gestionale (ABC, ABM, BSC, etc.) in grado di rendere trasparente e partecipato (e governabile) il processo di erogazione dei servizi sanitari in modo da monitorare il valore da esso generato (o distrutto) per i propri utenti.

Per dare risposte concrete ai quesiti prima posti occorre, probabilmente, rivitalizzare i tradizionali concetti di governo clinico e di appropriatezza ed esaltare, in particolare, la vocazione implicita nella dimensione clinica dell'appropriatezza quale mediatore tra governo della offerta e governo della domanda di assistenza sanitaria.

Capitolo V

Medici e manager: attuali sistemi di dialogo

“Le organizzazioni, per coniugare stabilità ed evoluzione, sviluppano la capacità di vivere continuamente su due livelli: quello operativo, che necessita della realizzazione efficiente della routine consolidata, e quello riflessivo o critico, che consente di prendere le distanze dallo svolgimento delle attività correnti per valutarle criticamente e rimettere in discussione, se necessario, regole, procedure e modalità di funzionamento in uso”.

Le parole di Dedalo 1-08, Franco Bifulco e Fulvio Forino

5.1 Le nuove regole di sopravvivenza per le organizzazioni complesse: la flessibilità

Partendo dall'assioma secondo cui *non ha senso parlare di efficienza senza aver premesso l'efficacia^{xxvi}*, sicuramente l'una e l'altra, fin dall'introduzione delle logiche aziendali nelle Pubbliche Amministrazioni, sono state considerate i volani e le leve strategiche su cui un'organizzazione può e deve contare per sopravvivere ed essere competitiva.

Tuttavia, il concetto di efficienza è, in ambito aziendale, e soprattutto organizzativo, parzialmente superato, o comunque da solo non basta.

Esso è legato principalmente a una visione fordista, ed è il paradigma centrale dell'impresa *tayloristica*, coincidendo con la produttività, l'exasperata attenzione ai tempi e ai costi, la focalizzazione sulla sfera produttiva^{xxvii}.

Con il postfordismo e con le moderne interpretazioni umanistiche delle organizzazioni, la nuova parola chiave diviene la flessibilità, intesa come capacità di un sistema operativo di assecondare i mutamenti richiesti dall'ambiente esterno all'impresa e che appare la caratteristica che sarà più richiesta alle aziende nei prossimi anni.^{xxviii}

Il contesto competitivo è sempre più dinamico ed imprevedibile e spinge le imprese a dover individuare gli strumenti più idonei per fronteggiare contingenze strategiche e/o operative che richiedono flessibilità^{xxix}.

In tal senso diventa centrale la capacità delle imprese di cambiare velocemente. La velocità del cambiamento^{xxx} imposta dall'incessante innovazione richiesta dai mercati obbliga le imprese ad adottare processi di “*trial and error*” che richiedono una grande agilità organizzativa.

5.2 Il sistema dei controlli interni come leva di flessibilità

L'impalcatura di tale regola chiave all'interno delle strutture sanitarie è già costruita: il sistema di *budget*, il controllo strategico, il controllo di gestione e la valutazione della dirigenza, ove applicati secondo una logica “aziendale-sanitaria” appaiono funzionali sia per la promozione della flessibilità organizzativa, sia per un reale governo clinico ed economico.

Per quanto premesso, infatti, l'attuale sistema dei controlli interni aziendali, ridefiniti nella loro complessità e doverosa applicabilità per l'intera Pubblica Amministrazione dal D.Lgs 286/99, potrebbe rappresentare una leva strategica in possesso delle istituzioni per governare la complessità dei sistemi nella direzione di un'organizzazione “flessibile”.

In tal senso, i CC.CC.NN.LL. per la dirigenza del SSN, stipulati sul finire del 2005, hanno rafforzato le logiche di integrazione tra Controllo di Gestione, Valutazione e Controllo Strategico, Sistema di Budget e Valutazione della Dirigenza, innescando un impulso unificatore del procedimento valutativo^{xxxi} dei risultati con quello professionale, che ha il pregio di non lasciare più “solo” il *top manager* nel suo vincolo al *principio della responsabilità dei risultati* (politici, gestionali e professionali), e fornendo strumenti di responsabilizzazione “a cascata” sull'intero organigramma aziendale.

L'analisi dell'influenza della normativa nazionale in tema di valutazione della performance si presenta molto interessante soprattutto per quanto attiene le recenti disposizioni in tema di produttività, efficienza e trasparenza delle amministrazioni pubbliche, anche se, occorre sottolineare, l'adozione di sistemi basati sulla valutazione delle performance raggiunte non può essere considerata come la panacea in grado di risolvere le problematiche che hanno sempre

caratterizzato il pubblico impiego; infatti, la semplice applicazione di normative, pur se molto innovative, non può contribuire all'introduzione del cambiamento, ma occorre, soprattutto, modificare la cultura delle organizzazioni pubbliche, in modo che, per ciò che attiene la politica del personale, diventino delle organizzazioni orientate all'apprendimento in grado di favorire la motivazione e la soddisfazione delle risorse umane.

5.3 La normativa nazionale in tema di valutazione della *performance*: la valutazione del personale.

Volendo procedere all'analisi cronologica della legislazione nazionale collegata alla valutazione delle performance, un primo punto da approfondire è la normativa in tema di valutazione del personale emanata nel corso degli anni attraverso i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro in sanità. Il D.lgs 517/99, "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università", sancisce all'art. 5, comma 13 che gli incarichi di natura professionale e quelli di direzione di struttura semplice o complessa nonché quella di direzione dei programmi, attribuiti a professori o ricercatori universitari, sono soggetti alle valutazioni e verifiche previste dalle norme vigenti per il personale del servizio sanitario nazionale, secondo le modalità indicate da apposito collegio tecnico. I contratti che, in particolare, occorre maggiormente tenere in conto sono i CC.CC.NN.LL. 2002-2005 e 2006-2009 per la dirigenza medico- veterinaria e per la dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

Le indicazioni contenute nei contratti collettivi disciplinano, tra gli altri, i diversi aspetti della valutazione del personale, poiché uno degli aspetti critici nella gestione delle risorse umane è la definizione di un efficace sistema di retribuzione e di incentivazione delle prestazioni rese dai lavoratori; l'incentivazione, in particolare, assume un ruolo di primaria importanza per favorire, nell'ottica degli obiettivi definiti, la promozione dei comportamenti attesi e il contrasto di quelli anomali.

Il processo di cambiamento che ha investito il settore sanitario negli ultimi venti anni ha posto in piena luce l'esigenza di sviluppare sistemi di valutazione ed incentivazione del personale coerenti

con i sistemi di gestione del personale, che favoriscano la promozione delle professionalità in dotazione dell'azienda sanitaria ed il raggiungimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza definiti. Ciò ha dato luogo ad un costante interesse per le metodologie sviluppate per la valutazione, gestione e promozione delle risorse umane, in contraddizione con le politiche di gestione del personale che hanno sempre connotato il settore pubblico in genere.

L'esigenza di sviluppare efficaci ed efficienti sistemi di valutazione delle amministrazioni pubbliche pone in evidenza la criticità della metodologia di valutazione adottata; infatti, se tale metodologia assume un ruolo articolato di incentivazione, valorizzazione e promozione della crescita professionale delle risorse umane la sua progettazione non può prescindere da un'accurata analisi della realtà in cui si va ad inserire e delle finalità che si vogliono raggiungere, anche se gli ultimi studi sviluppati in tale contesto pongono l'attenzione piuttosto che sugli strumenti di valutazione adottati sui processi cognitivi sviluppati dai soggetti che realizzano la valutazione.

L'adozione di un efficace sistema di valutazione, tuttavia, non è legato solamente all'esistenza, o meno, di distorsioni legate a meccanismi cognitivi, ma anche a problematiche proprie del settore pubblico, connesse soprattutto alla mancanza di una cultura della valutazione e della sua utilizzazione in una logica di gestione manageriale. La valutazione dei dipendenti pubblici, in generale, e nel settore sanitario, in particolare, è stata vista per molto tempo come un mero adempimento di natura contrattuale, cui si ottemperava senza prendere in considerazione gli effetti che tale valutazione poteva assumere ai fini dello sviluppo di processi di miglioramento organizzativi da implementare nel breve termine, ma soprattutto in coerenza con gli obiettivi strategici che l'amministrazione pubblica si proponeva di perseguire. I sistemi di valutazione del personale, infatti, oltre al fine loro peculiare di distribuire gli incentivi previsti per il personale, possono assumere la valenza di leve da utilizzare per assicurare nel tempo l'adozione dei comportamenti organizzativi voluti, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi dell'azienda sanitaria. Un utilizzo della valutazione del personale secondo un'ottica strategica, inoltre, può

consentire la riqualificazione del personale in dotazione, favorendo lo sviluppo delle professionalità necessarie a scapito di quelle meno utili per le finalità perseguite.

Naturalmente, l'avvio dei processi di cambiamento precedentemente indicati non sono affatto in grado di garantire che l'implementazione del sistema di valutazione sia efficace, ossia consenta di soddisfare le esigenze innovative precedentemente indicate; infatti, la realizzazione pratica di qualsiasi cambiamento in quelle che sono le prassi consolidate si scontra spesso, e questo è particolarmente valido nelle amministrazioni pubbliche che per lungo tempo hanno operato in una sorta di cristallizzazione organizzativa, con le resistenze sviluppate dalle organizzazioni, le quali o perché temono semplicemente ogni minimo cambiamento introdotto o perché hanno difficoltà ad adottare nuove procedure e/o nuove filosofie organizzative oppongono degli ostacoli. In tal senso, gli obiettivi assegnati ai dirigenti nel Patto Valutativo possono essere considerati non più dei parametri anarchici o discrezionali, fini a se stessi, bensì dei contenitori di energia da orientare nella direzione del cambiamento e della virtù gestionale e professionale.

5.4 La normativa nazionale in tema di valutazione della performance: il D.Lgs n. 150/2009.

Il D.Lgs n. 150 del 27 ottobre 2009, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", ha introdotto significative innovazioni in tema di valutazione della performance; tale normativa, nel particolare, si pone lo scopo di "avviare una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, intervenendo in particolare in materia di contrattazione collettiva, di valutazione delle strutture e del personale delle amministrazioni pubbliche, di valorizzazione del merito, di promozione delle pari opportunità, di dirigenza pubblica e di responsabilità disciplinare" (art. 3, comma 3).

Il carattere innovativo di tale normativa risiede soprattutto negli strumenti previsti ai fini della valutazione della performance organizzativa ed individuale, che costituiscono un vero e proprio percorso che viene tracciato affinché l'amministrazione pubblica implementi in modo efficace il

monitoraggio ed il miglioramento delle proprie performance e ciò non può che costituire uno stimolo per le amministrazioni, oltre che una sfida per le realtà che non hanno ancora pienamente implementato i processi di aziendalizzazione, come le strutture sanitarie del meridione. A tale riguardo, gli strumenti suddetti sono di seguito indicati:

- *Ciclo di gestione della performance*, che costituisce una previsione delle caratteristiche dei principali strumenti di programmazione e valutazione dell'amministrazione.
- *Sistema di misurazione e valutazione della performance*, che pone come obiettivo la valutazione della performance organizzativa ed individuale dell'amministrazione.
- *Piano della performance*, che si sostanzia in una programmazione triennale degli obiettivi strategici dell'amministrazione.
- *Relazione sulla performance*, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti.

5.5 La normativa nazionale in tema di valutazione della performance: la Delibera n. 89/2010.

La delibera n. 89/2010, "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance (articoli 13, comma 6, lett. d) e 30, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)", introduce il concetto di misurazione della performance a livello organizzativo suggerendo l'adozione di appositi strumenti tra cui:

- la *Balanced Scorecard*, strumento coerente di misurazione e controllo strategico caratterizzato da un forte legame sia tra risultati, processi e risorse, nonché tra obiettivi, indicatori ed azioni.
- Il *Performance Prism*, anch'esso è uno strumento di misurazione strategica la cui prospettiva è incentrata sugli *stakeholder*.

- Il *Common Assessment Framework*, è ispirato ai sistemi di qualità (EFQM, *European Foundation for Quality Management*), si fonda sull'autovalutazione e utilizza una larga gamma di indicatori.

5.6 Il sistema dei controlli e il governo clinico: istruzioni per l'uso

Il sistema dei controlli interni, così interpretato, svolge un ruolo fondamentale di integrazione organizzativa e di motivazione degli operatori in tutte le realtà aziendali nelle quali assume rilevanza critica la gestione delle relazioni tra i livelli gerarchici superiori, cui fanno capo le prerogative di guida e di controllo della gestione, e le unità operative inferiori, caratterizzate da un significativo grado di autonomia e tuttavia legate tra loro tra sostanziali relazioni tecnico-funzionali.

Il *budget* e la valutazione delle *performances* sono strumento di governo clinico, nel momento in cui governare significa rivedere l'organizzazione interna ed attivare quel percorso di progettazione sopra descritto, in quanto garantisce un coordinamento basato più sulle autonomie professionali che sulla gerarchia formale.

Una visione integrata di strategia e struttura può rappresentare un valore aggiunto per gli utenti, sia in termini di qualità, garantendo la migliore accessibilità al servizio, che in termini di economicità, intesa come capacità di risposta ai bisogni della popolazione in condizioni di efficienza ed efficacia.

Capitolo VI

L'Appropriatezza: strumento di Governo Clinico e *driver* di gestione

Si aprono due scenari in cui questa appropriatezza non si dà: uno scenario per difetto e uno scenario per eccesso.[....]. La therapeia appropriata dovrà essere la mesotes tra l'eccesso e il difetto di therapeia. Ma questa – ci spiega sempre Aristotele – non è una via di mezzo aritmetica tra eccesso e difetto: essa si trova considerando sia il soggetto che agisce sia la situazione in cui il soggetto si trova ad agire; quindi il comportamento eccellente viene a scandirsi come: il giusto mezzo per me in quella determinata situazione. Tornando al nostro tema: non si dà, dunque, un'appropriatezza della cura data in maniera univoca una volta per tutte e valida sempre, ma l'appropriatezza della cura è il frutto di un equilibrio dinamico che considera i soggetti che operano e la situazione in cui si trovano ad operare.

La mesotes nella therapeia, di Gilberto Scaramuzzo

Parlare di appropriatezza in un lavoro con dichiarata vocazione di ricerca può sembrare superfluo e anacronistico, trattandosi di un principio “vecchio”⁵ quasi quanto quelli che hanno ispirato la nascita del SSN (efficacia, efficienza, equità, economicità) e che, in qualche modo, li sintetizza matematicamente.

Lo stesso termine - letteralmente “l'esser proprio”⁶ - rimandando ad un giudizio di pertinenza, di congruità, di corrispondenza, può essere poco convincente se utilizzato come tendenza o prospettiva di sviluppo, di innovazione e di proazione.

Eppure, se ancora oggi l'appropriatezza non passa di moda (probabilmente già questo basta per non definirla una moda) ma, anzi, dilata il proprio ambito di azione finendo col diventare garanzia,

⁵ L'appropriatezza è il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria: dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 al PSN 2003-2005, attraverso il DL 229/99 e la normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) fino ai documenti di programmazione e normativi dei giorni nostri (vedi anche nota 2).

⁶ deriva dal latino “ad proprium”, ed è composto dalla radice “proprius” “proprio”, “personale”, e dalla radice “ad” “verso”, nell'insieme indicanti ciò che è “reso a se”, “reso proprio”, “reso adatto a se”, “reso specifico”. Già nella logica aristotelica era usato come uno dei cinque predicabili, e precisamente come un carattere, che appartiene ad una sola specie ma d'altra parte a tutti gli individui che ne fanno parte. Il termine appropriatezza, “l'esser proprio”, indica pertanto il possesso di uno o più caratteri, o proprietà, corrispondenti ai caratteri, o proprietà, che connotano una classe, vale a dire un raggruppamento di entità, e differenziano la classe, e tutte le entità che la compongono, dalle altre classi ed entità. Il giudizio di Appropriatezza esprime, conseguentemente, il risultato del processo valutativo di corrispondenza dei caratteri, o proprietà, di un'entità con le proprietà o caratteristiche predefinite caratterizzanti, e distinguenti dalle altre, una classe, e quindi l'appartenenza o no ad una specifica classe.

oltre che dell'**essenzialità**⁷ di un servizio/prestazione, della stessa qualità dei sistemi di cura, e se ancora oggi il giudizio di appropriatezza di un comportamento clinico o organizzativo tiene legati gli interessi di attori diversi e di diversi ruoli sociali⁸, e se, infine, nell'era del disavanzo e del rientro dal disavanzo, si invoca l'appropriatezza come paradigma di legittimità delle scelte manageriali, è segno che i campi della ricerca organizzativa e dell'innovazione gestionale hanno ancora molto da sperimentare in materia.

In questo capitolo, all'appropriatezza viene attribuito un ambito di intervento specifico e cruciale non solo perché essa è, tra gli elementi della *Clinical Governance*, quello più invocato dai mandati legislativi ed istituzionali (è del 25 novembre 2011 la dichiarazione del neo ministro della Salute, Renato Balduzzi “Facciamo i conti con il tema dei costi, ma il tema dei costi non può essere abbinato solo alla logica della riduzione e dei tagli. Bisogna riuscire a trovare parole nuove, e *la parola nuova può essere <appropriatezza>*”) ma anche e soprattutto per la convinzione che nessuno strumento manageriale possa essere altrettanto multidimensionale, integrante, interdisciplinare e meta-disciplinare (se condiviso) né tanto coerente rispetto alla complessità dell'approccio sistemico alla qualità dell'assistenza quanto l'appropriatezza.

6.1 Appropriatezza come paradigma di giudizio degli interventi sanitari

L'appropriatezza esprime la caratteristica di un servizio/prestazione che permette di definirlo **adatto, pertinente, coerente e conveniente** per lo scopo per cui è erogato, alla persona che ne ha bisogno⁹.

⁷ La stessa normativa sui LEA riconosce proprio nell'appropriatezza la *chiave* per definire l'*essenzialità* ed il *finanziamento* di servizi e prestazioni sanitarie (GIMBE, Giornale Italiano Medicina Basata sull'Evidenza; Adattato da: Cartabellotta A. L'appropriatezza nel mirino. Sanità & Management 2003). La conferma definitiva arriva con il PSN 2003-2005 dove si afferma che: “Le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali, se non sono appropriate”.

⁸ dei cittadini, in quanto utilizzatori dei servizi; dei professionisti, in quanto prescrittori ed erogatori delle prestazioni, e responsabili dei micro processi organizzativi a ciò finalizzati; dei manager, in quanto responsabili dei macro processi organizzativi delle strutture produttive delle prestazioni assistenziali; degli amministratori della cosa pubblica, in quanto responsabili del finanziamento e dell'indirizzo generale del sistema sanitario. (Trianni, 2002)

⁹ Glossario dell'appropriatezza dell'Osservatorio Regionale sull'Appropriatezza della Regione Lazio (I edizione), 2002

Tale definizione può riferirsi sia al tipo specifico di prestazione erogata (in questo senso, indica in che misura un particolare intervento - preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo – è, al tempo stesso, efficace e indicato per la persona cui viene destinato: si parla, per tali aspetti, di **appropriatezza clinica o specifica**) sia alle modalità organizzative con le quali si sceglie di erogare una data prestazione (in questo caso, indica in che modo una prestazione - appropriata da un punto di vista clinico - viene fornita e a quale livello, ad esempio in ricovero ordinario, in *Day Hospital* o come intervento ambulatoriale; a tali aspetti ci si riferisce come **appropriatezza organizzativa o generica**).

Nell'ambito dell'appropriatezza clinica, l'**appropriatezza prescrittiva** fa specifico riferimento alla correttezza di una prescrizione diagnostico/terapeutica sotto il profilo scientifico (prescrizione di un'indagine, di un farmaco, di un intervento invasivo ecc), e rimanda all'efficacia attesa da quella prescrizione sulla base delle *evidenze* scientifiche dimostrate rispetto alle specifiche caratteristiche del soggetto destinatario, nonché sotto il profilo deontologico e formale, nel pieno rispetto della normativa vigente.

Una buona prescrizione deve, cioè, tendere alla *massimizzazione dell'efficacia, alla minimizzazione del rischio, alla minimizzazione del costo, nel rispetto delle scelte del paziente*.

Nell'ambito dell'**appropriatezza organizzativa**, è possibile definire inappropriato un dato *setting* assistenziale assistenziale (ad esempio il ricovero) se, per l'erogazione della prestazione dovuta, esiste un regime alternativo che permette un identico beneficio per il paziente ed un minore impiego di risorse.

Queste definizioni evocano degli intuitivi limiti all'utilizzo dell'appropriatezza a fini valutativi¹⁰, che il Giornale Italiano della Medicina Basata sull'Evidenza (GIMBE) riassume in:

¹⁰ Adattato da: Cartabellotta A. L'appropriatezza nel mirino. Sanità & Management 2003

- *robuste prove di efficacia sono disponibili solo per una parte degli interventi sanitari erogati, con un netto sbilanciamento verso i trattamenti (vs le tecnologie diagnostiche), e soprattutto per l'imperare di prove a supporto di farmaci, rispetto agli interventi preventivi ed assistenziali;*
- *il profilo beneficio-rischio degli interventi sanitari viene generalmente sovrastimato:*
 - *dalle evidenze disponibili (evidence-based medicine) per la sistematica tendenza, sia a non pubblicare gli studi negativi, sia a minimizzare gli effetti sfavorevoli degli interventi sanitari riportandoli in maniera insufficiente ed incompleta;*
 - *dalla percezione professionale, non raramente distorta da conflitti d'interesse;*
 - *dai criteri, spesso a maglie troppo larghe, per autorizzare il marketing di tutte le tecnologie sanitarie (inclusi i farmaci inclusi).*
 - *dalle spinte di mercato che, attraverso i media, influenzano la domanda di servizi e prestazioni sanitarie da parte degli utenti.*
- *l'efficacia, la costo-efficacia e l'efficienza delle modalità organizzative dell'assistenza, hanno a supporto prove di efficacia limitate e difficilmente trasferibili tra i vari contesti.*

Tutto ciò fa sì che l'appropriatezza degli innumerevoli interventi, servizi e prestazioni sanitarie che congestionano il mercato della salute, si articola attraverso una scala di grigi nella quale non è possibile tracciare nette delimitazioni (figura 5)



Figura 5 Sfumature di grigi nell'utilizzo dell'appropriatezza ai fini della valutazione delle scelte in sanità

6.2 Appropriatezza nel sistema di cura italiano: innovazione o dejavù¹¹?

Il concetto di “Appropriatezza” è stato introdotto nel contesto normativo italiano a seguito della Raccomandazione n° 17/1997 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri, “sullo sviluppo e l'attivazione dei sistemi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria”, in cui l'appropriatezza delle cure viene indicata come una delle componenti fondamentali; infatti, la Legge 449/1997, immediatamente successiva, inserisce l'appropriatezza fra i profili da considerare nell'ambito del monitoraggio dell'attività ospedaliera.

Successivamente, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 introduce la distinzione fra “Appropriatezza clinica” e “Appropriatezza organizzativa”: riferendo la prima all'erogazione di cure mediche ed interventi di comprovata efficacia in contesti caratterizzati da un profilo

¹¹ Il titolo si ispira ad un articolo di R. Grilli “Governo Clinico: innovazione o dejavù?”

beneficio-rischio favorevole per il paziente, la seconda concerne alla scelta delle modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza ed il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse.

Il successivo Decreto Legislativo 229/99 richiama la promozione ed il controllo dell'Appropriatezza in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria, mentre il DPCM 29/11/2001, nel definire i Livelli essenziali di assistenza (LEA) fornisce le prime indicazioni operative per la valutazione dell'inappropriatezza in ambito ospedaliero, indicando come “(...) inappropriati i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in *day hospital* che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso *setting* assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.”, ponendo quindi l'accento sull'aspetto organizzativo; nello stesso anno, il dm 12/12/2001 istituisce il “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”, basato su un set di indicatori “... finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza ...”.

Il d.m. 25/02/2004 istituisce la “Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza”: fra i criteri adottati la valutazione delle evidenze di efficacia clinica riveste un ruolo centrale; i lavori della commissione hanno portato alla stesura di una proposta di aggiornamento del DPCM LEA, al momento in fase di valutazione presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, recante una serie di indicazioni in materia di appropriatezza organizzativa in ambito ospedaliero e specialistico.

Parallelamente, l'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005 istituisce il “Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione”, che si concentra maggiormente sugli aspetti di appropriatezza organizzativa ed efficienza dell'impiego delle risorse del SSN.

Nell'ambito del "Progetto Mattoni SSN", il mattone "Misura dell'Appropriatezza" ha ampliato ed approfondito molteplici aspetti teorici e operativi, fra cui le modalità di misurazione ed incentivazione dell'appropriatezza ospedaliera, delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche.

In particolare, la misura dell'appropriatezza può essere effettuata in base a criteri prestabiliti esogenamente, oppure secondo un approccio di tipo *benchmarking*; inoltre, è possibile effettuare le valutazioni desumendo i dati dalle cartelle cliniche di un campione di ricoveri, oppure utilizzando flussi informativi di natura amministrativa-routine, che consentono l'analisi dell'insieme dei ricoveri erogati in un dato ambito; per quanto concerne l'incentivazione dell'appropriatezza organizzativa, un possibile approccio prevede l'applicazione di soglie per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata, o l'introduzione di misure volte a regolamentare l'attività di ricovero ospedaliero, oppure l'impiego di sistemi di controllo analitici effettuati "ex-post", come ad esempio le metodologie PRUO, APPRO o MAAP.

Il recente D.M. 10/12/2009 in materia di controlli sulle cartelle cliniche specifica i criteri per l'individuazione delle prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriata, fra cui l'elevata variabilità e l'elevato impatto economico del volume di erogazione, e fissa la percentuale minima di cartelle cliniche che devono obbligatoriamente essere controllate a tale scopo.

Per quando concerne più specificamente gli aspetti di appropriatezza clinica occorre menzionare il "Sistema Nazionale Linee Guida", istituito con d.m. 30/06/2004, finalizzato in particolare alla elaborazione e diffusione di linee guida per l'ottimizzazione delle cure e della loro appropriatezza, e la serie di pubblicazioni dei "Quaderni del Ministero della Salute", nati con lo specifico scopo di "(...) uniformare e fissare, nel tempo e nella memoria, i criteri di appropriatezza del nostro Sistema salute", attraverso la trattazione, con taglio monografico, di tematiche, campi e competenze ove sia da ricercare e conseguire la definizione di standard comuni di lavoro.

Già il Piano sanitario nazionale 2006-2008 aveva posto l'accento sulla necessità di perseguire l'Equità e la Qualità dell'Assistenza sanitaria per mezzo della promozione dell'Appropriatezza, prediligendo le prestazioni innovative di provata efficienza clinica ed economicità, e definendo le condizioni di erogabilità di quelle prestazioni caratterizzate da eccessiva variabilità e frequente in appropriatezza prescrittiva.

Infine, Il Patto per la Salute 2010-2012, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'Assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, introduce un ampio set di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa (oggetto della presente pubblicazione), aggiornando inoltre la lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario.

6.3 L'Appropriatezza organizzativa come “frontiera” del sistema di *welfare*

La logica del sistema di remunerazione prospettico, in vigore in Italia dal 1995, oltre a promuovere l'efficienza operativa e l'equità distributiva, genera incentivi tali da determinare, in assenza di un efficace sistema di controlli, l'aumento dei ricoveri non necessari e il trasferimento di prestazioni verso i livelli assistenziali più intensivi e remunerativi.

Focalizzando l'attenzione sull'inappropriatezza organizzativa, si può sintetizzare l'oggetto di attenzione di questo paragrafo definendo inappropriati i ricoveri ospedalieri effettuati per problemi clinici che si potrebbero affrontare, con pari efficacia, minor rischio di iatrogenesi e maggiore economicità nell'impiego delle risorse, ad un livello di assistenza meno intensivo.

Il ritmo di avanzamento e di crescita del settore sanitario, che rende progressivamente disponibili nuove tecnologie, insieme allo sviluppo della pratica medica e del *management* ospedaliero, rendono attuabile il trasferimento in regime diurno di molte prestazioni, in particolare gli interventi chirurgici di elezione in *Day Surgery* e l'assistenza medica in *Day*

Hospital come auspicato fin dal 2001 dal DPCM del 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”.

Quest’ultimo, in particolare, aveva proceduto ad identificare 43 DRG con un “profilo organizzativo potenzialmente inappropriato [...] se erogati in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, [avrebbe dovuto] essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l’individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali” (figura 6).

La necessità e il concetto di valore soglia sono dettati da motivazioni di natura tecnico-professionale ed organizzativa: la trasferibilità della casistica trattata in regime ordinario verso forme di assistenza meno intensive e dispendiose è, infatti, influenzata da aspetti clinici (severità, compresenza di altre malattie, livello di autosufficienza) e da aspetti socio-demografici (condizione familiare e supporto di *caregivers*, età avanzata, livello di istruzione); questi fattori sono in grado di condizionare l’adesione ai trattamenti, l’efficacia dell’assistenza, l’assorbimento di risorse assistenziali, la durata delle degenza e, in ultima analisi, il ricorso a modalità assistenziali più intensive.

Allegato 2C

Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione:

Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

Si riporta di seguito un elenco di DRG "ad alto rischio di inappropriata" se erogate in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali.

ELENCO DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

006	Decompressione tunnel carpale
019	Malattie dei nervi cranici e periferici
025	Convulsioni e cefalea
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	Interventi extraoculari eccetto orbita età >17
041	Interventi extraoculari eccetto orbita età 0-17
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
065	Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)
119	Legatura e stripping di vene
131	Malattie vascolari periferiche no CC (eccetto urgenze)
133	Aterosclerosi no CC (eccetto urgenze)
134	Ipertensione (eccetto urgenze)
142	Sincope e collasso (eccetto urgenze)
158	Interventi su ano e stoma
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 senza CC (eccetto ricoveri 0-1 g.)
162	Interventi per ernia, inguinale e femorale, età >17 no CC (eccetto ricoveri 0-1 g.)
163	Interventi per ernia età 0-17 (eccetto ricoveri 0-1 g.)
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 no CC
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 (eccetto urgenze)
187	Estrazione e riparazione dentaria
208	Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)
222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)
232	Artroscopia
243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
262	Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)
267	Interventi perianali e pilonidali
270	Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC
276	Patologie non maligne della mammella
281	Traumi pelle, sottocute e mammella età >17 no CC (eccetto urgenze)
282	Traumi pelle, sottocute e mammella età 0-17 (eccetto urgenze)
283	Malattie minori della pelle con CC
284	Malattie minori della pelle no CC
294	Diabete età >35 (eccetto urgenze)
301	Malattie endocrine no CC

Figura 6 - Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"

324	Calcolosi urinaria no CC (eccetto urgenze)
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 no CC (eccetto urgenze)
364	Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno
395	Anomalie dei globuli rossi età >17 (eccetto urgenze)
426	Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)
429	Disturbi organici e ritardo mentale
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)

Figura 7 - Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" (continua da precedente)

Il processo di trasferimento, molto avanzato in altri Paesi dell'Unione Europea, viene rallentato in Italia da ritardi organizzativi, difficoltà a gestire il cambiamento e, talora, comportamenti opportunistici¹².

Il *gap* si è fatto via via più profondo con l'individuazione di un numero sempre maggiore di procedure trasferibili al ricovero diurno (con il Patto per la Salute 2010-12 l'elenco dei DRG a rischio di inappropriately è salito a 108) e con l'individuazione di elenchi sempre più stringenti di procedure da trasferire dal ricovero diurno al livello di erogazione ambulatoriale.

E' fuor di dubbio che il richiamo al recupero di appropriatezza fonda il suo obiettivo nella sostenibilità del sistema di cure in quanto, nella prospettiva istituzionale, assicura un livello di qualità, efficacia e sicurezza assistenziale (presupposte dalla valutazione di appropriatezza) riducendo i costi dell'assistenza.

6.4 L'appropriatezza tra difficoltà semplificante e *driver* di gestione

Abbandonando la mera prospettiva regolatoria e normativa su cui, fin ora, si è indugiato, l'appropriatezza può essere guardata come uno strumento unico, multidimensionale, integrato e integrante, fortemente interdisciplinare e meta-disciplinare (se condiviso), tanto coerente rispetto

¹² LA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI IN ITALIA CON IL METODO APPRO CALCOLO DELLE SOGLIE DI AMMISSIBILITÀ PER I 43 DRG DEL D.P.C.M. "LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA" E STIMA DELLE QUOTE DI RICOVERI INAPPROPRIATI – Roma, 2002

alla complessità dell'approccio sistemico alla qualità dell'assistenza quanto risolutivo, se ben utilizzato, delle problematiche gestionali.

Se in un'ottica semantica, essa rappresenta “la componente della qualità dell'assistenza che fa riferimento a validità tecnico-scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanza e luogo, stato corrente delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie”^{xxxii}, dal punto di vista organizzativo l'appropriatezza si presenta come la “*difficoltà semplificante*” nella tensione tra governo clinico e vincoli di economicità, capace, cioè, scegliendo un approccio positivo e proattivo, di ricercare la massima certezza e il massimo potenziale di accordo tra professioni, tecnologie ed organizzazione.

Partendo, infatti, dagli assiomi metodologici secondo cui l'appropriatezza:

- professionalmente, è **prodotto di scienza e coscienza**;
- per definizione, è **meno dispendiosa dell'inappropriatezza**;
- metodologicamente, è sancita dall'**incontrovertibilità statistica**;

finisce con l'identificare il riconoscimento formale di qualificazione dell'assistenza, garanzia di semplificazione operativa e raggiungimento dell'*outcome* clinico.

SEZIONE II

PRESUPPOSTI E SVILUPPO DELLA RICERCA: LA PIATTAFORMA SPERIMENTALE

Premesse e contenuti per un modello di riferimento

Nella sezione compilativa del presente lavoro, si è fatto riferimento ai due mondi paralleli che paiono coesistere in un contesto aziendale sanitario e, più in generale, nell'organizzazione dei sistemi di cura: il mondo degli amministratori (detentori della proprietà/*manager*) e il mondo dei professionisti (clinici/medici).

La visione macroscopica di tale dualismo ha portato ad individuare, nelle diverse declinazioni interpretative proposte precedentemente, due principali linee di autorità interne all'organizzazione sanitaria, i *manager* e i medici, appunto, dotati di orizzonti speculativi, competenze, interessi, obiettivi e vincoli apparentemente diversi tra loro.

Nella sezione sperimentale, si propone un metodo di approccio all'organizzazione che possa essere funzionale alla composizione di tale dualismo.

Tale metodo è stato formulato e sperimentato in un'Azienda Ospedaliera Universitaria, l'A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno, e si basa su presupposti organizzativi e su vincoli ambientali di riferimento specifici della realtà di gestazione.

Tuttavia, esso pone, secondo un approccio di ricerca, le premesse per l'individuazione di un modello di riferimento astraibile in categorie meta-contesuali, in virtù di una formulazione "paradigmatica" prima ancora che applicativa.

In quanto tale, dunque, il modello rappresentato può teoricamente ritenersi estensibile a numerose realtà sanitarie ospedaliere, con le dovute articolazioni locali.

Tale modello persegue l'obiettivo di avvicinare e raccordare tra loro le linee di autorità aziendali, allineando le logiche di governo dei comportamenti clinici a quelle di vincolo del bilancio e presenta come virtù quella di permettere a ciascuno dei due "mondi" di allargare il proprio orizzonte di osservazione e di rimodulare i propri paradigmi di azione.

Il *focus* è posto sugli obiettivi di efficienza dell'organizzazione aziendale, in special modo ospedaliera, e sul perseguimento degli *standard* di comportamento clinico-organizzativo-gestionali fissati dalle politiche di rientro dal disavanzo delle amministrazioni aziendali sanitarie.

Framework di contesto: disavanzo e rientro dal disavanzo

Il contesto *macro* di riferimento per l'analisi e la progettazione operativa dell'intervento sperimentale è rappresentato dalla Regione Campania.

Si riportano, come elementi di analisi *desk*, i dati quali-quantitativi utilizzati per le valutazioni di appropriatezza ed efficienza del sistema salute regionale.

Scenari macro di *governance* di sistema

Lo scenario attuale della sanità italiana offre a considerare una profonda diversificazione ed eterogeneità tra regione e regione nel quadro dell'offerta sanitaria e degli assetti economico-finanziari ad essa correlati, in conseguenza di modelli istituzionali e di *governance* profondamente differenti adottati da ciascun servizio sanitario regionale.

Rimane forte e, nel caso di alcune regioni aumenta, il divario quali-quantitativo nell'offerta e nella qualità dei servizi. Nella prospettiva dell'abbandono definitivo del sistema della perequazione (originariamente fissato al 2013 dal D.Lgs 56/00), queste differenze si fanno sentire sulle economie delle singole regioni. Il federalismo fiscale, infatti, ha sancito la piena responsabilità delle regioni rispetto all'utilizzo delle risorse e ai risultati di gestione.

Tale vincolo impone di proseguire nell'adozione di misure di razionalizzazione del SSR in maniera tale da rendere congrue le risorse finalizzate all'erogazione di prestazioni, efficaci ed efficienti ai bisogni di salute dei cittadini campani.

Nel caso del sistema sanitario campano, nonostante le valide iniziative intraprese dal governo regionale, i risultati attesi non sono pienamente soddisfacenti sul piano finanziario né, per molti versi, sul fronte della qualità assistenziale e della soddisfazione dei bisogni di salute e di fiducia dell'utenza.

Il quadro di riferimento epidemiologico regionale

L'assetto demografico nazionale, che condiziona in maniera determinante i bisogni di salute e di cure, è stato solo debolmente influenzato negli ultimi decenni dal contributo di "ringiovanimento" dell'afflusso immigratorio e dei nuovi nati. La popolazione italiana, infatti, continua a mostrare un progressivo invecchiamento (ogni cinque persone una ha più di 65 anni). Al contrario, la regione Campania continua a dare un contributo importante alla nazione in termini di natalità, tanto che viene classificata come la regione con la popolazione più giovane.

A fronte di una popolazione più giovane, questa Regione ha una speranza di vita alla nascita tra le più basse d'Italia per entrambi i sessi (77 anni per gli uomini contro i 78,4 medi nazionali; 82,4 per le donne contro gli 83,8 medi nazionali-dati 2007) come si può facilmente evincere dal grafico sottostante.

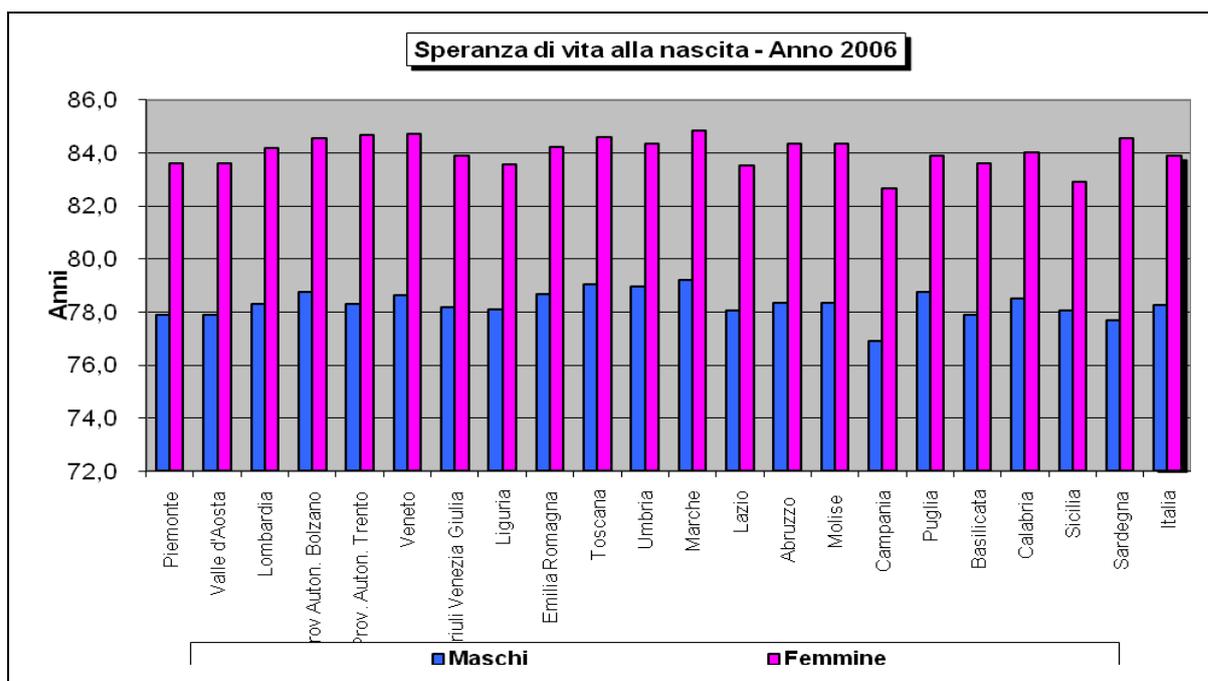


Figura 8 Speranza di vita alla nascita come indicatore indiretto di inefficacia del sistema salute - confronto regionale

Questo dato necessita di essere ulteriormente indagato e sicuramente vi contribuiscono fattori legati alle politiche economiche e alle condizioni complessive di benessere sociale. Tuttavia, non può essere taciuto il circolo vizioso per il quale un'incongrua o inappropriata gestione del benessere socio-sanitario collettivo (educazione sanitaria ai corretti stili di vita, buone pratiche di

prevenzione attiva, ecc) condiziona un minor livello di salute, il quale, di contro, finisce col gravare su un sistema di cure discontinuo e non sempre opportunamente governato.

Ne sono esempi, oltre la bassa speranza di vita alla nascita, di cui già si è detto, gli alti tassi di morbosità e mortalità per patologie prevenibili (l'analisi della mortalità per gruppo di cause negli uomini a livello regionale mostra la Campania tra le regioni con i più alti tassi di mortalità per malattie del sistema circolatorio: 49,37 per 10.000 abitanti; per le patologie dell'apparato respiratorio, a fronte di un aumento nazionale del tasso dell'11% circa, si sono verificati incrementi di oltre il 17% in Campania, il tasso di mortalità per diabete è il più alto a livello nazionale ecc) e i bassi livelli di attività di prevenzione primaria e secondaria (la Campania è tra le Regioni con maggiore percentuale di fumatori -26,9%, con prevalenza più alta di persone che risultano in sovrappeso -39,8%- e obese - 11,2%; tra le regioni in cui la copertura per le vaccinazioni obbligatorie e la pertosse non raggiunge l'obiettivo del 95% previsto dal Piano Nazionale Vaccini, ecc).

L'invecchiamento della popolazione campana, seppure non in linea con la media nazionale, pone in luce nuovi bisogni di salute, sempre più articolati e sempre più consapevoli da parte del cittadino. L'evoluzione tecnologica e le maggiori conquiste in ambito biomedico mettono a disposizione strumenti scientifici di contrasto alle patologie croniche ed acute che un tempo non erano curabili.

Le premesse di cui sopra impongono un orientamento del SSR verso prestazioni di sicura efficacia ed appropriatezza e che devono essere erogate in un contesto di economicità.

La prospettiva non può che essere quella della realizzazione di ospedali efficienti ed ad alta specializzazione che consentano la piena autosufficienza degli ambiti provinciali, così come delineati dalla L.R. 16/2008 (Piano Ospedaliero Regionale - POR 2006-09) organizzati secondo modelli di integrazione reticolare e di network dei servizi, come auspicato dalla L.R. 49/2010 (POR 2010-12).

Va necessariamente sottolineato che, al contrario, i servizi sanitari sono ancora prevalentemente orientati alla cura delle acuzie e la gestione delle cronicità sul territorio non appare del tutto coerente con le attuali evidenze scientifiche.

Presentazione dello scenario macro di contesto: i dati

Il dati di Finanziamento

Per quanto descritto nel quadro di riferimento, la quota capitaria destinata alla regione Campania per l'anno 2009 dalla Conferenza stato Regioni è sensibilmente più bassa delle altre regioni, ammontando a 1.635 EURO a fronte dei 1.702 EURO della media nazionale.

La Campania, cioè, pur recuperando nell'attuale programmazione un finanziamento di 3.163.345 euro, risulta penalizzata "costituzionalmente" dalla distribuzione del fondo, in una misura che oscilla dai 67 euro ai 15 euro per ciascun residente.

Il sistema della quota capitaria pesata sull'età, infatti, avvantaggia regioni con età media più elevata, trascurando e misconoscendo esigenze di pesatura sicuramente determinanti, quali il reddito pro-capite, la percentuale di disoccupazione ed altre condizioni di disagio che si vivono in Regione Campania.

Tale *gap* va ad essere ulteriormente dilatato dal costo che il sistema sanitario regionale sostiene per gli immigrati irregolari che in regione Campania ha un incidenza non trascurabile e che, tuttavia, non viene in nessun modo evidenziato né, dunque, finanziato.

La spesa sanitaria

Spesa sanitaria pubblica in rapporto al Prodotto Interno Lordo e spesa sanitaria pubblica pro capite

La Campania spende per l'assistenza sanitaria più del 10% del reddito prodotto internamente, pur detenendo il primato della più bassa spesa a livello nazionale in termini pro capite (1.500€ circa).

Spesa sanitaria per Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

L'incidenza del finanziamento per i LEA (corretta sulla base del saldo della mobilità) sulla spesa sanitaria corrente ammonta all'89,1%. La distribuzione di tale finanziamento appare, tuttavia, sbilanciata in eccesso verso l'Assistenza ospedaliera (49,5%) rispetto a quanto disposto in sede di pianificazione nazionale (l'ultimo Piano Sanitario prevede che al III livello dei LEA sia destinata una quota di spesa pari al 44%) mentre risulta bassa la quota destinata all'Assistenza Distrettuale (45,9% versus 51% previsto).

Scomposizione per voci di spesa

Scomponendo per voci di spesa, la Campania ha una composizione percentuale di spesa superiore alla media nazionale per quanto riguarda il costo delle risorse umane (la forbice è andata dilatandosi negli anni tra il 2003 e il 2007) e per il costo dei servizi finali acquistati (tra questi, la farmaceutica convenzionata offre a considerare la voce di costo più significativa, seguita dall'ospedaliera convenzionata e dalla specialistica convenzionata); al contrario sono inferiori ai valori medi nazionali i costi dei servizi finali prodotti.

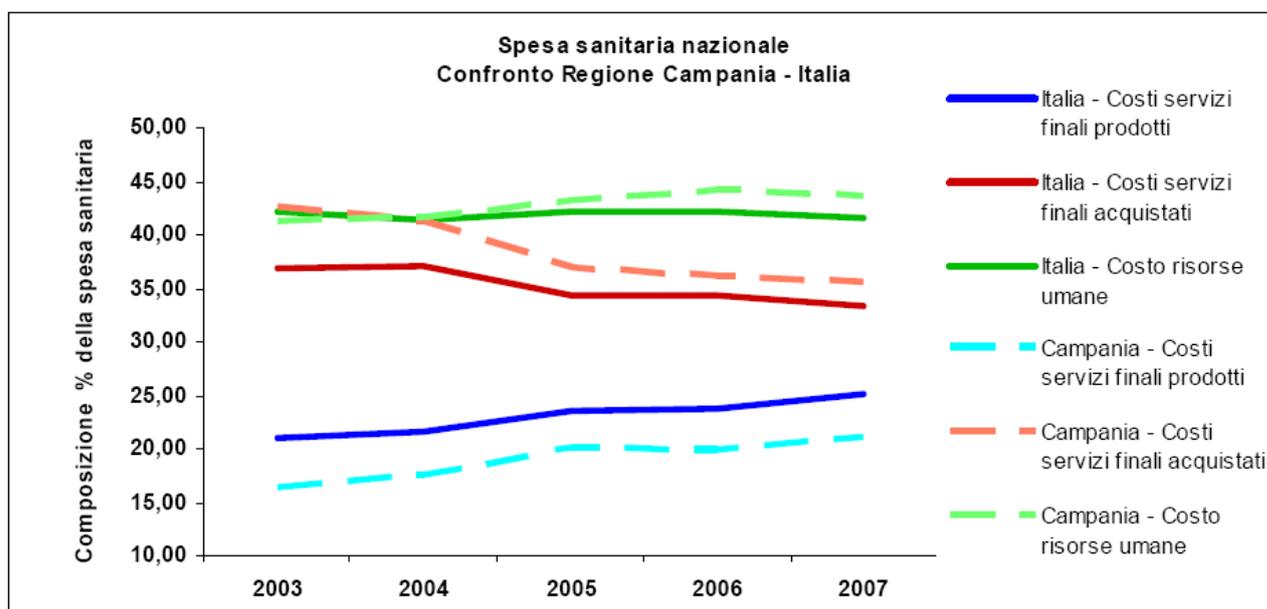


Figura 9 Dati di spesa sanitaria in Campania

Costo del personale

Entrando nel dettaglio delle singole funzioni di spesa e analizzando i delta nel corso degli anni 2005-08, il *costo del personale* (in assoluto la più alta voce di spesa sul totale con 3.158 milioni di euro nel 2008) ha fatto registrare incrementi superiori alla media nazionale nel 2005 sul 2004; dal 2006, al contrario, si è registrata una controtendenza (l'incremento campano è stato dell'1,7% contro il 5,2% nazionale nel confronto 2006 su 2005) divenuta particolarmente significativa nel confronto 2008 su 2007 (decremento dello 0,5% in Campania contro un incremento del 4% medio nazionale).

SPESA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA ACCREDITATA

Il 2006 è stato un anno decisivo di contenimento dal disavanzo anche per quanto riguarda la *spesa ospedaliera accreditata*: la Campania riduce la spesa del 10,4% rispetto al 2005 laddove si registra un incremento medio nazionale del 4,2%.

Tale tendenza si ripropone nel confronto 2008 su 2007, giustificata, tuttavia, da un comportamento non virtuoso del 2007 sul 2006 (incremento del 9,5% versus 2,4% nazionale).

Per la *specialistica convenzionata e accreditata*, gli incrementi della spesa campana appaiono più modesti rispetto al dato nazionale nel 2006 e nel 2008; in linea con la media nel 2007.

Spesa farmaceutica

Il comportamento della Campania nella *spesa farmaceutica convenzionata* pure individua nel 2006 (in confronto col 2005) l'anno di maggiore contenimento rispetto al dato nazionale; lo scarto si riduce fino ad invertirsi nel 2008 (la spesa si riduce dello 0,4% in Campania, del 2,9% in Italia).

Il valore complessivo per il 2008 per questa funzione di spesa è stato di 1.113,636 milioni di euro, che corrisponde ad un valore di spesa pro-capite lorda di 239,85 euro.

La media pro-capite lorda nazionale è di 213,53 euro; lo scarto tra spesa campana pro-capite e media nazionale ammonta, dunque, a 26,31 euro ovvero, moltiplicando per la popolazione campana (dati ISTAT 2008), si stima in circa **150 milioni di euro il valore economico che potrebbe essere recuperato e stornato su altri ambiti di interesse se la regione allineasse i propri valori di spesa a quelli nazionali**. Considerando i dati relativi ai primi sette mesi 2009, si

nota, oltretutto, che la spesa farmaceutica lorda (751 milioni di euro) è in incremento rispetto allo stesso periodo del 2008 (con un Delta 0,9%), a differenza di quanto avviene in altre regioni sottoposte a piano di rientro (-2,7% per la Sicilia, -0,7% per il Lazio).

Entrando nel dettaglio della voce di spesa (dati 2009), la Campania offre a considerare valori più alti della media nazionale sia per quanto riguarda il numero medio di ricette (6,86 vs 5,67) che il costo pro-capite lordo (144,67 € vs 129,16 €). In termini di programmazione, se il numero di ricette pro-capite in Campania fosse allineato al dato nazionale (circa 6 milioni di ricette in meno) **si avrebbe una riduzione di spesa pari a circa 130 milioni di euro.**

Come mostra il grafico, in regione Campania gli scostamenti rispetto al dato nazionale riguardano, inoltre, anche il numero e la quantità di DDD (Dose Giornaliera Definita)- fonte OsMed 2009.

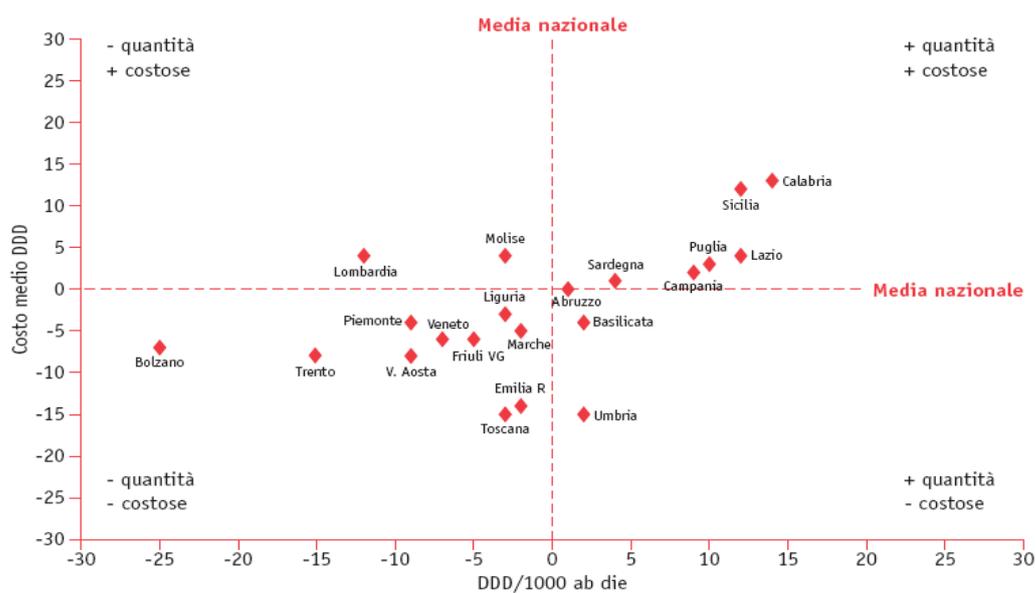


Figura 10 Grafico plot della spesa farmaceutica

Schema Scomposizione voci di spesa sanitaria

<i>Anni 2005 – 2008 (in milioni di euro)- Ministero della Salute</i>								
	2005		2006		2007		2008	
		*/- anno preced		*/- anno preced		*/- anno preced		*/- anno preced
<i>Personale</i>								
CAMPANIA	3.075,817	10,7%	3.128,011	1,7%	3.172,583	1,4%	3.158,038	-0,5%
ITALIA	31.758,597	7,6%	33.414,749	5,2%	33.814,089	1,2%	35.176,932	4,0%
<i>Medicina Generale convenzionata</i>								
CAMPANIA	651,532	8,9%	677,815	4,0%	657,111	-3,1%	631,720	-3,9%
ITALIA	5.690,965	13,5%	5.929,970	4,2%	6.007,697	1,3%	6.083,741	1,3%
<i>Farmaceutica convenzionata</i>								
CAMPANIA	1.234,400	-2,4%	1.216,981	-1,4%	1.118,258	-8,1%	1.113,636	-0,4%
ITALIA	11.894,408	-1,7%	12.382,413	4,1%	11.539,204	-6,8%	11.207,869	-2,9%
<i>Ospedaliera accreditata</i>								
CAMPANIA	735,049	-20,5%	658,736	-10,4%	721,083	9,5%	731,319	1,4%
ITALIA	8.146,924	-10,8%	8.486,834	4,2%	8.693,991	2,4%	8.948,741	2,9%
<i>Specialistica convenzionata e accreditata</i>								
CAMPANIA	544,832	9,4%	578,167	6,1%	614,971	6,4%	637,211	3,6%
ITALIA	3.230,567	4,4%	3.510,681	8,7%	3.730,446	6,3%	3.922,847	5,2%
<i>Totale Funzioni di spesa</i>								
CAMPANIA	9.784,576	9,8%	9.400,044	-3,9%	9.861,932	4,9%	9.856,001	-0,1%
ITALIA	98.420,405	7,2%	102.067,206	3,7%	105.196,901	3,1%	107.672,810	2,4%

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite.

Cumulando i disavanzi dal 2001 ad oggi, la Campania è tra le regioni con passivi aggregati pro capite superiori a 1.000€ e che hanno fatto registrare i deficit più elevati anche negli esercizi 2006 e 2007, segno di difficoltà persistente nella ricerca della sostenibilità economico-finanziaria. Nel confronto con il 2006, la maggior parte delle regioni ha visto ridursi i propri disavanzi pro capite, laddove il progresso della Campania è stato modesto. Va, però, detto che si era registrato un forte contenimento dei disavanzi pro capite nel 2006 tanto che il peso del passivo sanitario campano (15,7%) può considerarsi ridotto, in valore assoluto e incidenza.

Nell'interpretazione di avanzi e disavanzi, la lettura congiunta con i dati di spesa pro-capite (utile per valutare se l'eventuale disavanzo dipenda da elevati livelli di spesa o piuttosto da bassi livelli di finanziamento), la Campania registra disavanzi pro capite superiori alla media nazionale benché la spesa pro capite sia inferiore alla media nazionale.

Il disavanzo sanitario regionale tra 2001-2006 in milioni di euro è stato di 5.451

Il disavanzo sanitario regionale pro-capite tra 2001-2006 è stato di 941 euro.

Perdita/utile di esercizio nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

- *AASSLL.*

I valori medi di esercizio delle ASL campane tra il 2001 e il 2006 hanno denunciato il deficit massimo tra le regioni italiane di -87,7 milioni di € nel 2001, di -96,6 nel 2003 e di -137,7 milioni di € nel 2004. Nel 2006, invece, sono risultate tra le AASSLL che migliorano più sensibilmente il proprio deficit.

- *AAOO.*

Tra il 2001 e il 2005, la Campania annovera costantemente AAOO che presentano deficit superiore alla media nazionale. Riguardo ai valori di utile, in controtendenza al valore medio nazionale, che peggiora nel 2005 e 2006, le AO della Campania, migliorano la propria posizione.

Mobilità, fuga e attrazione

La Campania rientra tra le regioni con il più alto saldo migratorio passivo (mobilità passiva meno mobilità attiva). L'impatto economico della mobilità passiva campana è stimato in un deficit di quasi 200 milioni di euro. In particolare, il valore degli "euro fuggiti" al 2006 è pari a 48.290.482; quello degli "euro attratti" è di circa 247.735.088.

Appropriatezza, qualità dell'assistenza e corretto utilizzo dei servizi

Indicatori indiretti di qualità e attrazione

Utilizzando la mobilità passiva come indicatore indiretto di qualità ed efficacia del sistema di assistenza, il primato negativo della Campania non può dirsi giustificato dalla mobilità di confine (in un certo modo "fisiologica"), visto che grosse "fughe" per ricoveri si registrano verso regioni distanti quali Lombardia e Toscana.

Al contrario, le strutture campane esercitano "attrazione" pressoché esclusivamente per regioni limitrofe, come la Basilicata.

Anche la spesa *out of pocket* (quota di servizi magari anche prodotti dal servizio pubblico ma interamente a carico del cittadino fruitore) può essere utilizzata come indicatore *proxy* dell'incapacità del SSR di assicurare giusti livelli di garanzia dei servizi essenziali e la giusta qualità delle prestazioni: la Campania presenta un elevato ricorso percentuale alla spesa *out of pocket* rispetto alle altre regioni (comprese regioni "ricche" come la Lombardia). In particolare maggiori percentuali di *out of pocket* in Campania rispetto alle altre regioni si registrano per visite specialistiche (cardiologiche, ortopediche, ginecologiche ed ostetriche) e ricoveri ospedalieri.

Partendo dal presupposto che l'elevata responsabilizzazione individuale nella tutela della salute si connota soprattutto come risposta spontanea ai "vuoti" della copertura sanitaria, altro indicatore indiretto della inefficacia dei servizi regionali è la frequenza dell'auto-ricorso al farmaco che, nei fatti, catalizza quote di domanda che non trovano risposte in altri segmenti dei servizi sanitari, che sono carenti o di cui i cittadini non hanno sufficiente fiducia.

Focus sui ricoveri ospedalieri

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per 1000 abitanti in Campania si presenta superiore alla media nazionale (242 vs 205) sia per quanto riguarda il regime ordinario (163 vs 140) sia per il regime diurno (78 vs 65). Hanno segno opposto, invece, i tassi di ricovero per riabilitazione, nettamente inferiori alla media nazionale soprattutto nella fascia di età >75 anni (15 vs 20 per 1000 ab).

La degenza media standardizzata per *case mix* mostra valori contenuti in Campania rispetto alle altre regioni; al contrario, risulta alta nei ricoveri campani la degenza media pre-operatoria (2,63 vs 2,01 DMPO standardizzata per *case-mix*).

Considerando i DRG a rischio di in appropriatezza in *Day Hospital* (DPCM 29 nov. 2001) e i ricoveri medici di 1 giorno, la Campania è tra le regioni con tasso di dimissioni per entrambe le casistiche fortemente superiore alla media nazionale; il regime diurno è utilizzato prevalentemente con un basso numero medio di accessi (2,69). La percentuale dei ricoveri in *Day Surgery* sul totale dei ricoveri diurni è tra le più basse a livello regionale. La lettura tecnica di tali dati (alti tassi di ricovero e percentuale di utilizzo del DH superiori rispetto alla mediana) esprimono un sovrautilizzo delle strutture di ricovero, in specie diurno, che potrebbe denotare una scarsa offerta e/o accessibilità della rete dei servizi ambulatoriali. Il fenomeno dell'elevato numero di ricoveri medici di un solo giorno o dei DH diagnostici con basso numero di accessi, infatti, pur essendo in parte suggestivo del comportamento inappropriato dei clinici, dipende soprattutto da **caratteristiche non**

fisiologiche del contesto organizzativo di riferimento, anomalie del sistema dell'offerta di servizi quali quelle richiamate e spesso anche politiche tariffarie regionali che non favoriscono i comportamenti virtuosi e/o penalizzano in modo insufficiente quelli inappropriati. La correzione di queste anomalie impone di migliorare l'analisi delle cause alla radice del fenomeno al fine di promuovere, in coerenza con le indicazioni sui LEA e tutte le normative di riferimento, specifici programmi finalizzati agli obiettivi di appropriatezza, allo sviluppo della rete dei servizi territoriali e alla loro effettiva integrazione con il livello ospedaliero.

Focus sull'assistenza territoriale

La analisi dei comuni indicatori di quantità e qualità dell'assistenza extra-ospedaliera (percentuale di anziani assistiti in ADI o in presidi residenziali socio-assistenziali), è univoca nell'evidenziare in Campania uno scarso sviluppo del tessuto territoriale, sia nel campo della prevenzione collettiva che dell'assistenza a bassa intensità di cura (medicina generale, continuità assistenziale, cure intermedie, residenzialità alberghiera protetta - intesa come Residenze assistenziali per anziani, Residenze socio-sanitarie, RSA e comunità socio-riabilitative - ecc). Tale evidenza appare ancora più degna d'attenzione considerando, accanto ai di attività di tali servizi, alcuni indicatori ospedalieri che rappresentano in maniera *proxy* l'inefficacia e/o la scarsa qualità dei livelli di assistenza di base e intermedia. Tra questi, il tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per patologie come asma, complicanze a lungo termine del diabete, bronco pneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza cardiaca, consentono (*Prevention Quality Indicators* dell'Angecy for Healthcare Research and Quality - AHRQ) di valutare indirettamente l'appropriatezza della gestione territoriale. In tutti i casi, i valori dell' ospedalizzazione evitabile appaiono in Campania ben più alti della mediana nazionale in maniera stabile o addirittura in peggioramento negli ultimi anni.

Contrastare l'inappropriato uso della degenza, oltre che contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione entro il limite complessivo di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalla programmazione nazionale, può consentire, senza modificare nella sostanza i livelli prestazionali ed assistenziali assicurati ai cittadini, un migliore utilizzo delle risorse disponibili e la valorizzazione del ruolo dell'ospedale come luogo deputato a fornire risposte assistenziali a problemi di salute complessi caratterizzati da acuzie e gravità.

Tale osservazione testimonia quanto lo sviluppo dell'assistenza primaria nel territorio non sia ancora consolidato e implica la necessità di un impegno da parte di istituzioni e professionisti per migliorare l'offerta sanitaria volta alla diagnosi tempestiva e precoce, al trattamento ed alla gestione della cronicità, alla cura della disabilità e della prognosi *quoad valetudinem*.

Presentazione dello scenario macro di contesto: gli interventi per il rientro

Governo della spesa

PERSONALE E COSTI OSPEDALIERI

Per la riduzione di tali voci di spesa, il Piano di Rientro ha previsto il blocco delle assunzioni con un rimpiazzo in quota differente di dirigenti e di altre figure, e la riduzione di 860 posti letto tra pubblici e privati sia a carico degli ospedali a gestione diretta che delle AO.

La riduzione deve essere funzionale ad una conversione di circa 1000 posti letto per acuzie in altrettanti dedicati a riabilitazione e lungodegenza, per un totale 20.568 posti letto pari a 3,5 pp.ll./1000 ab.

SPESA FARMACEUTICA

In merito a tale aspetto, la legge 405/2001 ha indotto una responsabilizzazione delle regioni rispetto alla copertura dei disavanzi, così come la legge 326/2003 al rispetto dei tetti sulla

farmaceutica e/o al recupero dell'eventuale sfondamento. Al riguardo la Finanziaria per il 2007 ha previsto per le regioni che superassero il tetto del 13 per cento sulla spesa farmaceutica convenzionata di pianificare iniziative per rientrare (quota fissa per ricetta o altre idonee misure di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata).

Sulla base di tale logica, la Campania, consapevole di non rispettare il tetto, ha introdotto a partire dal 1° gennaio 2007 quote fisse per ricetta e nuovi ticket sui farmaci (1,50 € per confezione con un massimo di 3 € a ricetta). La quota di compartecipazione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto (c.d. generici) con prezzo allineato a quello di riferimento regionale

L'attivazione di forme alternative di distribuzione dei farmaci e il moltiplicarsi nel tempo di modalità di gestione (distribuzione diretta/distribuzione da parte delle farmacie in nome e per conto delle aziende sanitarie) ha un rilevante impatto sul mercato farmaceutico e sul livello di accesso al farmaco da parte del paziente. La Campania, come Emilia Romagna e Toscana, ha per lo più investito nella distribuzione diretta dei farmaci: le contrazioni o aumenti meno significativi di spesa successivi al 2006 possono essere letti come effetto di tale iniziativa.

Nelle disposizioni per la programmazione sanitaria 2006-2008 sono state identificate come azioni finalizzate alla riduzione dei costi la promozione di gare centralizzate, la costituzione di gruppi di acquisto tra ASL e AO e l'utilizzo delle gare CONSIP.

Tali linee di azione sono state ribadite anche nel piano di rientro della Regione Campania. In particolare, la Giunta ha previsto l'obbligo per le aziende sanitarie di aderire ai contratti stipulati da SoReSa (società per la gestione e il risanamento della situazione debitoria del sistema sanitario campano, ente incaricato della gestione centralizzata degli acquisti in sanità), pena la decadenza dei direttori generali. È inoltre compito di SoReSa anche lo sviluppo della piattaforma tecnologica di supporto.

Infine, è prevista l'attivazione dell'Osservatorio Prezzi, oggi formalmente in capo all'ARSAN. Grande assente in tale panorama disciplinare è la valorizzazione della cultura e della tecnica allocativa ispirata all'appropriatezza prescrittiva e all'approccio farmaco economico, ivi incluso il governo dell'innovazione nel campo farmaceutico e dei devices medico-chirurgici. In tal senso, le logiche di *Health Technology Assessment* appaiono ridotte a mere dichiarazioni di intenti a finalità scientifico-speculative o rare e frammentarie esperienze di nicchia, piuttosto che strumenti tecnici di reale programmazione.

Appropriatezza e qualità dell'assistenza

Riguardo alle azioni di governo intraprese sull'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere da parte del Servizio Sanitario regionale, la Campania ha adottato sistemi di incentivazione ai regimi alternativi al ricovero ordinario per DRG specifici e sistemi di controllo su DRG a elevato rischio di inappropriatazza già nel 2006 e negli anni precedenti. La successiva revisione delle soglie di ammissibilità di appropriatezza di ricovero (DGRC 546/07) e il recente decreto n°5 del Commissario ad acta si sono mossi nella stessa direzione.

Tra le azioni mirate ad aumentare l'utilizzo del ricovero diurno, va citato il provvedimento sui farmaci oncologici ad alto costo, sempre del 2006. Il problema di questa tipologia di farmaco è connessa principalmente al fatto che la remunerazione percepita dalle strutture sanitarie è nella maggior parte dei casi maggiore per il ricovero ordinario rispetto al *Day Hospital*. Pertanto le aziende sanitarie non sono incentivate alla somministrazione dei farmaci antitumorali innovativi in regime di ricovero diurno.

Per ovviare a tale problematica, la Campania ha deliberato di finanziare il costo di tali farmaci tramite procedure di erogazione diretta che consentano al centro che li somministra di addebitarne il costo all'ASL di residenza del paziente.

I vari provvedimenti emanati per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri hanno sicuramente determinato un aumento del ricorso al *Day Hospital/Day Surgery*; tuttavia il dato bruto di tale incremento nasconde una significativa quota di in appropriatezza riferita a prestazioni che dovrebbero essere erogate a livello ambulatoriale semplice (monospecialistico) o complesso (*Day Service*). Ciò è tanto più vero nel caso di *Day Hospital* di tipo diagnostico e non terapeutico.

Recupero di appropriatezza dei *setting* ospedalieri nella prospettiva di rientro dal disavanzo regionale

Riduzione dell'ospedalizzazione impropria

Gli impegni assunti dalla regione Campania con il piano di rientro dal disavanzo comprendono, sul fronte ospedaliero, una serie di interventi per il recupero di appropriatezza dei regimi di ricovero.

Tra questi, la *riduzione del tasso di ospedalizzazione per acuti senza che venga meno la capacità del SSR di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie* è uno dei più impegnativi e stringenti.

Naturalmente, nella prospettiva degli istituti ospedalieri, il perseguimento di questo obiettivo “passa” necessariamente, non già attraverso l'accessibilità e la fruibilità di servizi – che sono, invece, mandati eminentemente territoriali – quanto attraverso la messa in opera di interventi di riqualificazione dell'offerta tesi a rimodulare la casistica servita (indicatori di *case-mix*) e a garantire la selezione del livello assistenziale (degenza ordinaria, ricovero diurno, *Day Service*¹³ e ambulatorio tradizionale) congruo per risorse e impegno clinico-organizzativo rispetto al caso trattato.

¹³ Il *Day Service* è un modello assistenziale alternativo al ricovero, intermedio tra la prestazione ambulatoriale e il *Day Hospital*, capace di assicurare la presa in carico globale di un bisogno assistenziale complesso e darvi risposta attraverso l'erogazione di un pacchetto preconfezionato di prestazioni ambulatoriali, gestite come un percorso (**P**ercorsi **A**mbulatoriali **C**omplexi e **C**oordinati **P**ACC) governate da uno specialista di riferimento (*case manager*). Condivide col DH la necessità del coordinamento e della dotazione tecnologica e strumentale tipici di un *setting* ospedaliero, ma consente di garantire una

La produzione normativa e gli indirizzi programmatici nazionali regionali individuano, quale azione essenziale per il raggiungimento di questo obiettivo, **il trasferimento di quote significative di ricoveri inappropriati verso modelli assistenziali di minore intensità, a parità di efficacia, con un utilizzo più appropriato ed efficiente delle risorse.**

In questa direzione, già si erano mossi gli organi di Giunta nel 2007, con la Deliberazione n.546/07, che disponeva, tra gli interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, l'adeguamento delle soglie massime di ricovero ai sensi dell'allegato 2C del DPCM 20.11.2001 - Livelli Essenziali di Assistenza –, regolamentava le attività di ricovero in *Day hospital* di tipo medico definendo i criteri (eminentemente clinici) di appropriatezza per l'accesso a questa modalità di ricovero, e tracciava le linee di indirizzo per l'istituzione del modello organizzativo del *Day Service*.

La successiva Deliberazione di Giunta Regionale n.102/09 disciplinava con maggiore dettaglio gli aspetti operativi del nuovo istituto assistenziale del *Day Service* e, soprattutto, conferiva un significato di sistema e un valore di mandato istituzionale alla sua introduzione come modello di offerta alternativo ai *Day Hospital* ritenuti impropri.

Con l'insediamento del Commissario ad Acta in Regione Campania, si apre la “stagione dei decreti commissariali” che, sul fronte dell'efficienza dei *setting* ospedalieri, riconosce il suo caposaldo nel Decreto n°5/09 il quale, tra gli “Obiettivi di miglioramento della appropriatezza dei ricoveri” identifica nell'assistenza ambulatoriale il *setting*

maggiore economicità dell'episodio di cura a beneficio del servizio sanitario regionale – SSR – in quanto la tariffa di rimborso da corrispondere all'erogatore non è forfettaria, come nel ricovero, ma calcolata per ciascuna prestazione effettivamente fornita al paziente.

Dopo “l'annuncio normativo” del 2007 e la definitiva istituzione del nuovo regime a livello regionale nel 2009, la reale importazione del modello all'interno delle aziende sanitarie campane è stata (e, per molti versi, continua ad essere) operazione tutt'altro che semplice e “accettabile” per le direzioni ospedaliere e per i clinici, a causa sia della minore remuneratività del pacchetto *versus* il corrispettivo episodio clinico trattato in DH, sia della ineludibile necessità di un forte coordinamento tra numerosi attori del sistema ai diversi livelli (medici clinici, servizi di laboratorio e di diagnostica ma anche centri di prenotazione, ufficio *ticket* ecc) sia, infine, per la partecipazione alla spesa, tutt'altro che simbolica, richiesta al cittadino non esente (50 euro).

opportuno per la conversione dei ricoveri ritenuti inappropriati e declina delle percentuali di riduzione della casistica ritenuta impropria e di relativa conversione da regime ordinario a diurno e da questo al livello ambulatoriale.

In particolare, si prevede **per la riduzione dei ricoveri ordinari giudicati inappropriati** la considerazione dei seguenti criteri e il rispetto delle seguenti percentuali di riduzione:

1. Ridurre il numero dei ricoveri afferenti ai 43 + 14 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza dal regime ordinario in parte al regime diurno (70%) ed in parte a quello ambulatoriale (30);
2. Ridurre il 70% dei ricoveri ordinari inferiori ad 1 giorno. Tali attività debbono essere sostituite con prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero;
3. Ridurre del 30% i DRG medici ad alto rischio di inappropriatazza dal regime diurno a quello ambulatoriale;
4. Abbattere ulteriormente del 20% alcuni DRG medici ad alto rischio di inappropriatazza (133, 134, 183, 284, 301, 324 e 467);
5. Per i trattamenti chemioterapici, privilegiare i ricoveri in regime di *Day Hospital*, limitando il ricorso ai ricoveri ordinari nei soli casi che presentano l'indicazione clinica per il ricovero continuativo, indicazione che dovrà essere chiaramente descritta nella documentazione clinica.

Per la riduzione dei Day Hospital impropri, sono fissati i seguenti criteri e le seguenti quote percentuali di conversione della casistica:

1. Ridurre significativamente i ricoveri in regime di *Day Hospital* di tipo medico-diagnostico trasferendo tali prestazioni verso l'ambulatorio tradizionale o verso il *Day Service* (60%);
2. Ridurre del 30% i DRG medici ad alto rischio di inappropriatazza dal regime diurno a quello ambulatoriale;

3. Abbattere ulteriormente del 20% alcuni DRG medici ad alto rischio di in appropriatezza (133, 134, 183, 284, 301, 324 e 467);
4. Trasferire il 50% dei ricoveri di *Day Hospital* di un solo accesso di tipo medico ritenuti inappropriati in regime ambulatoriale.

Ultimo in ordine cronologico, il Decreto n°58 del Commissario ad Acta torna, nel 2010 a definire “soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna”, identificando per ciascun DRG, le proporzioni percentuali di ammissione a ciascuno dei tre regimi alternativi:

- Ricovero ordinario
- *Day Hospital/Day Surgery*
- Ambulatorio tradizionale o di *Day Service*

Framework teorico-scientifico di riferimento

Il riferimento teorico-scientifico entro il quale si è sviluppata la ricerca si intende collocato nel vasto capitolo delle **strategie di trasferimento delle *best practices* all'interno delle organizzazioni aziendali.**

Il presupposto di tali strategie risiede nell'evidenza che, in contesti organizzativi ad alta complessità e fondati sulla burocrazia professionale (Mintzberg, 1996) quali quelli sanitari, l'adozione di comportamenti aderenti a *standard* di riferimento, come le linee guida, rappresenta una **tecnologia dinamica** (Berti, Casolari, Grilli, 2004) influenzata da contesti culturali e politico-amministrativi e dai diversi rapporti tra clinici e componenti manageriali, oltre che da "fattori di ostacolo" molto spesso misconosciuti o trascurati.

Rispetto a tale *framework*, la letteratura scientifica, ancorché acerba, e le prime esperienze di settore (il Progetto T.Ri.P.S.S. II, Ministero della Sanità – Dipartimento della Programmazione "Programmi Speciali" – Art. 12, comma 2, lett. B del d.lgs. 502/92 con il coordinamento del CeVEAS - Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria - Modena) hanno prodotto numerosi contributi e riferimenti riguardo al trasferimento delle prove di efficacia clinica nella pratica medica e al tema dell'impatto delle linee guida sui comportamenti assistenziali, identificando quali elementi cruciali per il successo delle raccomandazioni di buona pratica fattori come:

- a) il coinvolgimento attivo dei destinatari della linea-guida nella produzione e adeguamento locale;
- b) la credibilità ed autorevolezza dell'ente/organismo promotore dell'intervento di miglioramento della qualità, ma soprattutto
- c) il processo di traduzione dello *standard* raccomandato all'interno del contesto operativo.

In particolare, le evidenze scientifiche identificano come limiti principali all'adozione delle buone pratiche i seguenti:

1. Spesso la qualità della raccomandazione è lontana da *standard* accettabili, soprattutto rispetto all'incapacità di analisi sistematica delle evidenze (competenze statistico-epidemiologiche).

2. Sono variabili di insuccesso: scarso ricorso all'efficacia come strumento di comunicazione tra operatori; uso "burocratico" delle linee guida; eccessiva rigidità; annullamento e trascuratezza delle specificità cliniche; uso della diffusione senza una reale "implementazione".

Sono stati considerati fattori (figura 8) che modificano la *compliance*:

1. Dipendenti dalla Raccomandazione

Credibilità e validità scientifica

Grado di compatibilità tra comportamento clinico raccomandato e quadro valoriale e attitudinale

2. Dipendenti dalla pratica oggetto della raccomandazione

Effetti "visibili" a breve termine

Comportamenti clinici poco "complessi" e poco "controversi"

Comportamenti clinici sotto diretto controllo dell'operatore

3. Dipendenti dal processo di adozione

Risorse necessarie

Impatto organizzativo

Scelta della "strategia" di adozione

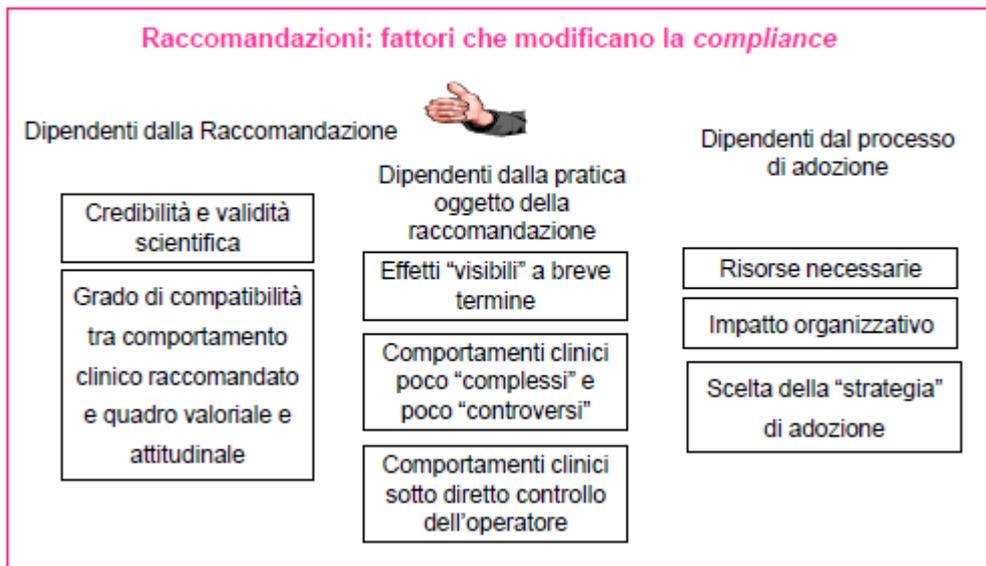


Figura 11 Fattori che modificano la compliance alle best practices nelle organizzazioni sanitarie

In particolare, riguardo a quest'ultimo aspetto, una scala del successo (figura 9) di interventi volti all'introduzione delle logiche di governo clinico, colloca le attività di DISSEMINAZIONE (es. distribuzione materiale educativo, formazione e aggiornamento) tra gli interventi a bassa probabilità; quelle di IMPLEMENTAZIONE SEMPLICE (basate su *audit* e *feedback*, uso di "opinion leaders", elaborazione di consenso locale) tra gli interventi a probabilità intermedia e quelle di IMLEMENTAZIONE COMPLESSA (visite di educatori, supporti decisionali, *meeting interattivi*, interventi compositi come *audit+feedback*) tra quelle ad alta probabilità di intervenire sui *pattern* comportamentali di professionisti.



Figura 12 Scala del successo delle attività di implementazione delle best practices

Quest'ultima strategia, tuttavia, è costosa in termini di risorse e, se impostata secondo una logica "estemporanea" e non sistematica può avere un impatto limitato e non proporzionato agli input di risorse richiesti.

Formulazione del problema della ricerca e definizione dell'obiettivo

Sin dall'inizio degli anni Novanta, vari ricercatori hanno proposto differenti metodologie di consenso formale per la definizione dei criteri di appropriatezza professionale: *consensus conference*, metodo RAND, metodo Delphi, metodo del gruppo nominale.

Negli ultimi anni, seguendo la scia dell'*Evidence-based Medicine*, è stata enfatizzata la necessità che i criteri di appropriatezza vengano definiti con riferimento esplicito alle migliori evidenze disponibili, adeguatamente "pesate" per la loro metodologia e per la rilevanza clinica.

Pertanto, le linee guida cliniche, prodotte da gruppi multidisciplinari con metodologia *evidence-based* ed adattate al contesto locale in maniera esplicita, rappresentano lo strumento di riferimento per definire i criteri di appropriatezza professionale.

In generale, rispetto alla considerazione offerta ai paradigmi di appropriatezza specifica, si è assistito ad un notevole fermento scientifico e istituzionale sulla ricerca di strumenti e attività di implementazione delle raccomandazioni di buona pratica clinica. Poco spazio è stato, al contrario, riservato, proprio all'appropriatezza organizzativa.

Per quest'ultima, in particolare quella di *setting*, oltre alle limitate evidenze disponibili (sia osservazionali, sia sperimentali), i ricercatori generalmente si sono rivolti ai dati di utilizzo dell'ospedale¹⁴.

¹⁴ Tra i numerosi strumenti utilizzati per valutare l'appropriatezza di *setting* se ne segnalano due, già utilizzati nel nostro Paese:

- Il Protocollo di Revisione d'Uso dell'Ospedale (PRUO), il cui obiettivo è quello di valutare l'appropriatezza delle giornate di degenza: nato (e presto abbandonato) negli Stati Uniti, dopo l'onda di entusiasmo che ha portato alla sua diffusione in Europa, la sua affidabilità è stata fortemente messa in discussione;
- il *software Disease Staging* che, classificando il paziente ricoverato in 5 livelli di gravità basati sulla severità delle manifestazioni della malattia, considera inappropriati i ricoveri di pazienti appartenenti alle classi meno gravi.

La piattaforma sperimentale di analisi parte dall'assunto per cui, alla riconosciuta diseconomia di sistema di cui soffre la sanità, molto concorre l'inappropriata scelta del *setting* assistenziale di erogazione delle cure, che porta in ospedale prestazioni erogabili a livelli "medio-bassi" di pertinenza territoriale, con assorbimento consistente e improprio delle risorse, senza un reale impatto favorevole sugli *outcomes* di salute (mortalità, speranza di vita ecc)¹⁵.

Si tratta, dunque, di un comportamento organizzativo sicuramente improntato all'inappropriatezza in quanto si riferisce ad una decisionalità clinica non orientata da considerazioni di efficacia né guidata da logiche di efficienza.

Tuttavia, imputare alla sola "irresponsabilità organizzativa" dei clinici ed alla variabilità delle loro strategie terapeutiche la causa del *malfunzionamento* delle organizzazioni sanitarie risulta fuorviante in quanto viene trascurata, ad esempio, una componente fondamentale alla base della spiegazione dell'esplosione dei costi in Sanità: il *morbo dei costi* evidenziato da Boumol che affligge il settore sanitario in quanto settore caratterizzato da *attività basate su riparazioni non seriali che richiedono sempre una interpretazione specifica e, non di rado, una soluzione originale*.

Convince di più pensare che l'atteggiamento dei professionisti sia il *sintomo* laddove le *cause* potrebbero essere ricercate **nelle modalità inadeguate di gestione e nelle scarse capacità di**

Questo strumento è stato recentemente utilizzato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali per una elaborazione dei dati relativi ai 43 DRG individuati, nell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, "ad alto rischio di inappropriatezza" in regime di degenza ordinaria. Nonostante le utili indicazioni fornite dallo studio, va segnalato che tutti gli strumenti di analisi che utilizzano quale fonte di dati la scheda nosologica, soffrono della sua limitata affidabilità legata a vari fattori: inaccuratezze ed errori di codifica, codifiche opportunistiche, *reverse reporting bias*, etc.

15 in diversi riscontri la valutazione, sulla base di indicatori quali la mortalità per cause prevenibili ed evitabili grazie agli interventi teoricamente disponibili, ha documentato come le *performance* sono indipendenti dalla quantità di risorse investite.

offrire ai professionisti ragioni sufficienti e convincenti per decidere se lasciarsi coinvolgere.

Una importante indicazione, al riguardo, viene da due illustri clinici americani, il dott. Pronovost, anestesista al *Johns Hopkins Hospital* e il dott Atul Gawande, professore di chirurgia alla *Harvard Medical School* di Boston (in *Internazionale* 740, 18 aprile 2008).

Sostiene il primo *"Il problema fondamentale per la qualità della medicina americana è che non riusciamo a considerare l'assistenza sanitaria come una scienza. I compiti della scienza medica si dividono in tre categorie. La prima è capire la biologia della malattia, la seconda è trovare terapie efficaci e la terza è assicurarsi che queste terapie siano somministrate in modo efficace. Quest'ultima categoria è stata quasi completamente ignorata da chi finanzia le ricerche, dal governo e dalle istituzioni accademiche. E' considerata un'arte. Ma è un errore enorme. E dal punto di vista dei contribuenti è scandaloso"*.

E, rincara la dose, il secondo *"...quanto tempo ci vorrà ancora perché nelle mani di dottori ed infermieri la checklist diventi uno strumento comune quanto lo stetoscopio (che, a differenza delle checklist, non ha mai dimostrato di fare la differenza per la cura dei pazienti)?"*

La sperimentazione che, qui, si propone risponde alle seguenti domande:

- Come **coniugare i processi di cambiamento** che fanno leva sul coinvolgimento dei professionisti medici con un sistema che non ne riconosce fino in fondo l'autorità e che li spinge a porsi come primi oppositori del cambiamento stesso?
- Come costruire, nelle strutture sanitarie, **meccanismi partecipati di gestione del valore prodotto utilizzando i quali, oggetto di riferimento del sistema di controllo diventa non solo il "cosa"** (ad esempio i DRG prodotti) **ma anche il "come" della gestione sanitaria**, ovvero i processi che portano all'erogazione di servizi definiti?

Finora quest'area della gestione è stata dominio esclusivo dell'autonomia professionale dei clinici; vi sono altri strumenti di matrice organizzativo-gestionale (ABC, ABM, BSC, etc.) in

grado di rendere trasparente e partecipato (e governabile) il processo di erogazione dei servizi sanitari in modo da monitorare il valore da esso generato (o distrutto) per i propri utenti.

Per dare risposte concrete ai quesiti prima posti occorre, probabilmente, **rivitalizzare i tradizionali concetti di governo clinico e di appropriatezza** ed esaltare, in particolare, **la vocazione implicita nella dimensione clinica dell'appropriatezza quale mediatore tra governo della offerta e governo della domanda di assistenza sanitaria.**

In questa ottica, la **ricerca delle migliori strategie di implementazione delle logiche di efficientamento dei sistemi di cura**, che pur condividono, con quelle di promozione delle *best practices* cliniche, sia il riconoscimento dell'appropriatezza come conduttore di comportamenti virtuosi sia l'apparente incomunicabilità tra il mondo dei clinici e il mondo dei *managers*, può rappresentare una **ricerca sistemica, olistica, attenta** non solo ai parametri quantitativi e alla dimensione temporale quanto anche **alla cura dei contesti, delle scale valoriali e dei meccanismi di attribuzione di senso che invariabilmente abitano le organizzazioni.**

Descrizione del modello e note di metodo

Il modello è stato sviluppato nell'AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno, seguendo un approccio di progetto pilota volto ad individuare una **nuova via per l'implementazione degli strumenti di efficienza e qualità del sistema** e per la ricerca di un **modello di cooperazione tra medici e *manager* funzionale alle logiche di governo clinico e alle strategie regionali di rientro** dal disavanzo e fondato sugli stessi presupposti di contestualizzazione e adattamento che tanta parte hanno nel processo di implementazione delle linee guida.

In tale logica, **la riduzione dell'ospedalizzazione impropria con concentrazione della casistica complessa, e l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali con razionalizzazione degli accessi hanno rappresentato i principali *endpoint* perseguiti**, mentre il **monitoraggio degli obiettivi di efficienza ha fornito il valore aggiunto** sul fronte gestionale.

Il progetto ha portato a definire, in chiave epistemologica, una **famiglia di percorsi di adozione locale delle strategie di efficienza**, alternativi ai due modelli “convenzionali” basati rispettivamente:

- sulla **disseminazione**: il Modello dell'Edicolante, col quale si opera una pura “messa a disposizione” dei *professionals* dell'oggetto della raccomandazione, limitandosi a “divulgare” acriticamente il dettato normativo o l'obiettivo gestionale, senza alcun impatto sui comportamenti e, dunque, sull'assistenza e sulla gestione;
- sulla **prescrizione**: il Modello del Direttore d'Orchestra, col quale si procede alla “prescrizione rigida e burocratica” calata con direzione *top-down* dell'oggetto della raccomandazione senza ammettere deroghe; è un modello che fa un uso “intrusivo” delle raccomandazioni, stimolando conflittualità tra componente clinica e organizzativa.

Il modello teorizzato, basato sull'**implementazione**, è stato definito **Modello del S.A.R.T.O. (Strategie di Appropriatezza e Rientro come Tecnologia Organizzativa)**, in quanto fonda sul processo di contestualizzazione, di autoapprendimento e di *nurturing* locale le potenzialità di attecchimento del comportamento organizzativo raccomandato, come un sarto che, selezionata la materia prima migliore (evidenza) e creatone il modello, lo raffina e lo perfeziona nel rispetto del cliente che lo indosserà (unità operativa, Azienda).

Ne sono elementi fondamentali:

1. il riconoscimento e tassonomizzazione dei fattori che possono condizionare l'efficacia dell'implementazione di corretti comportamenti clinico-organizzativi.

2. la formalizzazione gerarchica delle priorità di assegnazione delle risorse (organizzative ed economiche) per il perseguimento degli obiettivi di efficienza, sostenibilità e rientro nelle aree cliniche di interesse e nella razionalizzazione dei percorsi assistenziali per gruppi di patologia.

Sono, invece, strumenti operativi di attività:

- la formazione,
- la creazione di database *ad hoc*
- il collegamento con i sistemi di controllo interno (*budget* e valutazione della dirigenza)
- l'identificazione e la distribuzione di sistemi di *reminder*
- l'utilizzo di *opinion leader*.

A tal fine, sono stati identificati i seguenti traguardi di progetto:

TRAGUARDI FINALE E INTERMEDI DI PROGETTO

MILESTONE FINALE:

Aumentare l'efficienza e la qualità assistenziale nei *setting* ospedalieri secondo i paradigmi dell'appropriatezza organizzativa (riduzione dell'ospedalizzazione impropria, trasferimento verso livelli di minore intensità), in coerenza con i Programmi Operativi approvati dal Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro, e basato sulla condivisione delle responsabilità di governo clinico tra medici e *managers* e su meccanismi partecipati di gestione del valore prodotto.

MILESTONE INTERMEDIO 1:

Riconoscimento e tassonomizzazione dei fattori che possono condizionare l'efficacia dell'implementazione di corretti comportamenti clinico-organizzativi. La classificazione finale dei fattori va standardizzata anche rispetto alle specificità delle linee produttive, del bacino di utenza, alle specificità di vocazione e degli indicatori di *case-mix* di ciascun *setting* ospedaliero di sperimentazione.

MILESTONE INTERMEDIO 2:

Formalizzazione gerarchica delle priorità di assegnazione delle risorse (organizzative ed economiche) per il perseguimento degli obiettivi di efficienza, sostenibilità e rientro nelle aree cliniche di interesse e nella razionalizzazione dei percorsi assistenziali per gruppi di patologia.

MILESTONE INTERMEDIO 3 :

Applicazione della strategia di implementazione degli obiettivi di efficienza definita di:

1. IMLEMENTAZIONE COMPLESSA

MILESTONE INTERMEDIO 4 :

Miglioramento del grado di appropriatezza dei servizi erogati.

MILESTONE INTERMEDIO 5 :

Contaminazione e propagazione degli effetti positivi determinati dal progetto (interventi valutati positivamente in termini di rapporto *effort*/unità di efficienza-appropriatezza) e istituzionalizzati in *best practices* clinico-organizzative).

Diffusione delle *best practice* clinico-organizzative e consolidamento di una cultura organizzativa orientata alla collaborazione, alla comunicazione e all'interazione tra professionisti (memoria dell'organizzazione).

Metodologia della ricerca e analisi dei risultati

In questo capitolo verrà illustrato il processo messo in atto per la realizzazione e lo sviluppo della ricerca nell'Azienda Ospedaliera Universitaria (di seguito, AOU) "San Giovanni Di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno

Il disegno della ricerca

Il lavoro di ricerca proposto si è articolato in più fasi che, seguendo l'esempio del tradizionale approccio proprio delle scienze sociali, hanno previsto un momento di *analisi teorica* (o *analisi desk*, finalizzata alla formulazione dei propositi di ricerca) ed uno di *verifica empirica* (o *analisi field*, necessaria per la validazione dei propositi di ricerca formulati). Entrambe le fasi sono state precedute dall'individuazione di un Gruppo Centrale di Progetto con il compito di analisi e coordinamento dei dati, delle attività e dell'utilizzo degli strumenti di progetto.

Fase desk – formulazione dei propositi della ricerca

Individuazione e quantificazione dell'inappropriatezza di setting. In questa fase si è proceduto all'analisi della casistica giudicata inappropriata trattata nell'AOU nell'anno di riferimento 2009 (anno di avvio della ricerca). – Tabella 1

I criteri di valutazione dell'appropriatezza del regime di ricovero sono stati quelli relativi al Decreto n°5 del 30/09/2009 del Commissario ad Acta della Regione Campania, assegnati come obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, in particolare:

1. numero dei ricoveri afferenti ai 43 + 14 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza [da trasferire dal regime ordinario in parte al regime diurno (70%) ed in parte a quello ambulatoriale (30)];
2. numero di ricoveri ordinari inferiori ad 1 giorno [da ridurre del 70% e sostituire con prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero];

3. numero di ricoveri in regime di DH di tipo medico-diagnostico [da trasferire verso l'ambulatorio tradizionale o verso il *Day Service* (60%)];
4. numero di DRG medici ad alto rischio di inappropriatazza [da ridurre del 30% e trasferire dal regime diurno a quello ambulatoriale];
5. numero di DRG medici specifici ad alto rischio di in appropriatazza (133, 134, 183, 284, 301, 324 e 467) [da battere ulteriormente del 20%];
6. numero di Day Hospital di un solo accesso di tipo medico [da trasferire per il 50% di in regime ambulatoriale];
7. numero di DRG per chemioterapia [privilegiare i ricoveri in regime di *Day Hospital*, limitando il ricorso ai ricoveri ordinari nei soli casi che presentano l'indicazione clinica per il ricovero continuativo, indicazione che dovrà essere chiaramente descritta nella documentazione clinica].

I risultati dell'analisi sono illustrati in tabella 1:

Tabella 1 Sintesi dei DRG inappropriati (Decreto 5.2009) – anni 2009/numerosità e valore

DRG	anno 2009	
	numerosità DRG	valore
DRG ordinari a rischio di inappropriatazza escluso drg di 0 giorni	3.124	5.528.566
DRG di 0 giorni	2.696	1.120.623
DRG dh medici diagnostici escluso drg dh a rischio di inappropriatazza ed escluso drg dh con 1 solo accesso	2.835	3.539.395
DRG dh medici a rischio di inappropriatazza escluso drg dh medici con 1 solo accesso	1.202	1.902.091
DRG dh medici con 1 solo accesso	1.622	522.982
Totale	11.479	12.613.657

Scomposizione dei valori di in appropriatazza e attribuzione alle singole Strutture / Unità Operative produttrici. I risultati di questa analisi declinati per singolo valore-obiettivo sono mostrati nell'allegato A alla tesi in riferimento ai risultato conseguiti a seguito della sperimentazione.

Si riporta, qui, in tabella 2, il contributo complessivo all'inappropriatezza da parte delle varie strutture in riferimento alla numerosità di DRG inappropriati prodotti e corrispondente valore della produzione (anno 2009):

Tabella 2 Numero DRG inappropriati e valore della produzione distinti per struttura – anno 2009

Strutture	N° DRG inappropriati 2009	Valore DRG inappropriati 2009
Cardiologia	584	347.336
Traumatologia di Emergenza	1.602	1.074.577
Medicina Generale	429	586.010
Neurologia	529	611.359
Medicina Trasmfusionale	204	1.056.014
Otorinolaringoiatria	444	581.338
Pediatria	731	695.706
Chirurgia Vascolare	232	187.779
Malattie Infettive	1.135	1.220.353
Patologia Neonatale e TIN	222	289.133
Chirurgia Generale e d'Urgenza	380	602.116
Chirurgia Generale e Trapianti di Rene	312	238.244
Dermatologia	141	201.170
Endocrinologia e Malattia del Ricambio	518	532.889
Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'urgenza	135	96.596
Day Surgery Chirurgia Generale	145	116.594
Malattie Apparato Respiratorio	40	41.772
Oncologia	196	305.803
Oculistica	173	286.055
Urologia	409	477.010
Chirurgia Pediatrica	500	486.085
Ortopedia	958	682.169
Day surgery di Chirurgia Generale	9	2.758
Psichiatria	73	136.454
Anestesia e Rianimazione	30	32.785
Dialisi	2	554
Neurochirurgia	146	81.151
Cardiochirurgia	23	17.839
Utic	9	10.631
Sezioni Detenuti	0	0
Ematologia	34	158.072
Nefrologia	564	830.556
Ginecologia e Ostetricia	570	626.748
Totale complessivo	11.479	12.613.657

Formulazione degli obiettivi di budget specifici per struttura. Il ciclo di Budget per l'anno 2010 ha previsto l'assegnazione alle Strutture degli obiettivi di riduzione dei ricoveri impropri mediante classificazione e quantificazione secondo i parametri emersi nella fase precedente e mediante il ricalcolo dei valori attesi dei ricoveri afferenti alla casistica impropria.

Nel caso di discipline mediche con afferenza di casistica giudicata trasferibile in corrispettivi episodi di *Day Service* , sono stati individuati i PACC corrispondenti da attivare.

La declinazione di tali obiettivi ha riguardato la **DIMENSIONE CLINICA E DEI PROCESSI AZIENDALI** delle Schede di Budget Dipartimentale 2010 (Allegato B).

Nello schema seguente se ne riporta una a titolo di esempio:

LA DIMENSIONE CLINICA E DEI PROCESSI AZIENDALI

obiettivo 4) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: rimodulazione delle attività di ricovero ordinario, di ricovero day hospital, delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero secondo quanto stabilito dal Decreto del Commissario ad Acta n° 5 del 30 settembre 2009

STRUTTURE / Obiettivi Decreto 5 2009	ricalcolo DRG ordinari	ricalcolo DRG Dh	ricalcolo Prestazioni ambulatoriali	ricalcolo prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	peso
CHIRURGIA GENERALE E TRAPIANTI DI RENE	-56	-87	127	16	
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (30% in ambulatorio)		-1	1		
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-16			16	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatelyzza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-40	28	12		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-44	44		
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-70	70		
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-1	1		
DIALISI		-3	3		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-2	2		
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-1	1		
MALATTIE INFETTIVE	-11	-381	387	5	
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (30% in ambulatorio)		-11	11		
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-5			5	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatelyzza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-5	4	2		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-277	277		
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-91	91		
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-7	7		
NEFROLOGIA	-7	-143	148	3	
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (30% in ambulatorio)		-1	1		
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-3			3	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatelyzza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-4	3	1		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-107	107		
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-38	38		
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-1	1		
Totale complessivo	-74	-615	665	24	15

obiettivo 5) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: attivazione del day service			
PACC	UU.OO. Produttrici	Discipline di riferimento	peso
Attivazione del PACC Diagnostico per Malattie Tiroidee (P241)	Endocrinologia	Endocrinologia, Medicina Generale, Chirurgia Generale	5
Attivazione del PACC Ipertensione arteriosa - Primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria (P4011)	Medicina, Cardiologia	Medicina Generale, Cardiologia, Nefrologia	
Attivazione del PACC Valutazione delle complicanze cardiovascolari della ipertensione (P4012)	Medicina, Cardiologia	Medicina Generale, Cardiologia, Nefrologia	
Attivazione del PACC Broncopatia cronica ostruttiva (P4912)	Medicina, Malattie Apparato Respiratorio, Malattie Infettive, Cardiologia	Medicina Generale, Pneumologia	
Attivazione del PACC Epatite cronica ogni eziologia (P5714)	Malattie Infettive, Medicina	Medicina Generale, Gastroenterologia, Malattie Infettive	
Attivazione del PACC Cirrosi epatica ogni eziologia (P5715)	Malattie Infettive	Medicina Generale, Gastroenterologia, Malattie Infettive	
Individuazione ed attivazione dei PACC ritenuti necessari a perseguire gli obiettivi di appropriatezza fissati dal Decreto 5/2009	<i>da determinare</i>	<i>da determinare</i>	

Sperimentazione del modello e analisi dei risultati

Avvio dell'applicazione del metodo S.A.R.T.O – Implementazione complessa delle strategie di appropriatezza ed efficienza.

L'approccio teorizzato per il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza ed efficienza delle strutture assegnatarie degli obiettivi di *Budget* è stato basato sui presupposti indicati al paragrafo "Premesse e contenuti per un modello di riferimento".

In particolare, il *focus* è stato posto sulla possibilità che il raggiungimento degli obiettivi di efficienza afferenti alla Dimensione Clinica e dei Processi Aziendali e il perseguimento degli *standard* di comportamento clinico-organizzativo-gestionali fissati dalle politiche di rientro dal disavanzo delle amministrazioni aziendali, possano essere gestiti non come prescrizioni burocratiche a direzione *top-down*, ma come tecnologia organizzativa e dinamica, meritevole della giusta attenzione e comprensione del livello di complessità sistemica dell'organizzazione cui sono assegnati e rivolti.

In questo senso, al taglio *tout court* dell'inappropriatezza si è ritenuto di dover affiancare una strategia complessa di supporto che portasse ad un orientamento dei comportamenti clinico-organizzativi verso il miglioramento dell'offerta. Quest'ultima, in un *setting* ospedaliero di alta assistenza, si identifica con la gestione di una casistica complessa.

La strategia di implementazione prevista dal modello S.A.R.T.O. è una strategia di **IMPLEMENTAZIONE COMPLESSA**, basata, cioè, su attività quali:

- visite di educatori,
- supporti decisionali,
- *meeting interattivi*,
- interventi compositi come *audit+feedback*

risultate, nell'ambito delle valutazioni di impatto del trasferimento delle *best practices* nella pratica clinica, quelle a più alta probabilità di intervenire sui *pattern* comportamentali di professionisti.

In riferimento al raggiungimento dei traguardi intermedi e finali si è proceduto con il seguente disegno metodologico e piano di valutazione:

TRAGUARDO FINALE	Aumentare l'efficienza e la qualità assistenziale nei <i>setting</i> ospedalieri secondo i paradigmi dell'appropriatezza organizzativa (riduzione dell'ospedalizzazione impropria, trasferimento verso livelli di minore intensità), in coerenza con i Programmi Operativi approvati dal Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro, e basato sulla condivisione delle responsabilità di governo clinico tra medici e <i>managers</i> e su meccanismi partecipati di gestione del valore prodotto.
Indicatore/i	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valori di: <ul style="list-style-type: none"> - Percentuali di ospedalizzazione di cui al Decreto n°5/09 del Commissario ad Acta 2. Ripetizione dei cicli di implementazione delle <i>best practices</i> clinico-organizzative realizzate
Standard di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abbattimento percentuale <i>versus</i> valore dell'anno precedente per singolo indicatore. 2. Corresponsabilizzazione dei <i>professionals</i> agli obiettivi di efficienza, sostenibilità e appropriatezza di sistema (mantenimento dei meccanismi di funzionamento virtuoso nella memoria dell'organizzazione)

<p>TRAGUARDO INTERMEDIO 1</p>	<p>Riconoscimento e tassonomizzazione dei fattori che possono condizionare l'efficacia dell'implementazione di corretti comportamenti clinico-organizzativi, distinti in:</p> <p>Fattori legati al comportamento clinico-organizzativo oggetto della prescrizione;</p> <p>Fattori legati al contesto operativo, a loro volta distinti in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fattori che riguardano gli individui: cognitivi, motivazionali, attitudinali, motivazionali e clinici; - Fattori che riguardano la struttura, relativi: <ul style="list-style-type: none"> • al grado di compatibilità tra modalità di utilizzo delle risorse (organizzativi) e reale disponibilità delle risorse (gestionali) rispetto all'oggetto della prescrizione; • alle specificità clinico-organizzative e di <i>case-mix</i> delle singole strutture; - Fattori legati all'intervento di implementazione <p>Attività previste per il raggiungimento del traguardo 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione di un Gruppo di Analisi Centrale 2. Elaborazione e validazione procedura di analisi 3. Sperimentazione pilota procedura di analisi e eventuale revisione 4. Applicazione della procedura di analisi e valutazione finale 5. Elaborazione della griglia di classificazione dei fattori analizzati
<p>Indicatore/i</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edizione della procedura - Edizione finale della classificazione tassonomica dei fattori
<p>Standard di risultato</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilità per i <i>decision makers</i> di un metodo di rilevazione dei fattori "locali" in grado di qualificare e quantificare i fattori di successo nell'implementazione delle best practices clinico-organizzative - Disponibilità per i <i>decision makers</i> di una griglia calibrata di riferimento dei fattori "locali" in grado di qualificare e quantificare i fattori di successo nell'implementazione delle <i>best practices</i> clinico-organizzative

<p>TRAGUARDO INTERMEDIO 2</p>	<p>Formalizzazione gerarchica delle priorità di assegnazione delle risorse (organizzative ed economiche) per il perseguimento degli obiettivi di efficienza, sostenibilità e rientro nelle aree cliniche di interesse e nella razionalizzazione dei percorsi assistenziali per gruppi di patologia.</p> <p>Attività previste per il raggiungimento del traguardo 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pianificazione delle attività di selezione, arruolamento e formalizzazione delle coorti di sperimentazione 4. Identificazione e arruolamento di UUOO Ospedaliere di sperimentazione 5. Identificazione e arruolamento dei rispettivi Referenti Clinici 6. Applicazione del metodo (cicli di interviste)
<p><i>Indicatore/i</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione del Piano delle coorti di sperimentazione e misurazione degli indicatori di processo: <ul style="list-style-type: none"> a. Numero di Unità Operative Ospedaliere di sperimentazione, identificate e arruolate nei tre istituti di ricovero b. Numero Referenti Clinici identificati e arruolati nei tre istituti di ricovero - Predisposizione ed edizione finale di un set gerarchico di punti di interesse
<p><i>Standard di risultato</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione e formalizzazione di un set gerarchico di punti di interesse distinti per area in tema di abbattimento dell'inappropriatezza

<p>TRAGUARDO INTERMEDIO 3</p>	<p>Applicazione della strategia di implementazione degli obiettivi di efficienza, individuati secondo le priorità gerarchiche di cui all'obiettivo precedente secondo il modello di</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMLEMENTAZIONE COMPLESSA <p>Attività previste per il raggiungimento del traguardo 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pianificazione, calendarizzazione e organizzazione delle attività di cui ai successivi punti con quantificazione e qualificazione del fabbisogno (Piano espresso in cicli) 2. Esecuzione delle attività di IMLEMENTAZIONE COMPLESSA: <ul style="list-style-type: none"> <i>audit</i> <i>audit e feedback</i> realizzazione di supporti decisionali, uso di "<i>opinion leaders</i> <i>meeting</i> interattivi,
<p><i>Indicatore/i</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione del Piano di Implementazione per singola struttura (agenda locale delle attività) espresso in cicli - Realizzazione e misurazione delle attività in termini di <ul style="list-style-type: none"> Numero di visite di educatori, identificazione e utilizzo di supporti decisionali dedicati, numero di <i>meeting</i> interattivi; numero di interventi compositi di <i>audit e feedback</i> effettuati; esperienze di incentivazione esperienze di incentivazione (Implementazione complessa)
<p><i>Standard di risultato</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Completamento dei cicli di attività pianificati con l'attività 1 (Piano di Implementazione per singola struttura)

TRAGUARDO INTERMEDIO 4	<p>Miglioramento del grado di appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati.</p> <p>Attività previste per il raggiungimento del traguardo 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Predisposizione delle rilevazioni di appropriatezza 2. Esecuzione delle rilevazioni di appropriatezza
Indicatore/i	Indicatori di appropriatezza (Decreto 5)
Standard di risultato	Raggiungimento degli obiettivi di Budget assegnati alle strutture

TRAGUARDO INTERMEDIO 5	<p>Contaminazione e propagazione degli effetti positivi determinati dal progetto (interventi valutati positivamente in termini di rapporto <i>effort</i>/unità di efficienza-appropriatezza) e istituzionalizzati in <i>best practices</i> clinico-organizzative). Diffusione delle <i>best practice</i> clinico-organizzative e consolidamento di una cultura organizzativa orientata alla collaborazione, alla comunicazione e all'interazione tra professionisti (memoria dell'organizzazione).</p> <p>Attività previste per il raggiungimento del traguardo 5:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mappatura degli interventi valutati in termini di rapporto <i>effort</i>/unità di efficienza-appropriatezza 2. Mappatura delle competenze prima e dopo l'intervento; 3. Condivisione delle <i>best practice</i> clinico-organizzative tra le diverse sub-unità organizzative; 4. Organizzazione/esecuzione riunioni finalizzate alla diffusione intra-organizzativa delle <i>best practice</i> clinico-organizzative; 5. Organizzazione/esecuzione di convegni o incontri formativi per la diffusione delle <i>best practice</i> clinico-organizzative all'esterno.
Indicatore/i	<ul style="list-style-type: none"> - Mappatura degli interventi valutati in termini di rapporto <i>effort</i>/unità di efficienza-appropriatezza - Mappatura delle competenze prima e dopo l'intervento; - Pubblicazione della rilevazione di processo attraverso: <ul style="list-style-type: none"> o N° di <i>best practice</i> clinico-organizzative condivise tra le diverse sub-unità organizzative; o N° di riunioni finalizzate alla diffusione intra-organizzativa delle <i>best practice</i> clinico-organizzative; o N° di convegni o incontri formativi organizzati per la diffusione delle <i>best practice</i> clinico-organizzative all'esterno.
Standard di risultato	<ul style="list-style-type: none"> - Il numero-<i>target</i> di <i>best practices</i> clinico-organizzative e di riunioni può essere definito nel momento in cui è chiaro il numero di unità operative complessivo - Un convegno e tre incontri formativi curati dai <i>professionals</i>

Risultati dell'applicazione del modello S.A.R.T.O.

La realizzazione del disegno di ricerca è stata completata fino al Traguardo Intermedio 4:

1. Predisposizione delle rilevazioni di appropriatezza
2. Esecuzione delle rilevazioni di appropriatezza

Si riportano di seguito la sintesi descrittiva e numerica degli indicatori misurati in riferimento agli *standard* attesi:

- Indicatore/i: Indicatori di appropriatezza (Decreto 5)
- Standard di risultato: Raggiungimento degli obiettivi di Budget assegnati alle strutture.

L'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri ha comportato una riduzione consistente del numero del numero dei ricoveri non appropriati, con un delta complessivo di -2.028 ricoveri, come illustrato in tabella 3.

Da un punto di vista economico questo ha anche significato, per l'Azienda, una mancata valorizzazione dei relativi DRG, per l'anno 2010, di €. 1.800.038,00.

Tabella 3 DRG inappropriati (Decreto 5/2009) – variazioni anno 2010 – 2009 per UU.OO.

Strutture	N° 2009	Valore 2009	N° 2010	Valore 2010	N° var	Valore var
Cardiologia	584	347.336	176	134.900	-408	-212.436
Traumatologia di Emergenza	1.602	1.074.577	1.208	797.431	-394	-277.146
Medicina Generale	429	586.010	251	419.339	-178	-166.671
Neurologia	529	611.359	358	534.517	-171	-76.843
Medicina Trasfusionale	204	1.056.014	67	543.585	-137	-512.429
Otorinolaringoiatria	444	581.338	335	458.062	-109	-123.277
Pediatria	731	695.706	647	506.810	-84	-188.895
Chirurgia Vascolare	232	187.779	151	132.213	-81	-55.565
Malattie Infettive	1.135	1.220.353	1.062	1.101.180	-73	-119.173
Patologia Neonatale e TIN	222	289.133	151	185.959	-71	-103.173
Chirurgia Generale e d'Urgenza	380	602.116	320	520.853	-60	-81.262
Chirurgia Generale e Trapianti di Rene	312	238.244	252	150.701	-60	-87.542
Dermatologia	141	201.170	85	105.529	-56	-95.642
Endocrinologia e Malattia del Ricambio	518	532.889	473	530.959	-45	-1.930
Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'urgenza	135	96.596	93	75.704	-42	-20.892
Day Surgery Chirurgia Generale	145	116.594	111	82.224	-34	-34.370
Malattie Apparato Respiratorio	40	41.772	11	18.737	-29	-23.036
Oncologia	196	305.803	169	381.255	-27	75.451
Oculistica	173	286.055	148	192.760	-25	-93.294
Urologia	409	477.010	386	452.379	-23	-24.632
Chirurgia Pediatrica	500	486.085	480	503.853	-20	17.768
Ortopedia	958	682.169	939	731.646	-19	49.478
Day surgery di Chirurgia Generale	9	2.758	4	1.041	-5	-1.717
Psichiatria	73	136.454	70	118.771	-3	-17.683
Anestesia e Rianimazione	30	32.785	28	51.302	-2	18.517
Dialisi	2	554	1	323	-1	-231
Neurochirurgia	146	81.151	149	75.501	3	-5.650
Cardiochirurgia	23	17.839	27	25.039	4	7.199
Utic	9	10.631	15	31.419	6	20.788
Sezioni Detenuti	0	0	9	9.577	9	9.577
Ematologia	34	158.072	45	141.775	11	-16.297
Nefrologia	564	830.556	606	1.081.627	42	251.070
Ginecologia e Ostetricia	570	626.748	624	716.648	54	89.900
Totale complessivo	11.479	12.613.657	9.451	10.813.619	-2.028	-1.800.038

Se si osservano i risultati della tabella 4, si può notare che la riduzione dei ricoveri impropri rappresenta la principale causa di riduzione della produzione numerica di ricoveri registrata nell'anno 2010:

Tabella 4– produzione di DRG anni 2009 e 2010 per ricoveri a rischio di non appropriatezza secondo il Decreto 5/09.

DRG	Anno 2009			Anno 2010			Delta		
	numerosità DRG	valore	Somma pesi	numerosità DRG	valore	Somma pesi	numerosità DRG	valore	Somma pesi
Ordinari	25.523	83.681.756	27.957	24.388	85.790.780	28.595	-1.135	2.109.024	637
Day Hospital	10.888	15.331.576	8.138	9.867	14.764.688	7.411	-1.021	-566.888	-727
Totale	36.411	99.013.332	36.095	34.255	100.555.468	36.005	-2.156	1.542.136	-90

Sulla base dei dati rilevati, si è potuto ragionevolmente stimare che, ad un anno dall'implementazione del Decreto 5/2009, i risultati raggiunti abbiano avuto come conseguenza per l'Azienda un suo **riposizionamento su livelli di attività più appropriati rispetto gli anni precedenti.**

L'effetto prevedibile di tale riposizionamento era una possibile minore produzione complessiva, sia numerica che di valorizzazione economica.

Tuttavia, in ragione delle complesse attività di *training* e supporto offerte dal Gruppo di Progetto in riferimento all'adozione delle *best practices* clinico-organizzative è stato possibile addivenire ad un risultato favorevole: se per un verso, effettivamente, il numero complessivo dei ricoveri è diminuito (-2.156 DRG), così non è per la loro valorizzazione che, invece, subisce un incremento pari a + €. 1.542.136 rispetto l'anno precedente, come si nota dai valori riportati sempre in tabella 4.

È evidente, dunque, che le varie strutture di ricovero, eliminando una quota parte di inappropriatezza, siano riuscite ad indirizzarsi su attività di ricovero di maggiore complessità, soprattutto per quel che riguarda i ricoveri ordinari, che hanno largamente compensato e addirittura incrementato, non per numero ma per valore economico e per somma dei pesi, la mancata valorizzazione dei DRG inappropriati. Questo ha comportato anche un rilevante incremento del peso medio dei DRG ordinari che è passato, a livello aziendale, da 1,0954 per l'anno 2009 a 1,1709 per l'anno 2010 che appare risultato di assoluto rilievo.

Nell'allegato A è illustrato (tabelle da 5 a 8) si presenta il dettaglio analitico dei valori dei singoli indicatori di appropriatezza misurati.

Un elemento che va aggiunto alla rassegna descrittivo-quantitativa dei risultati conseguiti è che, tra le Strutture che maggiormente hanno migliorato l'assetto complessivo delle attività (riduzione dell'ospedalizzazione impropria e concentrazione della casistica complessa) compare l'Unità Operativa di Cardiologia, per la quale, nel 2010, è stato promosso l'avvio sperimentale del modello del *Day Service* (implementazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati per l'Ipertensione e per la diagnostica dell'Ipertensione complicata).

Nell'allegato C sarà, a tal riferimento, riportato uno degli strumenti documentali prodotti a supporto della strategia S.A.R.T.O. nella realizzazione dell'obiettivo di trasferimento della casistica impropria verso il regime ambulatoriale complesso.

Fase field - validazione dei propositi di ricerca

La validazione dei propositi di ricerca formulati ha portato a verificare che, nell'anno di sperimentazione, la strategia del modello S.A.R.T.O. ha permesso, concentrando gli sforzi sul processo di adattamento locale delle prescrizioni normative e puntando sulla contestualizzazione delle stesse attraverso una valutazione della specifica situazione assistenziale e delle risorse disponibili localmente, di migliorare i comportamenti clinico-organizzativi nelle strutture sanitarie.

I principali motivi di interruzione dell'attività di ricerca sono stati condizionati da una serie di fattori interni ed esterni all'organizzazione, sintetizzabili come segue:

Fattori esterni all'organizzazione aziendale:

- nuove disposizioni normative in materia di appropriatezza dei ricoveri (Decreto 58 del Commissario ad acta) hanno imposto all'Azienda una revisione degli obiettivi di efficiente utilizzo dell'ospedale. Infatti, i contenuti di questo Decreto, pur non smentendo l'impianto culturale e concettuale formulato col precedente Decreto 5/09 (la direzione assegnata è sempre nella direzione del trasferimento della casistica verso regimi alternativi al ricovero) ne hanno, tuttavia, svilito il *frame work* di valutazione. Infatti, mentre il Decreto 5, preso a riferimento per l'impostazione delle strategie di progetto, utilizzava come criteri di appropriatezza la modalità di utilizzo del ricovero (durata delle degenze, numero di accessi, tipologia di ricoveri – diagnostica o terapeutica -), il Decreto 58, poi ritirato ad un anno dalla pubblicazione ufficiale, concentrava l'attenzione sulle caratteristiche cliniche degli episodi di ricovero, riferendosi ad una lista di DRG specifici rispetto ai quali effettuare la distribuzione dei casi nei tre regimi alternativi (ordinario, diurno, ambulatoriale) entro soglie percentuali di ammissibilità.
- Il modello assistenziale del *Day Service*, varato nel 2009 con la formalizzazione dei primi 9 pacchetti assistenziali per patologia e destinato, negli auspici della stessa delibera istitutiva

(DGRC 102/09), a comprendere progressivamente l'intera gamma di categorie nosologiche a rischio di ospedalizzazione impropria, si è arenato nel biennio successivo per motivazioni di politica regionale tutt'ora irrisolte.

Fattori interni all'organizzazione aziendale

- L'Azienda Ospedaliera eletta a *setting* sperimentale, nel corso del 2011 si è trovata ad affrontare una serie di vicende ad alto impatto sull'organizzazione complessiva che si possono riassumere in:
 - il forte incremento di posti letto, che ha reso necessario sviluppare nuove linee di attività e rafforzare quelle esistenti;
 - l'accorpamento dei plessi ospedalieri di Mercato San Severino, Da Procida di Salerno e Cava de' Tirreni e Costa d'Amalfi,;
 - il completamento dell'iter procedurale di costituzione dell' Azienda Ospedaliera Universitaria
 - il progetto di informatizzazione complessiva dell'azienda.

Limiti dell'impostazione progettuale e implementazione e perfezionamento della linea di ricerca

I limiti principali della valutazione dell'applicabilità e dell'esportabilità del modello stanno:

- nella *costosità* degli interventi da mettere in campo in termini di risorse umane, tecnologiche, strumentali e organizzative per l'implementazione della strategia del Progetto S.A.R.T.O. rispetto alla quale non risultano attualmente valutati benefici ottenuti rispetto ad efficacia ed efficienza;
- nella unicità del contesto di osservazione.

Rispetto a tali limiti, è già partita un'implementazione del disegno della ricerca che ha previsto:

- l'estensione del *setting* sperimentale da una a tre Aziende Ospedaliere, l'AOU "Federico II" di Napoli e l'Istituto dei Tumori di Napoli I.R.C.S.S. Pascale;
- l'arruolamento di due Dipartimenti Universitari a forte competenza gestionale ed organizzativa, il CENTRO INTERDIPARTIMENTALE PER LA RICERCA IN DIRITTO,

ECONOMIA E MANAGEMENT DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE – CIRPA
della “FACOLTA’ DI ECONOMIA” UNIVERSITA’ di Salerno e il DIPARTIMENTO DI
SCIENZE MEDICHE PREVENTIVE dell’ UNIVERSITA’ “FEDERICO II” di Napoli.

Grazie alla costituzione della *partnership* tra queste strutture e l’AOU di Salerno, la linea di ricerca è stata implementata fino a comprendere, da un lato, l’applicazione alternativa delle tre differenti strategie di implementazione degli obiettivi di efficienza, ovvero la disseminazione, l’implementazione semplice e l’implementazione complessa, in modo da pervenire ad un’analisi comparativa e incrementale delle risorse e dei benefici ottenuti, dall’altro la valorizzazione economica puntuale degli interventi e dei risultati in modo da disporre di dati economici che quantifichino analiticamente l’*effort* organizzativo e gestionale impegnato nell’esecuzione delle strategie di implementazione.

Lo *start-up* del Progetto è previsto da giugno 2012.

Conclusioni

Le organizzazioni complesse, tra cui quelle sanitarie, si trovano a fronteggiare difficoltà sempre più significative nel garantire servizi di qualità ai clienti. Una delle principali ragioni è la crescente divisione e formalizzazione delle strutture e delle procedure che, spesso, comporta una separazione tra le diverse aree funzionali, rendendo difficile sviluppare un orientamento congiunto al "mercato" e ai suoi bisogni.

Gli strumenti organizzativi di tipo orizzontale e le strutture che si organizzano per processi, immaginati e introdotti per facilitare l'integrazione fra le unità operative, spesso si trasformano in nuovi apparati burocratici che amplificano e ripropongono le patologie delle forme organizzative tradizionali.

In questo contesto sembra essere sempre più frequente il ricorso all'utilizzo di comunità di pratica e network informali che dimostrano come nuovi modelli relazionali, basati principalmente sulla partecipazione volontaria e sul ricorso alle nuove tecnologie del Web 2.0, possano rendere più fluide le relazioni interpersonali, valorizzare il capitale sociale diffuso e disperso nelle organizzazioni e, pertanto, invogliare ogni attore a diventare protagonista attivo delle strutture organizzative.

Questa evoluzione pone un naturale e rinnovato accento sul rapporto fra strategia e organizzazione e sulla possibilità che nuove forme organizzative siano in grado di generare o di facilitare la creazione di vantaggio competitivo.

Imputare alla sola "irresponsabilità organizzativa" dei clinici ed alla variabilità delle loro strategie terapeutiche la causa del malfunzionamento delle organizzazioni sanitarie risulta un approccio fuorviante e miope.

Convince di più pensare che l'atteggiamento dei professionisti sia il sintomo laddove le cause potrebbero essere ricercate nelle modalità inadeguate di gestione e nelle scarse capacità di offrire ai professionisti ragioni sufficienti e convincenti per decidere se lasciarsi coinvolgere.

Con la ricerca presentata, le informazioni memorizzate dall'organizzazione durante le sperimentazioni clinico-gestionali condotte nel corso del 2010 hanno dimostrato che **la responsabilizzazione di tutti i livelli dell'organigramma aziendale può essere un momento di arricchimento della struttura, sia in termini di clima aziendale e motivazione che in termini produttivi.**

Si ritiene che il successo della costruzione del metodo, sebbene ancora da validare in successive esperienze implementative, possa già ritrovarsi nella capacità mostrata dall'organizzazione di ricercare un nuovo assetto relazionale complessivo secondo una *via naturale*, nel rispetto di un auto-adattamento virtuoso e dinamico, che promette di rispondere alle turbolenze ambientali (tensioni crescenti alla qualità, vincoli economici alla gestione) generando un gradiente di valore crescente.

Dare vita al governo clinico nell'organizzazione sanitaria implica riconoscere a questa la natura di sistema vivente, abitato da artefatti, tecnologie, implicazioni mentali, mappe cognitive in continua relazione tra loro, e per ciò stesso, complesso.

In un sistema complesso, più che le parti, sono le relazioni tra queste ad influenzare il comportamento dell'intero sistema.

L'autonomia del singolo è energia in libertà e rappresenta dialogicamente sia la forza (capacità creativa) sia il limite del sistema (disordine), e le continue tensioni e mediazioni ne definiscono la vitalità.

Il governo clinico, visto come apprendimento organizzativo, si realizza quando l'apprendimento di ciascun membro dell'organizzazione si somma e si moltiplica con gli altri, facendo emergere nuove capacità, nuove qualità e nuovi comportamenti professionali, sociali e motivazionali dell'organizzazione.

E' questo la via possibile alla "autonomia responsabile", nella quale ogni attore si autoresponsabilizza per il proprio livello di competenza e attività e per il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione stessa, riuscendo a funzionare nel suo contesto in modo armonico e trasformando i vincoli in opportunità di sviluppo.

ALLEGATO A

Scomposizione dei valori di in appropriatezza e attribuzione alle singole Strutture / Unità Operative produttrici.

I risultati dell'analisi degli indicatori di appropriatezza declinati per singolo valore-obiettivo del Decreto n°5 del Commissario ad Acta e per singola struttura di ricovero.

Numerosità dei DRG/ Valore/ anno di riferimento

Tabella 5 - DRG ordinari inappropriati senza DRG di 0 giorni		anno 2009		anno 2010	
		Numerosità	Valore	Numerosità	Valore
Dipartimenti	Strutture				
Altre Aziende	Psichiatria	56	132.994	51	114.809
Dipartimento Apparato Locomotore	Ortopedia	213	416.474	239	468.628
	Traumatologia di Emergenza	281	566.773	225	431.535
Dipartimento Area Critica	Anestesia e Rianimazione	0	0	1	448
	Chirurgia Generale e d'Urgenza	336	578.871	287	504.875
	Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'urgenza	23	58.458	19	51.189
	Medicina Generale	90	229.974	79	195.752
Dipartimento Area Critica	Sezioni Detenuti	0	0	6	8.838
Dipartimento del Cuore	Cardiochirurgia	5	10.569	4	5.087
	Cardiologia	41	74.436	28	47.929
	Utic	0	0	2	477
Dipartimento della Donna	Ginecologia e Ostetricia	322	408.668	325	416.535
Dipartimento delle Chirurgie Generali e Specialistiche	Chirurgia Vascolare	42	90.701	32	70.847
	Urologia	159	300.385	160	292.396
Dipartimento delle Neuroscienze e Patologie Craniofacciali	Neurochirurgia	25	48.970	21	41.298
	Neurologia	232	473.075	208	464.305
	Oculistica	144	275.158	92	174.945
	Otorinolaringoiatria	318	522.617	238	417.388
Dipartimento delle Specialità Mediche	Dermatologia	47	99.810	33	64.615
	Endocrinologia e Malattia del Ricambio	67	150.117	61	145.030
	Malattie Apparato Respiratorio	4	5.746	0	0
Dipartimento dell'Età Evolutiva	Chirurgia Pediatrica	351	402.060	388	463.873
	Patologia Neonatale e TIN	23	39.667	7	12.104
	Pediatria	189	278.348	143	197.861
Dipartimento Medico e Chirurgico Fegato, Rene e Trapianti	Chirurgia Generale e Trapianti di Rene	60	98.444	31	63.084

	Malattie Infettive	8	15.997	11	20.423
	Nefrologia	8	21.429	2	4.328
Dipartimento Oncoematologico	Oncologia	80	228.827	108	330.865
Totale		3.124	5.528.566	2.801	5.009.462

Tabella 6 - DRG ordinari 0 giorni		anno 2009		anno 2010	
		Numerosità	Valore	Numerosità	Valore
Dipartimenti	Strutture				
Altre Aziende	Psichiatria	17	3.460	19	3.962
Dipartimento Apparato Locomotore	Ortopedia	700	252.784	689	258.192
	Traumatologia di Emergenza	1.318	505.746	960	356.933
Dipartimento Area Critica	Anestesia e Rianimazione	30	32.785	27	50.854
	Chirurgia Generale e d'Urgenza	44	23.245	33	15.978
	Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'urgenza	112	38.138	74	24.515
	Medicina Generale	9	2.422	3	723
Dipartimento Area Critica	Sezioni Detenuti	0	0	3	739
Dipartimento del Cuore	Cardiochirurgia	18	7.270	23	19.952
	Cardiologia	5	1.336	3	1.165
	Utic	9	10.631	13	30.942
Dipartimento della Donna	Ginecologia e Ostetricia	158	136.270	196	167.803
Dipartimento delle Chirurgie Generali e Specialistiche	Chirurgia Vascolare	4	940	3	725
	Urologia	10	3.942	6	2.274
Dipartimento delle Neuroscienze e Patologie Craniofacciali	Neurochirurgia	7	1.897	8	2.129
	Neurologia	21	5.112	27	7.428
	Oculistica	3	851	5	3.412
	Otorinolaringoiatria	34	13.601	27	10.268
Dipartimento delle Specialità Mediche	Endocrinologia e Malattia del Ricambio	1	240	0	0
	Malattie Apparato Respiratorio	3	701	4	859
Dipartimento dell'Età Evolutiva	Chirurgia Pediatrica	54	34.105	31	15.442
	Patologia Neonatale e TIN	2	1.095	10	6.252
	Pediatria	87	24.711	83	22.839
Dipartimento Medico e Chirurgico Fegato, Rene e Trapianti	Chirurgia Generale e Trapianti di Rene	29	12.994	11	3.551

	Malattie Infettive	10	2.690	4	1.638
	Nefrologia	5	1.828	6	2.661
Dipartimento Oncoematologico	Oncologia	6	1.829	2	816
Totale		2.696	1.120.623	2.270	1.012.052

Tabella 7 - Day Hospital medici ad alto rischio di inappropriatezza escluso 1 accesso		anno 2009		anno 2010	
		Numerosità	Valore	Numerosità	Valore
Dipartimenti	Struttura				
Dipartimento Apparato Locomotore	Ortopedia	2	1.033	1	725
	Traumatologia di Emergenza	0	0	4	2.808
Dipartimento Area Critica	Medicina Generale	68	68.396	25	61.495
Dipartimento del Cuore	Cardiologia	86	93.622	26	33.712
Dipartimento delle Chirurgie Generali e Specialistiche	Chirurgia Vascolare	59	35.838	43	23.526
	Day Surgery Chirurgia Generale	100	81.178	76	55.099
	Urologia	45	31.174	26	18.083
Dipartimento delle Neuroscienze e Patologie Craniofacciali	Neurochirurgia	2	1.203	0	0
	Neurologia	41	28.061	25	18.226
	Otorinolaringoiatria	23	13.493	18	9.529
Dipartimento delle Specialità Mediche	Dermatologia	54	42.674	25	17.820
	Endocrinologia e Malattia del Ricambio	336	280.724	302	277.263
	Malattie Apparato Respiratorio	7	16.639	6	17.585
Dipartimento dell'Età Evolutiva	Chirurgia Pediatrica	25	16.550	11	7.474
	Patologia Neonatale e TIN	82	90.582	121	164.032
	Pediatria	65	47.591	72	47.893
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale	Medicina Trasfusionale	180	1.025.948	61	541.925
Dipartimento Medico e Chirurgico Fegato, Rene e Trapianti	Chirurgia Generale e Trapianti di Rene	2	1.673	0	0
	Malattie Infettive	20	18.786	30	23.084
	Nefrologia	3	3.605	2	3.740
Dipartimento Oncoematologico	Oncologia	2	3.323	0	0
Totale		1.202	1.902.091	874	1.324.018

Tabella 7 - DH medici diagnostici senza DH DRG inappropriati e senza DH con 1 accesso		anno 2009		anno 2010	
		Numerosità	Valore	Numerosità	Valore
Dipartimenti	Strutture				
Dipartimento Apparato Locomotore	Ortopedia	0	0	1	1.500
	Traumatologia di Emergenza	3	2.058	1	1.394
Dipartimento Area Critica	Medicina Generale	250	281.681	141	160.527
Dipartimento del Cuore	Cardiologia	92	79.326	36	31.376
Dipartimento della Donna	Ginecologia e Ostetricia	67	74.489	82	126.303
Dipartimento delle Chirurgie Generali e Specialistiche	Chirurgia Vascolare	85	49.863	51	32.480
	Day Surgery Chirurgia Generale	45	35.416	35	27.125
	Urologia	184	138.405	174	134.074
Dipartimento delle Neuroscienze e Patologie Craniofacciali	Neurochirurgia	3	1.643	6	3.652
	Neurologia	95	70.304	42	31.369
	Oculistica	4	2.820	2	2.380
	Otorinolaringoiatria	25	17.609	12	10.125
Dipartimento delle Specialità Mediche	Dermatologia	40	58.687	27	23.094
	Endocrinologia e Malattia del Ricambio	103	98.793	105	107.272
Dipartimento delle Specialità Mediche	Malattie Apparato Respiratorio	16	10.093	0	0
Dipartimento dell'Età Evolutiva	Chirurgia Pediatrica	28	21.015	4	2.316
	Patologia Neonatale e TIN	71	142.918	0	0
	Pediatria	207	293.015	152	184.663
Dipartimento Medico e Chirurgico Fegato, Rene e Trapianti	Chirurgia Generale e Trapianti di Rene	81	79.463	42	29.932
	Malattie Infettive	916	1.126.288	777	996.109
	Nefrologia	473	780.685	507	1.047.002
Dipartimento Oncoematologico	Ematologia	28	57.822	39	83.944
	Ematologia	6	100.251	3	56.488
	Oncologia	13	16.751	13	35.189

Totale	2.835	3.539.395	2.252	3.128.315
---------------	--------------	------------------	--------------	------------------

Tabella 8 - Day Hospital di un solo accesso medici		anno 2009		anno 2010	
		Numerosità	Valore	Numerosità	Valore
Dipartimenti	Strutture				
Dipartimento Apparato Locomotore	Ortopedia	43	11.878	9	2.601
	Traumatologia di Emergenza	0	0	18	4.760
Dipartimento Area Critica	Medicina Generale	12	3.537	3	842
Dipartimento del Cuore	Cardiologia	360	98.616	83	20.718
Dipartimento della Donna	Ginecologia e Ostetricia	23	7.321	21	6.007
Dipartimento delle Chirurgie Generali e Specialistiche	Chirurgia Vascolare	42	10.437	22	4.636
	Day surgery di Chirurgia Generale	9	2.758	4	1.041
	Urologia	11	3.104	20	5.552
Dipartimento delle Neuroscienze e Patologie Craniofacciali	Neurochirurgia	109	27.438	114	28.422
	Neurologia	140	34.808	56	13.189
	Oculistica	22	7.226	49	12.023
	Otorinolaringoiatria	44	14.019	40	10.752
Dipartimento delle Specialità Mediche	Endocrinologia e Malattia del Ricambio	11	3.015	5	1.394
	Malattie Apparato Respiratorio	10	8.593	1	293
Dipartimento dell'Età Evolutiva	Chirurgia Pediatrica	42	12.356	46	14.749
	Patologia Neonatale e TIN	44	14.871	13	3.572
	Pediatria	183	52.040	197	53.554
Dipartimento Interaziendale Immunotrasfusionale	Medicina Trasfusionale	24	30.066	6	1.660
Dipartimento Medico e Chirurgico Fegato, Rene e Trapianti	Chirurgia Generale e Trapianti di Rene	140	45.669	168	54.135
	Dialisi	2	554	1	323
	Malattie Infettive	181	56.593	240	59.926
	Nefrologia	75	23.009	89	23.896
Dipartimento Oncoematologico	Ematologia	0	0	3	1.343
	Oncologia	95	55.074	46	14.385

Totale	1.622	522.982	1.254	339.773
---------------	--------------	----------------	--------------	----------------

ALLEGATO B

Alcune delle Schede di Budget con gli obiettivi della Dimensione Clinica e dei Processi Aziendali individuati nell'ambito della strategia di ricerca.

REGIONE CAMPANIA

**Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi
d'Aragona Salerno**

SCHEDA DI BUDGET 2010

DIPARTIMENTO DELLE NEUROSCIENZE E PATOLOGIE CRANIOFACCIALI

Firme di negoziazione di budget

Il Direttore Generale per approvazione

Strutture

Strutture Complesse	
ORL	
Oculistica	
Neurologia	
Neurochirurgia	
Neuroradiologia	
Stroke Unit	

Strutture Semplici Dipartimentali	
Audiovestibologia	
Patologie Oncologiche Testa collo	
Neuro psicologia clinica	
Stroke Unit	

Malattie demielizzanti	
Anestesia e Terapia sub intensiva del Dipartimento di Neuroscienze	
Neurofisiopatologia Clinica	
Patologia e chirurgia vitroretinica	
Neuropatia ottica e chirurgia del glaucoma	
Neurotrasmotologia	
Neurochirurgia Spinale	
Neurochirurgia stereotassica	

Coordinatore di Dipartimento	
-------------------------------------	--

GLI OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 2010

LA DIMENSIONE CLINICA E DEI PROCESSI AZIENDALI

obiettivo 4) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: rimodulazione delle attività di ricovero ordinario, di ricovero day hospital, delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero secondo quanto stabilito dal Decreto del Commissario ad Acta n° 5 del 30 settembre 2009

STRUTTURE / Obiettivi Decreto 5 2009	ricalcolo DRG ordinari	ricalcolo DRG Dh	ricalcolo Prestazioni ambulatoriali	ricalcolo prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	peso
NEUROCHIRURGIA	-18	-86	100	4	15
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriata (30% in ambulatorio)		-14	14		
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-4			4	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriata (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-14	10	4		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-26	26		
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-55	55		
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriata (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-1	1		

NEUROLOGIA	-141	-68	197	11
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (30% in ambulatorio)		-30	30	
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-11			11
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-129	91	39	
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-57	57	
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-70	70	
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-1	1	
OCULISTICA	-80	-306	385	2
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (30% in ambulatorio)		-347	347	
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-2			2
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-79	55	24	
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-3	3	
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-11	11	
OTORINOLARINGOIATRIA	-197	28	150	19
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (30% in ambulatorio)		-62	62	
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-19			19
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-178	125	53	
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-10	10	
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-22	22	
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-3	3	

Totale complessivo	-436	-432	832	35
---------------------------	-------------	-------------	------------	-----------

obiettivo 5) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: attivazione del day service

PACC	UU.OO. Produttrici	Discipline di riferimento	peso
Individuazione ed attivazione dei PACC ritenuti necessari a perseguire gli obiettivi di appropriatezza fissati dal Decreto 5/2009	<i>da determinare</i>	<i>da determinare</i>	5

REGIONE CAMPANIA

**Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi
d'Aragona Salerno**

SCHEDA DI BUDGET 2010

DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' MEDICHE

Firme di negoziazione di budget

Il Direttore Generale per approvazione

Strutture

Strutture Complesse	
Malattie dell'Apparato Respiratorio	
Dermatologia	
Endocrinologia e Malattie del Ricambio	
Gastroenterologia con Bleeding center	

Strutture Semplici Dipartimentali	
Endoscopia bronchiale e pneumologia interventistica	

Centro per la disassuefazione dal fumo di tabacco	
Diabetologia	
Allergologia Respiratoria	
Allergologia Dermatologica	

Coordinatore di Dipartimento	
-------------------------------------	--

GLI OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 2010

LA DIMENSIONE CLINICA E DEI PROCESSI AZIENDALI

obiettivo 4) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: rimodulazione delle attività di ricovero ordinario, di ricovero day hospital, delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero secondo quanto stabilito dal Decreto del Commissario ad Acta n° 5 del 30 settembre 2009

STRUTTURE / Obiettivi Decreto 5 2009	ricalcolo DRG ordinari	ricalcolo DRG Dh	ricalcolo Prestazioni ambulatoriali	ricalcolo prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	peso
DERMATOLOGIA	-26	-35	60		15
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (30% in ambulatorio)		-19	19		
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-26	18	8		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-23	23		
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-11	11		
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	-37	-231	268	1	
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (30% in ambulatorio)		-104	104		
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-1			1	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-37	26	11		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-89	89		
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime		-6	6		

ambulatoriale				
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-58	58	
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	-4	-11	14	2
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (30% in ambulatorio)		-2	2	
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-2			2
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatelyzza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-2	2	1	
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-4	4	
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-5	5	
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-2	2	
Totale complessivo	-67	-277	342	2

obiettivo 5) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: attivazione del day service

PACC	UU.OO. Produttrici	Discipline di riferimento	peso
Attivazione del PACC Diagnostico per Malattie Tiroidee (P241)	Endocrinologia	Endocrinologia, Medicina Generale, Chirurgia Generale	10
Attivazione del PACC Diagnostico Diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo (P250)	Cardiologia, Endocrinologia	Medicina Generale, Endocrinologia e malattie del ricambio e della nutrizione	
Attivazione del PACC Broncopatia cronica ostruttiva (P4912)	Medicina, Malattie Apparato Respiratorio, Malattie Infettive, Cardiologia	Medicina Generale, Pneumologia	
Attivazione del PACC diagnostico di asma bronchiale (P4939)	Cardiologia, Pediatria	Medicina Generale, Pneumologia	
Attivazione del PACC Epatite cronica ogni eziologia (P5714)	Malattie Infettive, Medicina	Medicina Generale, Gastroenterologia, Malattie Infettive	
Attivazione del PACC Cirrosi epatica ogni eziologia (P5715)	Malattie Infettive	Medicina Generale, Gastroenterologia, Malattie Infettive	
Individuazione ed attivazione dei PACC ritenuti necessari a perseguire gli obiettivi di appropriatezza fissati dal Decreto 5/2009	<i>da determinare</i>	<i>da determinare</i>	

REGIONE CAMPANIA

**Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi
d'Aragona Salerno**

SCHEDA DI BUDGET 2010

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

Firme di negoziazione di budget

Il Direttore Generale per approvazione

Strutture

Strutture Complesse	
Medicina Generale	
Medicina e chirurgia di accettazione e di Urgenza	
Anestesia e Rianimazione	
Anestesia e Terapia post operatoria	
O.B.I. Medico Chirurgica	
Centrale Operativa 118	
Chirurgia generale ed'urgenza d'Urgenza	
Strutture Semplici Dipartimentali	

Donazioni d'organo	
Urgenze addominali	
Chirurgia laparoscopica d'urgenza	
Dolore toracico	
Terapia Antalgica	
Terapia Iperbarica	
Trattamento del trauma cranico e del cerebroleso	
Accettazione sanitaria e Pronto Soccorso	
Tossicologia clinica	
Controllo di qualità dei processi assistenziali	

Coordinatore di Dipartimento	
-------------------------------------	--

Al Dipartimento Area Critica è stato inoltre affidato il coordinamento delle Sale Operatorie Generali

GLI OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 2010

LA DIMENSIONE CLINICA E DEI PROCESSI AZIENDALI

obiettivo 4) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: rimodulazione delle attività di ricovero ordinario, di ricovero day hospital, delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero secondo quanto stabilito dal Decreto del Commissario ad Acta n° 5 del 30 settembre 2009

STRUTTURE / Obiettivi Decreto 5 2009	ricalcolo DRG ordinari	ricalcolo DRG Dh	ricalcolo Prestazioni ambulatoriali	ricalcolo prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	peso
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	-16			16	15
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-16			16	
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	-218	136	58	24	
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-24			24	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-194	136	58		
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	-75	10	4	61	
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-61			61	

Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatelyzza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-14	10	4	
MEDICINA GENERALE	-55	-66	115	5
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (30% in ambulatorio)		-21	21	
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-5			5
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatelyzza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-50	35	15	
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-65	65	
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-6	6	
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-8	8	
Totale complessivo	-364	80	178	106

obiettivo 5) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: attivazione del day service

PACC	UU.OO. Produttrici	Discipline di riferimento	peso
Attivazione del PACC Diagnostico per Malattie Tiroidee (P241)	Endocrinologia	Endocrinologia, Medicina Generale, Chirurgia Generale	10
Attivazione del PACC Diagnostico Diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo (P250)	Cardiologia, Endocrinologia	Medicina Generale, Endocrinologia e malattie del ricambio e della nutrizione	
Attivazione del PACC Iperensione arteriosa - Primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria (P4011)	Medicina, Cardiologia	Medicina Generale, Cardiologia, Nefrologia	
Attivazione del PACC Valutazione delle complicanze cardiovascolari della ipertensione (P4012)	Medicina, Cardiologia	Medicina Generale, Cardiologia, Nefrologia	
Attivazione del PACC Broncopatia cronica ostruttiva (P4912)	Medicina, Malattie Apparato Respiratorio, Malattie Infettive, Cardiologia	Medicina Generale, Pneumologia	
Attivazione del PACC diagnostico di asma bronchiale (P4939)	Cardiologia, Pediatria	Medicina Generale, Pneumologia	
Attivazione del PACC Epatite cronica ogni eziologia (P5714)	Malattie Infettive, Medicina	Medicina Generale, Gastroenterologia, Malattie Infettive	
Attivazione del PACC Cirrosi epatica ogni eziologia (P5715)	Malattie Infettive	Medicina Generale, Gastroenterologia, Malattie Infettive	
Individuazione ed attivazione dei PACC ritenuti necessari a perseguire gli obiettivi di appropriatezza fissati dal Decreto 5/2009	<i>da determinare</i>	<i>da determinare</i>	

REGIONE CAMPANIA

**Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi
d'Aragona Salerno**

SCHEDA DI BUDGET 2010

DIPARTIMENTO CUORE

Firme di negoziazione di budget

Il Direttore Generale per approvazione

Strutture

Strutture Complesse	
Cardiochirurgia	
Cardiochirurgia d'Urgenza	
Cardiologia	
Anestesia e Rianimazione del Dip Cuore	
UTIC	
Cardiologia Interventistica ed Emodinamica	
Strutture Semplici Dipartimentali	
Chirurgia Valvolare	
Chirurgia del Trapianto	

Chirurgia dell'Aorta Ascendente e Toracica	
Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione	
Ecocardiografia	
Angiologia	
Rianimazione per il Dip. Cuore	
Cardioanestesia	
Riabilitazione Cardiologica	
Coordinamento della Rete cardiologica per l'emergenza	

Coordinatore di Dipartimento	
-------------------------------------	--

GLI OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 2010

LA DIMENSIONE CLINICA E DEI PROCESSI AZIENDALI

obiettivo 4) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: rimodulazione delle attività di ricovero ordinario, di ricovero day hospital, delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero secondo quanto stabilito dal Decreto del Commissario ad Acta n° 5 del 30 settembre 2009

STRUTTURE / Obiettivi Decreto 5 2009	ricalcolo DRG ordinari	ricalcolo DRG Dh	ricalcolo Prestazioni ambulatoriali	ricalcolo prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	peso
CARDIOCHIRURGIA	-14	3	1	10	15
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-10			10	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-4	3	1		
CARDIOLOGIA	-26	-293	315	3	
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (30% in ambulatorio)		-47	47		
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-3			3	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-23	16	7		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-56	56		
Trasferimento del 50% dei dh di un		-180	180		

solo accesso Medici in regime ambulatoriale				
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-26	26	
UTIC	-5			5
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-5			5
Totale complessivo	-44	-290	317	17

obiettivo 5) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: attivazione del day service

PACC	UU.OO. Produttrici	Discipline di riferimento	peso
Attivazione del PACC Diagnostico Diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo (P250)	Cardiologia, Endocrinologia	Medicina Generale, Endocrinologia e malattie del ricambio e della nutrizione	5
Attivazione del PACC Iperensione arteriosa - Primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria (P4011)	Medicina, Cardiologia	Medicina Generale, Cardiologia, Nefrologia	
Attivazione del PACC Valutazione delle complicanze cardiovascolari della ipertensione (P4012)	Medicina, Cardiologia	Medicina Generale, Cardiologia, Nefrologia	
Attivazione del PACC diagnostico di asma bronchiale (P4939)	Cardiologia, Pediatria	Medicina Generale, Pneumologia	
Individuazione ed attivazione dei PACC ritenuti necessari a perseguire gli obiettivi di appropriatezza fissati dal Decreto 5/2009	<i>da determinare</i>	<i>da determinare</i>	

REGIONE CAMPANIA

**Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi
d'Aragona Salerno**

SCHEDA DI BUDGET 2010

DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO FEGATO, RENE E TRAPIANTI

Firme di negoziazione di budget

Il Direttore Generale per approvazione

Strutture

Strutture Complesse	
Chirurgia generale e trapianti di rene	
Nefrologia e trapianti di rene	
Malattie Infettive	
Nutrizione Clinica	
Strutture Semplici Dipartimentali	
Virologia Clinica	
Attività di prelievo di organo	
Accessi vascolari per l'emodialisi	
Microbiologia Clinica	
Biologia Molecolare ad	

indirizzo infettivologico	
Dialsi	
Chirurgia oncologica mininvasiva	
Dialisi di area critica	
Chirurgia Toracica	
Gestione clinica del trapianto di fegato	
Gestione clinica del trapianto di rene	

Coordinatore di Dipartimento	
-------------------------------------	--

GLI OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 2010

LA DIMENSIONE CLINICA E DEI PROCESSI AZIENDALI

obiettivo 4) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: rimodulazione delle attività di ricovero ordinario, di ricovero day hospital, delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero secondo quanto stabilito dal Decreto del Commissario ad Acta n° 5 del 30 settembre 2009

STRUTTURE / Obiettivi Decreto 5 2009	ricalcolo DRG ordinari	ricalcolo DRG Dh	ricalcolo Prestazioni ambulatoriali	ricalcolo prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	peso
CHIRURGIA GENERALE E TRAPIANTI DI RENE	-56	-87	127	16	15
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (30% in ambulatorio)		-1	1		
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-16			16	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-40	28	12		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-44	44		
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-70	70		
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-1	1		
DIALISI		-3	3		

Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-2	2	
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-1	1	
MALATTIE INFETTIVE	-11	-381	387	5
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inapproprietezza (30% in ambulatorio)		-11	11	
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-5			5
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inapproprietezza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-5	4	2	
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-277	277	
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-91	91	
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inapproprietezza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-7	7	
NEFROLOGIA	-7	-143	148	3
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inapproprietezza (30% in ambulatorio)		-1	1	
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-3			3
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inapproprietezza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-4	3	1	
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-107	107	
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-38	38	
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inapproprietezza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-1	1	
Totale complessivo	-74	-615	665	24

obiettivo 5) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: attivazione del day service

PACC	UU.OO. Produttrici	Discipline di riferimento	peso
Attivazione del PACC Diagnostico per Malattie Tiroidee (P241)	Endocrinologia	Endocrinologia, Medicina Generale, Chirurgia Generale	5
Attivazione del PACC Ipertensione arteriosa - Primo inquadramento o	Medicina, Cardiologia	Medicina Generale, Cardiologia, Nefrologia	

sospetta ipertensione secondaria (P4011)		
Attivazione del PACC Valutazione delle complicanze cardiovascolari della ipertensione (P4012)	Medicina, Cardiologia	Medicina Generale, Cardiologia, Nefrologia
Attivazione del PACC Broncopatia cronica ostruttiva (P4912)	Medicina, Malattie Apparato Respiratorio, Malattie Infettive, Cardiologia	Medicina Generale, Pneumologia
Attivazione del PACC Epatite cronica ogni eziologia (P5714)	Malattie Infettive, Medicina	Medicina Generale, Gastroenterologia, Malattie Infettive
Attivazione del PACC Cirrosi epatica ogni eziologia (P5715)	Malattie Infettive	Medicina Generale, Gastroenterologia, Malattie Infettive
Individuazione ed attivazione dei PACC ritenuti necessari a perseguire gli obiettivi di appropriatezza fissati dal Decreto 5/2009	<i>da determinare</i>	<i>da determinare</i>

REGIONE CAMPANIA

**Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi
d'Aragona Salerno**

SCHEDA DI BUDGET 2010

DIPARTIMENTO DELLE CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE

Firme di negoziazione di budget

Il Direttore Generale per approvazione

Strutture

Strutture Complesse	
Urologia	
Day Surgery di Chirurgia Generale	
Chirurgia Vascolare	
Radiologia Vascolare ed Interventistica	
Odontostomatologia	
Strutture Semplici Dipartimentali	
Senologia Chirurgica	
Chirurgia plastica e ricostruttiva	
Ecografia Interventistica	

Odontostomatologia ad alto rischio biologico	
Anestesia e terapia sub intensiva per Chirurgia vascolare	
Chirurgia dell'Aorta in Urgenza	
Chirurgia Endovascolare	

Coordinatore di Dipartimento	
-------------------------------------	--

GLI OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 2010

LA DIMENSIONE CLINICA E DEI PROCESSI AZIENDALI

obiettivo 4) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: rimodulazione delle attività di ricovero ordinario, di ricovero day hospital, delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero secondo quanto stabilito dal Decreto del Commissario ad Acta n° 5 del 30 settembre 2009

STRUTTURE / Obiettivi Decreto 5 2009	ricalcolo DRG ordinari	ricalcolo DRG Dh	ricalcolo Prestazioni ambulatoriali	ricalcolo prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	peso
CHIRURGIA VASCOLARE	-26	-82	106	2	15
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (30% in ambulatorio)		-42	42		
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-2			2	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-23	16	7		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-35	35		
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-21	21		
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		0	0		
DAY SURGERY DI CHIRURGIA GENERALE		-104	104		
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatazza (30% in ambulatorio)		-68	68		
Riduzione significativa ricoveri dh		-22	22		

medico diagnostico (20% in ambulatorio)				
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-5	5	
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		-9	9	
UROLOGIA	-94	-9	98	5
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (30% in ambulatorio)		-15	15	
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-5			5
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatelyzza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-89	62	27	
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-50	50	
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-6	6	
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		0	0	
Totale complessivo	-120	-195	307	8

obiettivo 5) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: attivazione del day service

PACC	UU.OO. Produttrici	Discipline di riferimento	peso
Individuazione ed attivazione dei PACC ritenuti necessari a perseguire gli obiettivi di appropriatezza fissati dal Decreto 5/2009	<i>da determinare</i>	<i>da determinare</i>	5

REGIONE CAMPANIA

**Azienda Ospedaliera Universitaria OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi
d'Aragona Salerno**

SCHEDA DI BUDGET 2010

DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO

Firme di negoziazione di budget

Il Direttore Generale per approvazione

Strutture

Strutture Complesse	
Anatomia Patologia	
Oncologia Medica	
Strutture Semplici Dipartimentali	
Percorsi integrati per l'appropriatezza di gestione del paziente oncologico	
Genetica molecolare e citogenetica	
Coordinatore di Dipartimento	

GLI OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 2010

LA DIMENSIONE CLINICA E DEI PROCESSI AZIENDALI

obiettivo 4) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: rimodulazione delle attività di ricovero ordinario, di ricovero day hospital, delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero secondo quanto stabilito dal Decreto del Commissario ad Acta n° 5 del 30 settembre 2009

STRUTTURE / Obiettivi Decreto 5 2009	ricalcolo DRG ordinari	ricalcolo DRG Dh	ricalcolo Prestazioni ambulatoriali	ricalcolo prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	peso
ONCOLOGIA	-48	-23	67	3	
Riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (30% in ambulatorio)		-1	1		15
Riduzione ricoveri ordinari 0 giorni (70% prestazioni PS non seguite da ricovero)	-3			3	
Riduzione ricoveri ordinari a rischio di inappropriatelyzza (70% da trasferire in dh (70%) e in ambulatorio (30%))	-45	31	13		
Riduzione significativa ricoveri dh medico diagnostico (20% in ambulatorio)		-5	5		
Trasferimento del 50% dei dh di un solo accesso Medici in regime ambulatoriale		-48	48		
Ulteriore riduzione ricoveri dh medici ad alto rischio di inappropriatelyzza (133, 134, 183, 184, 284, 301, 324, 467) (20% in ambulatorio)		0	0		
Totale complessivo	-48	-23	67	3	
Obiettivo specifico per Oncologia: per i trattamenti chemioterapici privilegiare i ricoveri in regime di dh, limitando il ricorso ai ricoveri ordinari nei soli casi che presentano l'indicazione clinica per il ricovero continuativo, indicazione che dovrà essere chiaramente descritta nella documentazione clinica					

obiettivo 5) Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri: attivazione del day service

PACC	UU.OO. Produttrici	Discipline di riferimento	peso
Individuazione ed attivazione dei PACC ritenuti necessari a perseguire gli obiettivi di appropriatezza fissati dal Decreto 5/2009	<i>da determinare</i>	<i>da determinare</i>	5

ALLEGATO C

Sistemi di guida e remainder per l'implementazione delle logiche di efficienza
Esempio: il *Day Service*

SOMMARIO

PREMESSA

MINI-GLOSSARIO DI RIFERIMENTO

1. IL DAY SERVICE: COSA E' (E COSA NON E')
2. QUALE CASISTICA VA TRASFERITA IN DAY SERVICE
3. QUANDO RICORRERE AD UN PERCORSO DI DAY SERVICE
4. COME GESTIRE PROCESSI E FASI DEL PERCORSO DI DAY SERVICE
5. COME GESTIRE IL RUOLO DEI SERVIZI
6. IL *VALORE* DEL DAY SERVICE

	Nome	Funzione	Firma
Redatta da	Patrizia Cuccaro	Direzione Sanitaria Aziendale	
Verificata da	Pierluigi Pappalardo	Servizio Programmazione e Controllo di Gestione	
Verificata da	Grazia Cioffi	Responsabile CUP	
Verificata da	Luciana Catena	Direttore Medico di Presidio	
Approvata da	Maria Virginia Scafarto	Direttore Sanitario Aziendale	
Deliberata da	Attilio Montano Bianchi	Direttore Generale	
Data Deliberazione			

PREMESSA

Gli impegni assunti dalla regione Campania con il piano di rientro dal disavanzo, comprendono la riduzione del tasso di ospedalizzazione per acuti senza che venga meno la capacità del SSR di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie. La produzione normativa e gli indirizzi programmatici nazionali regionali individuano, quale azione essenziale per il raggiungimento di questo obiettivo, il trasferimento di quote significative di ricoveri inappropriati verso modelli assistenziali di minore intensività, a parità di efficacia, con un utilizzo più appropriato ed efficiente delle risorse.

La DGRC 546/07 detta le linee di indirizzo generale per l'avvio del modello organizzativo dell'assistenza ambulatoriale complessa e coordinata, introducendo, nell'allegato 3 "Qualificazione dell'attività ambulatoriale e istituzione del day service", una innovativa modalità organizzativa di assistenza, ricompresa nel livello territoriale, che presenta caratteristiche intermedie tra il ricovero in day hospital e le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La successiva DGRC 102/09, a modifica ed integrazione alla deliberazione n° 2040 del 23 dicembre 2008 "Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007)" fissa più precise indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione e definisce i primi specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi.

Nel 2009, il Decreto 5 del Commissario ad acta della Regione Campania tra gli "Obiettivi di miglioramento della appropriatezza dei ricoveri" identifica nell'assistenza ambulatoriale il setting opportuno per la conversione dei ricoveri ritenuti inappropriati.

Nell'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno il modello assistenziale è stato proposto nel 2010 in via sperimentale come alternativa ai DRG medici ritenuti inappropriati e la messa a regime è stata differita in vista dell'ottimizzazione del sistema informatico di gestione dedicato.

Il documento che segue rappresenta una breve introduzione al Day Service, raccogliendo un minuto glossario di riferimento (le voci più specifiche sono contenute nei glossari specifici di ciascuna procedura) e, soprattutto, una prima edizione di FAQ, (Frequently Asked Questions) cioè le "domande poste frequentemente" in merito al nuovo modello.

E' possibile (e consigliabile) utilizzare il forum del sito web aziendale per porre delle altre; queste ultime, con le relative risposte, oltre a comparire sullo stesso forum, aggiorneranno il presente documento con periodicità variabile a seconda del volume delle interrogazioni.

MINI-GLOSSARIO DI RIFERIMENTO

Il **Day Service** è un processo organizzativo di erogazione dell'assistenza finalizzato ad affrontare specifici e codificati problemi diagnostici definiti a priori per la cui soluzione sono predisposte, preliminarmente, specifiche liste di prestazioni che risultano indicate, sulla base delle evidenze, e che si denominano Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (P.A.C.C.).

I Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati di day service sono gruppi ragionati di prestazioni che trovano indicazione per dare risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie/problemi. Le prestazioni incluse nei PACC, di norma, sono quelle previste dal nomenclatore della specialistica ambulatoriale. All'interno della lista delle prestazioni previste dallo specifico percorso, lo specialista individua, caso per caso, le prestazioni da prescrivere.

Il Day Hospital è la prestazione assistenziale di ricovero erogata da un istituto di cura limitata ad una sola parte della giornata, volta ad affrontare patologie/problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico e/o terapia e/o specifici controlli clinici diagnostici e strumentali, assistenza medico infermieristica prolungata, per erogare prestazioni che non sono eseguibili in ambulatorio. E' definito medico quando nel corso del ricovero non sono erogate prestazioni chirurgiche eseguibili in sala operatoria; è diagnostico quando non sono eseguite procedure terapeutiche.

Day Hospital Medico è definito come ricovero diurno nel corso del quale non sono erogate prestazioni

chirurgiche eseguibili in sala operatoria in base alla versione CMS 19 del sistema di classificazione dei DRG.

Il **File C** rappresenta il flusso informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ivi incluse quelle di Day Service (DD 17/09). Esso è assimilabile alla Scheda di Dimissione e ha come finalità la quantificazione e la qualificazione delle attività erogate in regime di ambulatorio e il rimborso delle prestazioni effettuate.

I. IL DAY SERVICE: COSA E' (E COSA NON E')

I.1. Il Day Service è ...

Una innovativa modalità organizzativa di assistenza, ricompresa nel livello territoriale, fondata su un percorso diagnostico coordinato tra diversi specialisti (almeno 2 branche) in grado di fornire risposta ad una precisa tipologia di pazienti.

I.2. Non è un Day Hospital ...

Esso condivide con il Day Hospital gli elementi di “presa in carico specialistica” e la articolazione guidata del percorso¹⁶; inoltre, l’attenzione dei medici è, fundamentalmente, centrata sul problema clinico del paziente e non, come avviene nella forma tradizionale di assistenza ambulatoriale, sulla singola prestazione. Contrariamente al Day Hospital, tuttavia, gli elementi costitutivi del Day Service sono prestazioni di specialistica ambulatoriale, ciascuna codificata e descritta come da nomenclatore tariffario, la cui effettiva erogazione determina la valorizzazione economica dell’intero episodio di Day Service (corrispondente alla somma dei valori tariffari delle singole prestazioni effettuate). La cartella clinica è rappresentata da una Scheda di Day Service (v. dopo, Documentazione); non è prevista una Scheda di Dimissione ma è comunque necessaria la registrazione elettronica delle prestazioni erogate ai fini del rimborso (v. dopo, File C).

I.3. ... né un ambulatorio specialistico tradizionale

Come nell’assistenza ambulatoriale tradizionale, il cittadino è tenuto alla compartecipazione alla spesa (se non esente), sottoforma di un ticket che, nel Day Service, ha un valore massimo di 50 €. La valorizzazione finale, dunque, e la remunerazione che ne consegue, si fondano sui flussi informativi e sulle modalità di rimborso tipiche dell’assistenza ambulatoriale: il File C, ovvero il tracciato record delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, e non la SDO, rappresenta l’output finale del percorso di Day Service. Tuttavia, la presa in carico del paziente non si esaurisce con la prestazione ma con il completamento dell’iter diagnostico, il quale viene sancito dalla chiusura della Scheda di Day Service e con il rilascio al paziente di una relazione conclusiva che riporti i risultati degli esami praticati, la sintesi clinica e la formulazione della diagnosi e le eventuali proposte terapeutiche.

2. QUALE CASISTICA VA TRASFERITA IN DAY SERVICE

Il Day Service è la naturale destinazione dei casi ritenuti “impropri” se trattati in regime di Day Hospital Medico Diagnostico (non terapeutico e non chirurgico/Day Surgery).

2.1. Cosa sono i Day Hospital Diagnostici impropri?

La DGRC 546/07 definisce appropriati i DH diagnostici solo in determinate situazioni:

- esecuzione di accertamenti diagnostici che comportano problemi di sicurezza per il paziente
- i ricoveri per specifiche condizioni del paziente

Sono considerati appropriati i ricoveri in DH per l’esecuzione di:

¹⁶ Nel Day Hospital la struttura di ricovero garantisce la presa in carico del paziente nel suo percorso diagnostico terapeutico, realizzando la concentrazione temporale delle prestazioni; lo specialista ospedaliero sulla base di un quesito posto dal medico di medicina generale o da un altro specialista, formula l’ipotesi diagnostica, definisce il percorso assistenziale, esegue la sintesi clinica sulla base dei referti delle indagini eseguite, consulta gli altri specialisti che partecipano al percorso, monitorizza lo svolgimento dell’iter diagnostico e, soprattutto, si assume il compito, a conclusione del percorso diagnostico, di formulare la sintesi clinica delle informazioni raccolte durante il ricovero definendo la diagnosi e proponendola al medico curante.

1. esami strumentali in pazienti a rischio che richiedono un'osservazione per più di un' ora dopo
2. l'esecuzione dell'esame (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica)
3. esami che prevedono somministrazione di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto per esami radiologici) e che necessitano di monitoraggio dopo l'esecuzione dell'esame di oltre 1 ora (il monitoraggio deve essere registrato nella cartella clinica)
4. esami su pazienti che, per le particolari condizioni cliniche (rischio di shock anafilattico, scompenso emodinamico o metabolico, necessità di sedazione farmacologica, ecc.) richiedano monitoraggio clinico (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica)

Sono considerati appropriati i ricoveri in DH per l'esecuzione di accertamenti diagnostici da eseguire a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (pazienti geriatrici, pediatrici, soggetti affetti da demenza o deficit delle funzioni cognitive, soggetti fragili per motivi clinici e sociali)

2.2. Quanti Day Hospital Diagnostici vanno trasferiti in Day Service?

Il Decreto n°5 del Commissario ad acta stabilisce di:

1. ridurre del 60% i DH diagnostici senza incrementare i ricoveri ordinari, ricorrendo – cioè - al regime ambulatoriale;
2. ridurre del 30% i DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza spostandoli a livello ambulatoriale;
3. abbattere di un ulteriore 20% i DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza che sono classificati tra i primi 30 DRG prodotti nel 2008 erogati;
4. trasferire il 50% dei DH diagnostici di I solo accesso verso il regime ambulatoriale

Tale tipologia di casistica, quando sussistono le condizioni specificate, va trasferita in Day Service.

2.3. Quanti Day Hospital Diagnostici sono trasferibili in azienda?

Nel 2009 sono stati effettuati più di 5000 DH diagnostici; di questi più di 1500 hanno effettuato un solo accesso.

2.4. Il Day Hospital Medico Diagnostico è l'unico regime assistenziale suscettibile di trasferimento in Day Service?

Il Decreto n°5 del Commissario ad acta stabilisce di trasferire il 70% dei ricoveri afferenti al regime ordinario verso forme diurne/ambulatoriali di assistenza; di questo 70%, il 30% va trattato in ambulatorio;

2.5. Il ricovero improprio è l'unico criterio per trasferire la casistica in Day Service?

La DGRC 102/09 stabilisce che le patologie o problemi da trattare in Day Service vanno scelte utilizzando, quale criterio di priorità, la prevalenza delle problematiche cliniche nella popolazione e comunque selezionando problemi clinici la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime, multidisciplinari e complesse, alle quali concorrano, oltre alla radiologia ed al laboratorio di analisi, almeno altre due branche specialistiche e un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo con la presa in carico del paziente.

3. QUANDO RICORRERE AD UN PERCORSO DI DAY SERVICE

Il Day Service è destinato a situazioni cliniche che necessitano di un approccio *orientato al problema clinico* e *non alle prestazioni* e per le quali la definizione della diagnosi richiede indagini e consulenze plurime e multidisciplinari, in tanti casi complesse ed invasive, afferenti a predefiniti percorsi ambulatoriali.

Il Day Service, di fatti, si realizza attraverso l'erogazione di "pacchetti" di prestazioni ambulatoriali ritenute necessarie per dare risposta ad uno specifico quesito diagnostico e definiti complessi e coordinati (P.A.C.C) in quanto richiedono, per una tempestiva erogazione, un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo e la concentrazione delle prestazioni in un'unica struttura

erogatrice che assicuri la presa in carico del paziente.

I pacchetti sono confezionati a priori e costituiscono liste ragionate (e basate sull'evidenza scientifica) di prestazioni e consulenze.

3.1. Chi può accedere al Day Service?

La Regione Campania ha avviato il Day Service *solo* per prestazioni di tipo diagnostico. Pertanto possono essere candidati al Day Service solo quesiti clinici che necessitano di un inquadramento o di un approfondimento (anche in vista di scelte terapeutiche) clinico, biochimico o strumentale ai fini di diagnosi o definizione nosologica.

Il Day Service, come alternativa al Day Hospital Diagnostico, è esclusivamente un processo assistenziale di elezione e, come tale, destinato a pazienti non urgenti.

3.2. Chi attiva il Day Service?

Il Day Service può essere *proposto* dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di Libera Scelta o dallo Specialista Ambulatoriale (sul ricettario regionale), ma deve essere *disposto* dallo specialista ospedaliero che deve confermare l'appropriatezza della prescrizione e verificare la necessità di almeno 3 (5 per alcuni PACC) prestazioni per dare risposta al quesito clinico.

3.3. Chi coordina il percorso di Day Service?

Il percorso, pur essendo "predeterminato" da una lista rigida (il pacchetto) di prestazioni, viene guidato dallo specialista di riferimento che assume la presa in carico del paziente fino alla conclusione diagnostica.

4. COME GESTIRE PROCESSI E FASI DEL PERCORSO DI DAY SERVICE

4.1. Come si accede al Day Service?

La prestazione di Day Service si prenota necessariamente tramite CUP. Le liste destinate al Day Service sono separate da quelle relative agli altri ambulatori o alle liste di ricovero programmato. Le prenotazioni possono essere effettuate anche presso il reparto o l'ambulatorio ma esclusivamente utilizzando la procedura UNICA DI PRENOTAZIONE nel rispetto della normativa vigente.

4.2. Come vengono gestiti gli ambulatori di Day Service tramite CUP?

Il pacchetto di Day Service viene confezionato raccogliendo a priori le disponibilità dei vari specialisti coinvolti nella gestione di un determinato percorso (v. Documento DServ01). Sia le branche di riferimento, sia i servizi di diagnostica strumentale sono chiamati a definire le proprie fasce di disponibilità oraria e giornaliera. Queste ultime vengono inserite all'interno della procedura di prenotazione. Il CUP prenota la prima visita specialistica di Day Service, registrando l'impegnativa del paziente ed inserendolo nella lista dedicata; la stessa operazione può essere effettuata dal reparto/ambulatorio, purché eseguita tramite procedura CUP e nel rispetto della normativa vigente.

4.3. Come si coordinano gli accessi successivi alla prima visita?

Lo specialista ospedaliero cui il CUP ha affidato la gestione del caso coordina a sua volta la prenotazione delle prestazioni successive, riservando gli appuntamenti nelle date e negli orari resi disponibili dai vari specialisti e servizi ed effettuando direttamente la prenotazione ovvero rimettendo al CUP la tabella delle prestazioni selezionate per farle prenotare. Ciascun attore del percorso, nelle date e negli orari in cui ha dichiarato la propria disponibilità, può verificare il proprio piano di lavoro e controllare le prenotazioni.

N.B. Il paziente non deve consegnare altre impegnative oltre quella del MMG/PLS/SA di proposta di Day Service, a meno che non siano necessarie indagini o consulenze non ricomprese nel pacchetto.

4.4. In quanto tempo va concluso il percorso di day service?

Di regola, l'iter diagnostico deve concludersi entro 30 giorni dal primo accesso.

4.5. Quante volte deve venire il paziente?

Il numero di accessi non è stabilito; è, tuttavia, auspicabile ridurre al minimo il numero di accessi. Tale obiettivo si ottiene concentrando nella stessa giornata il maggior numero di prestazioni.

4.6. Il paziente può, in contemporanea, essere sottoposto, ad un Day Hospital?

Sì, se sussistono indicazioni (legate, per esempio, a patologie o quesiti clinici) che richiedono il trattamento in Day Hospital, nel rispetto dei criteri di appropriatezza.

4.7. Cosa fare se l'indicazione al Day Service non è appropriata?

Lo specialista ospedaliero ha il compito di verificare l'appropriatezza della richiesta di Day Service; qualora, al momento della prima visita non ravvisi la necessità di attivare il percorso, o ritenga necessario un numero di prestazioni inferiore a quello ritenuto congruo per avviare il pacchetto, avrà la possibilità di convertire (anche amministrativamente) la prima visita in una visita specialistica convenzionale e consigliare al paziente di effettuare le ulteriori indagini/consulenze in ambulatorio tradizionale. La retro-conversione a visita semplice vale anche qualora si ponga, in occasione del primo accesso, l'indicazione al ricovero.

4.8. Quale documentazione clinica utilizzare?

Lo specialista ospedaliero/case manager che effettua la prima visita e definisce il programma Diagnostico, redige una sorta di cartella clinica, definita "Scheda di Day Service"; quest'ultima origina dalla procedura CUP con cui il paziente è stato prenotato e accettato e reca, per ogni paziente, un numero nosografico univoco all'interno dell'ospedale (generato dalla stessa procedura), i dati anagrafici del paziente (inseriti all'atto dell'iscrizione del paziente in lista); l'inquadramento anamnestico che ha determinato l'attivazione del PACC, con indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico ed il codice identificativo del PACC in cui è inserito il paziente (inseriti in fase di prenotazione secondo quanto indicato nell'impegnativa).

4.9. Come compilare la Scheda di Day Service?

La Scheda va compilata come una cartella clinica di ricovero. Vanno sempre riportati l'esame obiettivo, l'annotazione dei risultati di eventuali esami diagnostici eseguiti in precedenza, il programma delle prestazioni diagnostiche richieste (stampabili dalla procedura) e il diario delle prestazioni erogate in day service. Nella Scheda va allegata la copia dei referti relativi a tutte le prestazioni eseguite dal paziente e redatta la relazione clinica riassuntiva finale (conclusiva del PACC).

4.10. Come custodire la Scheda di Day Service?

A differenza delle prestazioni ambulatoriali tradizionali, la Scheda e la relativa documentazione contenuta dovranno essere archiviate e custodite con modalità adeguate a rendere possibile la tracciabilità dell'evento e la riproduzione, in caso di richiesta del paziente, come avviene per una cartella clinica di ricovero.

4.11. Come si chiude un episodio di Day Service?

La procedura di gestione (v. Documento Manuale Operativo) reca un apposito campo di Fine Percorso. I dati caricati in procedura che ineriscono il flusso informativo dell'episodio di Day Service si originano automaticamente, alimentando il tracciato record della specialistica ambulatoriale (File C). Al termine del PACC dovrà essere redatta, dal medico che ha avuto in carico il paziente, la relazione conclusiva che riporti i risultati degli esami praticati, la sintesi clinica e la formulazione della diagnosi e le eventuali proposte terapeutiche; detta relazione viene consegnata al paziente che, a sua volta, la sottoporrà al proprio medico curante.

5. COME GESTIRE IL RUOLO DEI SERVIZI

Non tutta la diagnostica strumentale e di laboratorio effettuata in azienda è erogabile in regime ambulatoriale per esterni; la maggior parte delle prestazioni dei servizi funziona per i soli pazienti ricoverati. Tuttavia, nella transizione al nuovo modello, il paziente arruolato al percorso in Day Service va considerato "interno" e, come tale, gli vanno riservate le prestazioni previste dai pacchetti, secondo nuove modalità di seguito rappresentate. Data la concezione del pacchetto come lista di prestazioni "pre-selezionate per uno specifico quesito clinico, è possibile che venga omessa la tradizionale "richiesta di esami", potendo questa essere sostituita dal modulo che il case manager stampa per il paziente, recante la prestazione selezionata. L'appropriatezza della richiesta è, di fatto, intrinseca al PACC attivato.

5.1. Come si accede ai servizi di diagnostica per immagini?

Le prestazioni di Radiologia e Medicina Nucleare vanno gestite come le prestazioni di consulenza specialistica. La quota di prestazioni che la Diagnostica per Immagini "mette a disposizione" del Day Service non è aggiuntiva ma viene convertita a partire dalle prestazioni erogate in DH diagnostico.

Anche i servizi diagnostici che, tradizionalmente, non effettuano esami per “esterni” e non sono, quindi, inseriti nelle procedure CUP, attraverso la comunicazione delle disponibilità orarie e giornaliera, saranno accessibili tramite le agende CUP della procedura.

5.2. Come si accede ai servizi del Laboratorio Analisi?

Le indagini di laboratorio, sebbene non soggette a prenotazione, vanno comunque selezionate all'interno della procedura CUP; attraverso tale sistema, di fatto, l'esecuzione della singola indagine può essere registrata e rendicontata nel tracciato record (File C) ai fini del rimborso.

5.3. Come si accede ai servizi di Anatomia Patologica?

Le prestazioni di anatomia patologica che prevedono l'intervento dell'anatomo-patologo (es. ago aspirati) utilizzano lo stesso procedimento descritto per le prestazioni di diagnostica per immagini; per quanto riguarda, invece, le sole prestazioni analitiche (es. analisi di vetrini) si utilizza lo stesso procedimento descritto per le prestazioni di laboratorio analisi.

5.4. A chi vengono attribuite le prestazioni?

Anche se l'accesso al percorso di Day Service viene gestito tramite un'unica branca specialistica, l'attribuzione della singola prestazione alla branca specialistica che la eroga è garantita dalla tracciabilità dell'erogatore all'interno della procedura CUP. Quest'ultima, infatti, gestisce l'ambulatorio di Day Service come una somma di ambulatori virtuali, ciascuno afferente alla UO cui appartiene lo specialista erogante.

6. IL VALORE DEL DAY SERVICE

Il Day Service nelle aziende ospedaliere è stato considerato un vero e proprio “bagno di sangue”. Non si può tacere, infatti, la sua bassa remuneratività rispetto allo stesso iter diagnostico offerto in regime di ricovero. L'adozione del modello a livello ospedaliero (peraltro “provvisoria” secondo le stesse delibere regionali che vedono il livello territoriale come il setting appropriato per il Day Service) è, tuttavia, un segnale di recupero di efficienza e la sua implementazione dimostra un impegno maturo e responsabile da parte delle strutture erogatrici.

Va, altresì, segnalato che, a fronte della minore remuneratività del regime ambulatoriale rispetto al Day Hospital, è possibile una riduzione dei costi legata alla razionalizzazione degli input di risorse e all'ottimizzazione del percorso di cura, garantiti da una “lista ragionata” pre-definita delle prestazioni erogabili, con prevedibile miglioramento della qualità dell'assistenza legato ad una maggiore efficienza ed organizzazione del percorso.

6.1. Essendo una attività che si aggiunge, occorrono nuovo personale per il Day Service, nuovi spazi o una maggiore attività?

IL DAY SERVICE NON IMPLICA UNA MAGGIORAZIONE DELLE ATTIVITA' NE' DI RISORSE UMANE, in quanto rappresenta UNA CONVERSIONE DELLE STESSE DA UN REGIME AD UN ALTRO. Come auspicato dalla stessa delibera regionale 102/09, pur essendo possibili differenti forme organizzative, nel rispetto dei criteri generali del Day Service, si ritiene che, in fase di avvio, un valido riferimento possa essere rappresentato dai modelli organizzativi già attuati e sperimentati per il DH.

6.2. Come si valorizza il percorso di Day Service?

La remunerazione delle prestazioni erogate in day service è regolata dalle tariffe del vigente nomenclatore della specialistica ambulatoriale come somma delle tariffe di ciascuna prestazione eseguita; a tale somma viene aggiunta una remunerazione per le due funzioni caratterizzanti il day service che sono:

- a) la definizione del piano diagnostico ed il coordinamento clinico del percorso assistenziale,
- b) il coordinamento organizzativo e la gestione della presa in carico;

Queste funzioni vengono identificate nella prestazione: “ Anamnesi e valutazione – prima visita – programma diagnostico – coordinamento clinico e organizzativo” la cui tariffa ha il valore di € 50,00 (ottenuta incrementano di circa 9 € la tariffa prevista dal vigente nomenclatore per la prestazione di “consulto definito complesso”)

6.3. Come si regola la partecipazione alla spesa o ticket?

Per il day service la quota massima di partecipazione alla spesa per il cittadino è fissata in € 50,00; come per le prestazioni specialistiche ambulatoriali tale quota di partecipazione non è dovuta dai cittadini che

beneficiano di esenzione dalla partecipazione alla spesa.

6.4. Cosa succede se lo specialista ospedaliero non conferma la proposta di day service da un punto di vista di partecipazione alla spesa del cittadino?

Al termine della visita specialistica, ove non si ravvisi la necessità di avviare il percorso in Day Service, il cittadino che ha versato la quota di compartecipazione del valore di 50 € sarà rimborsato dell'intero importo e sarà tenuto alla corresponsione del solo ticket previsto dalla visita semplice (18 €, circa). Tale operazione sarà svolta dall'ufficio ticket.

Accedere al forum: <http://intranet/>
>forum

Normativa e riferimenti di settore

- DPCM 29 novembre 2001 - allegati 2 (Elenco DRG a rischio di non appropriatezza) e 3
- Patto per la Salute 2010-12
- Piano di Rientro Regione Campania (PIANO DI RIENTRO DAL DISAVANZO E DI RIQUALIFICAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE CAMPANIA 1.1.2007 – 31.12.2009) - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE CAMPANIA - N. 17 DEL 26 MARZO 2007
- DGRC 546/07 Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri - Adeguamento delle soglie massime di ricovero ai sensi dell'allegato 2C del DPCM 20.11.2001 - Livelli Essenziali di Assistenza - Istituzione del modello organizzativo del Day Service.
- DGRC 102/09 Modifiche ed integrazioni alla deliberazione n° 2040 del 23 dicembre 2008 "Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007): ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione; definizioni di specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi.
- Decreto n° 5/2009 e Decreto n°58/2010 del Commissario ad acta “misure per l'appropriatezza dei ricoveri”
- Decreto n°15/2009 e Decreti n°14 e 44 del 2010 sul contenimento della spesa farmaceutica
- Progetto Mattoni SSN – Misura dell'Appropriatezza – Documento del Comitato scientifico
- Indicatori di Appropriatezza organizzativa Patto per la Salute 2010-2012 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1421_allegato.pdf

Bibliografia

- ⁱ Flynn R. “Soft bureaucracy”, governmentality and clinical governance: theoretical approach to emergent policy. In Gray A, Harrison S. *Governing Medicine, theory and practice*. Blackburn: Open University Press, 2004: 10-26
- ⁱⁱ Department of health. *A first class service*. London. HMSO, 1998
- ⁱⁱⁱ Fontana F. Governance: un ponte tra clinica ed economia. *Il Sole 24 ore-Sanità*. Aprile 2004:11
- ^v Department of health. *A first class service*. London. HMSO, 1998
- ^{vi} Di Ruscio E. *Quale organizzazione aziendale per il governo clinico? Da Governo Clinico a cura di Grilli-Taroni*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2004
- ^{vii} Taroni F. *Governi Clinici tra speranze e delusioni*. Da *Governo Clinico a cura di Grilli-Taroni*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2004
- ^{viii} Department of health. London. HMSO, 1998
- ^{ix} Klein R. *The new politics of the National Health Service*. London: Longman, 1995
- ^x Piano Sanitario Nazionale 2006-08
- ^{xi} Harrison S. *Medicine and management: autonomy and authority in the National Health Service*. In: Gray A, Harrison S. *Governing Medicine, theory and practice*. Blackburn: Open University Press, 2004: 51-9
- ^{xii} Ruth Chambers, Gill Wakley. *Making clinical governance work for you*, 2001
- ^{xiii} Giannini T., Pasini A. *Controllo di gestione: aspetti concettuali e tendenze evolutive – Professione Impresa*. Pirola Ed, 1993
- ^{xiv} Morgan G., *Images. Le metafore dell'organizzazione*. Milano, Franco Angeli, 2007.
- ^{xv} Bifulco F., Forino F. *Le Parole di Dedalo- Dedalo, vol V, n°3, 2007*
- ^{xvi} Olson EE., Eoyang GH., *Facilitating Organization Change. Lessons from Complexity Science*. San Francisco, Jossey Bass/Pfeiffer, 2001
- ^{xvii} Forino F. *La continuità dell'assistenza: processi e reti – Dedalo-gestire sistemi complessi in sanità*. Vol II, n° 2/2004
- ^{xviii} Mintzberg H. *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Il Mulino ed., 2005
- ^{xix} Romano G. *Dialogico, ricorsivo e ologrammatico: il sistema complesso – Dedalo, vol. V, n°3-2007*. Editoriale
- ^{xx} J.R. Hampton- *La fine della libertà clinica*, *BMJ* vol 287, n° 6401, p.1237. 1983

-
- ^{xxi} Cesare Catanati-l'ospedale: produrre salute o DRG?- Il Governo dell'Azienda Sanitaria. Soc. Ed. Il Mulino, 2008
- ^{xxii} E. Guzzanti. A proposito dei DRG in Italia (1995-2005). Presentazione della Guida alla versione 19.0 del sistema DRG. Il Pensiero Scientifico Editore, 2006
- ^{xxiii} Catananti C. L'ospedale: produrre salute o DRG? Tratto da Il Governo dell'Azienda Sanitaria a cura di Francesca Vanara. Il Mulino ed. , 2008
- ^{xxiv} Ateniese R., Lucchetti A. Il sistema di finanziamento nazionale e regionale. Da: Management e Gestione delle Aziende Sanitarie, a cura di Renato Mele e Maria Triassi. CEDAM, 2008
- ^{xxv} Calamo Specchia F. Gli igienisti: gestori metadisciplinari della complessità per una sanità produttrice di salute. Dedalo, vol IV, n°2, 2006
- ^{xxvi} Parafrasando Cochrane, 1996
- ^{xxvii} Riccardo Mercurio *Efficienza e managerialità nella Pubblica Amministrazione* - Università degli Studi di Napoli, Federico II
- ^{xxviii} M.Leonardo *Caratteristiche Dei Sistemi Operativi*
- ^{xxix} Volberda, 1998; de Vita, Mercurio, 2000; Costa G., 2001
- ^{xxx} Consiglio, 1996
- ^{xxxi} Giordano VA, Leonardo M, Esposito E, Sicuranza G. Principi e Metodi di Valutazione dei Dirigenti del Sistema Sanitario Regionale-Triassi, edito nel 2007
- ^{xxxii} Il Medico e il Management - Guida ragionata alle funzioni gestionali. Zanetti e coll. Accademia Nazionale di Medicina, 2001