

Processi di pianificazione e di controllo della spesa in ambito ospedaliero

Lucio Cassia

Università degli Studi di Bergamo

Dipartimento di Ingegneria Gestionale e dell'Informazione

Giugno 2005

1. Introduzione

La sanità riveste una grande importanza per l'elevato impatto sociale derivante dalle funzioni svolte, che rendono particolarmente sensibile l'opinione pubblica al suo funzionamento. A questo non è estranea la rilevante e crescente quantità di risorse economiche che essa impegna all'interno dei bilanci statali dei Paesi occidentali, fino a raggiungere valori dell'ordine del 10% del prodotto interno lordo. Per questa ragione i sistemi sanitari dei Paesi occidentali hanno subito nelle ultime due decadi sensibili cambiamenti che hanno portato, *inter alias*, all'introduzione di nuovi strumenti e sistemi di gestione ai fini della pianificazione e del controllo della spesa. L'aumento dell'efficienza ed il controllo della domanda nell'erogazione dell'assistenza sanitaria sono stati fattori determinanti ai fini del contenimento dei costi. In Italia, successive disposizioni di legge, inerenti sia aspetti di gestione ordinaria che riforme di natura strutturale (tra cui il riordino del Servizio Sanitario Nazionale e l'introduzione di forme regolatorie nei metodi di rimborso delle prestazioni ospedaliere), hanno contribuito alla diffusione anche in ambito sanitario di concetti quali fatturato ed equilibrio economico, modificando, talvolta in modo significativo, le linee di pensiero e di azione dei soggetti interessati alla salute pubblica. Alcune disposizioni delle Regioni, alle quali è stata affidata la responsabilità della pianificazione della spesa sanitaria nonché il controllo dell'operato delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, hanno consentito ai cittadini di poter liberamente scegliere tra i servizi erogati da strutture pubbliche e da strutture private; il conseguente incremento dei fattori concorrenziali ha indotto ad un migliore controllo dei costi, ad una ricerca di maggiore efficienza e all'individuazione di fonti complementari di reddito.

Più in generale, l'insieme delle decisioni e dei provvedimenti in materia ha portato allo sviluppo e all'affermazione di un mercato sanitario animato da una maggiore intensità della competizione. E' in questo senso che vengono nel seguito indicate le principali caratteristiche del mercato sanitario per quanto attiene al settore ospedaliero, sia in termini di spesa che di tecniche di rimborso delle prestazioni; con riferimento a queste ultime significativa è stata l'introduzione del sistema DRG (Diagnosis Related Groups), perché ha stimolato un ripensamento dei processi e delle procedure di gestione delle attività ospedaliere alla ricerca di una maggiore efficienza e di un equilibrio negli aspetti di natura economico-finanziaria. In conclusione è anche descritta sinteticamente un'applicazione di revisione dei processi organizzativi, nell'ambito di uno dei blocchi operatori dell'Ospedale Humanitas-Gavazzeni, al fine di evidenziare le efficienze che possono essere generate da oculati processi di pianificazione e di controllo della spesa.

2. Il mercato sanitario

Risale al 1954 l'introduzione da parte di Abraham Maslow, psicologo umanista, di una classificazione delle necessità fondamentali dell'uomo; al primo posto in ordine d'importanza risiede la soddisfazione dei bisogni fisici fondamentali e, tra questi, la salute. E' a questo fine che il mercato della sanità intende perseguire l'obiettivo del soddisfacimento del "bene salute", che è caratterizzato, oltre che dall'importanza prioritaria assegnata dagli individui, anche dalla coincidenza del proprio valore intrinseco, in ultima istanza, con quello della vita, che gli uomini paiono percepire in talune circostanze come infinito e in altre circostanze come sostanziale. Ancorché risulti quindi complesso individuare un indicatore oggettivo del valore economico del bene salute, alcuni indicatori appaiono in relazione con i livelli di consumo e di produzione dei servizi di natura sanitaria. L'economia sanitaria, in modo non dissimile dall'economia in generale, si identifica come scienza che studia le scelte tra gli impieghi alternativi di risorse limitate; infatti, per quanto elevata possa essere la percentuale del prodotto interno lordo (PIL) di un Paese dedicata alla sanità, essa non può essere illimitata e presenta comunque un tetto. Obiettivo comune delle istituzioni nei diversi Paesi è quello di mantenere i livelli di spesa entro limiti di accettabilità e sostenibilità

economica, ottimizzando l'uso delle risorse impiegate al fine di raggiungere gli obiettivi epidemiologici in connessione al livello di servizio offerto (Mansheim, 1997).

L'esigenza di una corretta pianificazione della spesa sanitaria è accentuata dal continuo incremento della quota percentuale di risorse assorbite in relazione alla ricchezza prodotta di un Paese (Tabella 1), causato da una molteplicità di fattori, spesso interdipendenti. La letteratura (a partire da Fuchs (1984, 1990)) individua diverse spiegazioni della continua crescita della spesa sanitaria; in primo luogo assume particolare rilevanza l'invecchiamento della popolazione e la conseguente maggiore richiesta di assistenza sanitaria; in secondo luogo l'aumento del consumo individuale di cure mediche, in connessione ad un maggior numero di test diagnostici ed all'utilizzo di farmaci più efficaci, pare non essere indipendente dall'incremento del livello reddituale; non appare inoltre estraneo alla crescita della spesa un trend verso l'acquisto di servizi sanitari di qualità più elevata, indicatore di una maggiore predisposizione alla spesa al fine di garantire una migliore assistenza sanitaria.

Spesa sanitaria/PIL (%)	1980	1990	2001
Germania	8,7	8,5	10,7
Francia	7,4	8,6	9,5
Grecia	6,6	7,4	9,4
Portogallo	5,6	6,2	9,2
Belgio	6,4	7,4	9,0
Paesi Bassi	7,5	8,0	8,9
Svezia	8,8	8,2	8,7
Danimarca	9,1	8,5	8,6
Italia	7,0	8,0	8,4
Austria	7,6	7,1	7,7
Regno Unito	5,6	6,0	7,6
Spagna	5,4	6,7	7,5
Finlandia	6,4	7,8	7,0
Irlanda	8,4	6,1	6,5
Lussemburgo	5,9	6,1	5,6
Media UE-15	7,5	7,7	8,9

Tabella 1: Evoluzione della spesa sanitaria in relazione al Prodotto Interno Lordo nei Paesi UE-15 (*fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria*)

Nella maggior parte dei Paesi UE, l'intervento regolatorio pubblico in materia di sanità, pur in un mercato con un'accresciuta competizione tra le strutture, si manifesta con alcune direttive tese a separare le funzioni di finanziamento da quelle di produzione e a riequilibrare il grado di informazione ed il potere di mercato tra domanda ed offerta; non secondarie appaiono, inoltre, la modalità di contribuzione e finanziamento volte ad assicurare l'universalità della copertura e l'applicazione di metodi di pagamento delle prestazioni che incentivino l'efficienza produttiva.

I dati riportati nella Tabella 2 forniscono una dimensione quantitativa della spesa sanitaria pro-capite nei Paesi UE-15, evidenziando, pur con differenti livelli e modalità di intervento regolatorio, un sostanziale raddoppio della spesa ogni decade.

Spesa sanitaria pro-capite (euro)	1980	1990	2001
Danimarca	920	1.830	2.840
Germania	1.080	1.710	2.700
Lussemburgo	620	1.470	2.660
Svezia	650	1.500	2.400
Paesi Bassi	850	1.310	2.390
Francia	700	1.520	2.360
Belgio	580	1.220	2.110
Austria	750	1.230	2.050
Regno Unito	370	940	2.030
Irlanda	320	630	1.920
Finlandia	440	1.390	1.820
Italia	420	960	1.770
Spagna	140	540	1.220
Grecia	40	280	1.120
Portogallo	40	320	1.100
Media	522	1.159	2.085

Tabella 2: Evoluzione della spesa sanitaria pro-capite nei Paesi UE-15 (*fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria*)

E' opportuno ricordare che la letteratura concernente i meccanismi di pianificazione e di controllo della spesa sanitaria pone in evidenza come la discussione attorno alle problematiche attinenti la comprensione dei fattori che determinano i trend di spesa sia particolarmente articolata; la ricerca di un equilibrio tra sostenibilità economica ed efficienza del sistema sanitario evidenzia l'importanza dei sistemi regolatori dotati di strumenti in grado di pianificare e monitorare le dinamiche di spesa. Ad oggi, comunque, continuano a convivere una pluralità di sistemi a testimonianza dell'importanza e della necessità di indagini comparative.

3. Erogazione e controllo dei costi dell'assistenza ospedaliera

Sotto il profilo delle caratteristiche di finanziamento e di erogazione del servizio di assistenza ospedaliera, nella maggior parte dei Paesi occidentali il legislatore ha

individuato distinte tipologie che si differenziano per le modalità di intervento pubblico e privato:

- Ospedale pubblico: sia il finanziamento che l'erogazione del servizio di assistenza ospedaliera hanno natura pubblica (es. ospedali pubblici)
- Ospedale privato accreditato: l'erogazione è effettuata da strutture private, mentre il finanziamento della prestazione è a carico del servizio pubblico (es. cliniche private in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale)
- Ospedale privato non accreditato: sia il finanziamento che l'erogazione del servizio hanno natura privata (es. cliniche private non accreditate, nelle quali il costo della degenza e delle prestazioni è a carico del paziente o sostenuto da compagnie assicurative e fondi assistenziali).

Per quanto riguarda in particolare la situazione italiana, il settore ospedaliero privato svolge un ruolo complementare ed integrativo, piuttosto che concorrenziale rispetto al settore ospedaliero pubblico, sia in termini territoriali (presenza maggiore nelle Regioni con carenza di presidi ospedalieri pubblici), sia di specializzazione (alcune specialità caratterizzano maggiormente l'attività di case di cura private).

Gli operatori del settore ospedaliero privato agiscono come agenti dello Stato nell'erogazione del servizio; la produzione regolamentata di servizi, tramite ad esempio i meccanismi connessi ai tariffari a prestazione (DRG), altro non è se non una sorta di soluzione compromissoria, nella quale lo Stato si limita alla funzione di principale-tutore, lasciando quella di agente-produttore ad un privato.

Nel settore ospedaliero pubblico, invece, lo Stato assume sia il ruolo di finanziatore diretto delle spese sanitarie, sia quello di erogatore diretto dei servizi sanitari, con alcuni vantaggi tra cui il controllo diretto dei livelli dei consumi, nonché quello derivante dalla propria posizione di monopsonista sul mercato dei fattori produttivi.

Nell'ambito dell'economia sanitaria, la letteratura evidenzia che il privato è spesso in grado di sfruttare a proprio vantaggio la maggiore informazione detenuta rispetto allo Stato-principale, riuscendo talvolta a godere di rendite di posizione e a comprendere sovrapprofitti nel prezzo contrattato con lo Stato. Inoltre, i fornitori di servizi ospedalieri privati tendono a concentrarsi, quando non vincolati altrimenti, quasi esclusivamente nella produzione dei servizi più remunerativi.

Appare quindi emergere un fenomeno di *trade-off* fra equità allocativa ed efficienza economica. Il privato tende a produrre al minimo costo, concentrandosi però sui servizi più profittevoli e quindi generando un'allocazione non equa delle risorse; il pubblico, al contrario, tende a perseguire gli obiettivi di equità nella distribuzione delle risorse, comportandosi però spesso in modo economicamente inefficiente e perciò costoso.

Il dibattito in materia è in verità molto acceso e diverse sono le soluzioni in termini di bilanciamento pubblico-privato adottate dai diversi Paesi occidentali, come emerge dai dati riportati nella Tabella 3.

Numero di ospedali	Ospedali per acuti	Ospedali pubblici	Ospedali privati per acuti
Austria	317 (*)	161	156 (*)
Belgio	235 (*)	72	163 (*)
Danimarca	69	(***)	
Finlandia	61	(***)	
Francia	3055	1031	2024
Germania	2020	790	1230
Grecia	339	140	199
Irlanda	78	60	18
Italia	1508 (*)	844 (*)	664 (*)
Lussemburgo	11	5	6
Portogallo	220	125	95
Regno Unito	711 (*)	481 (**)	230 (*)
Spagna	799	359	440
Svezia	90	(***)	

(*) Numero totale di ospedali (distinzione tra ospedali per acuti e per lungodegenza non disponibile); (**) Trust dell'NHS; (***) Quasi totalità

Tabella 3: Presenza di ospedali pubblici e privati nei Paesi dell'OCSE (*fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria*)

Tuttavia, a seguito della rilevanza delle risorse economiche assorbite dalla spesa sanitaria in modo pressoché indipendente dal mix pubblico-privato, in molti Paesi è stato attuato, o è in corso, un processo di ripensamento delle modalità di gestione; in

particolare, in Italia è attribuita all'amministrazione centrale della sanità la semplice funzione di coordinamento ed indirizzo, affidando il vero e proprio ruolo programmatico alle singole realtà territoriali che si trovano ad operare in un ambiente competitivo. Pertanto le strutture ospedaliere tendono ad adottare strumenti di controllo di gestione e di pianificazione della spesa, in precedenza riservati ad attori economici dell'area industriale. In modo non dissimile da quanto da tempo accade con gli strumenti di controllo manageriale nell'ambito di altri compatti economici, come l'industria ed i più tradizionali settori manifatturieri, anche nell'ambito della sanità ospedaliera gli obiettivi si identificano con la misura delle prestazioni erogate e le relative risorse utilizzate, l'individuazione degli scostamenti rispetto ai valori standard previsti ed il collegamento tra le responsabilità economiche a quelle organizzative.

Non è estranea alla ricerca dell'efficienza ed al conseguente utilizzo di strumenti di controllo l'abbandono nell'intero settore ospedaliero (sia pubblico che privato) di forme di rimborso delle prestazioni "a consuntivo" e l'adozione di forme di finanziamento a tariffa fissa per singola prestazione ospedaliera. In un ambiente in passato avulso da vincoli di natura economica, l'evoluzione dei rimborsi da "consuntivo" a "forfait" ha introdotto logiche di mercato e, conseguentemente, ha favorito situazioni di concorrenza tra i vari enti erogatori.

In particolare l'adozione del sistema DRG (Diagnosis Related Groups) o ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi), definito negli anni Settanta da un gruppo di medici dell'Università di Yale (tra cui Robert B. Fetter e John D. Thompson) e introdotto in Italia nel 1994, ha determinato il passaggio da una forma di finanziamento basata sulla piena copertura delle spese ad un sistema di pagamento delle prestazioni in conformità a tariffe predeterminate per ogni attività erogata. In Italia lo Stato, nella sua qualità di principale cliente delle strutture, accordandosi con le diverse Regioni sulla base del costo standard di produzione, ha creato un sistema tariffario nel quale a ciascuna prestazione è associato un adeguato valore di rimborso. Il sistema dei DRG comporta l'individuazione di gruppi omogenei di attività ai quali attribuire un costo standard sulla base di un'analisi delle risorse impiegate: si passa pertanto da sistemi che finanziano i consumi, a sistemi focalizzati sui "prodotti" del sistema sanitario inducendo le strutture sanitarie ad un utilizzo più efficiente delle risorse impiegate. Alcuni dei risultati più importanti ottenuti dall'introduzione del sistema tariffario DRG attengono

alla diminuzione del numero medio di giornate di degenza per ricovero, all'aumento del numero di prestazioni erogate in regime di day-hospital ed alla conseguente diminuzione del numero di posti letto necessari per ricoveri ordinari.

L'utilizzo dei DRG appare idoneo per la definizione dei consumi nell'ambito del processo di pianificazione della spesa sanitaria, svolgendo un ruolo non dissimile da quello svolto dal set di costi standard nel processo di budgeting nei contesti aziendali. Infatti, ancorché il sistema DRG sia generalmente pensato come strumento di un sistema di pagamento per le prestazioni fornite da una struttura ospedaliera pubblica o privata accreditata, è interessante osservare che il suo utilizzo assume anche le forme di strumento di natura gestionale volto ad un miglioramento dell'efficienza dei processi. Infatti, per quanto attiene l'aspetto più propriamente medico, la letteratura evidenzia che l'adozione dei DRG consente una razionalizzazione dell'attività clinica, grazie ad una riduzione delle risorse utilizzate e ad una maggiore qualità della prestazione erogata.

Per quanto attiene invece l'ambito amministrativo, si riscontra una migliore pianificazione e programmazione dell'attività grazie ad una più attenta definizione dei costi. Non va poi dimenticato l'utilizzo dei DRG nella formulazione dei budget di reparto, quale strumento di controllo dell'attività ospedaliera, e nel supporto alla creazione di tariffe standard, basate sulle prestazioni piuttosto che sulle giornate di degenza.

Il sistema DRG permette di porre in relazione diversi fattori rilevanti, come le risorse impiegate, i servizi prestati ad ogni singolo paziente (diagnostiche, terapeutici, alberghieri), il risultato finale ottenuto dal paziente (miglioramento della salute) e la qualità del procedimento adottato (Figura 1).

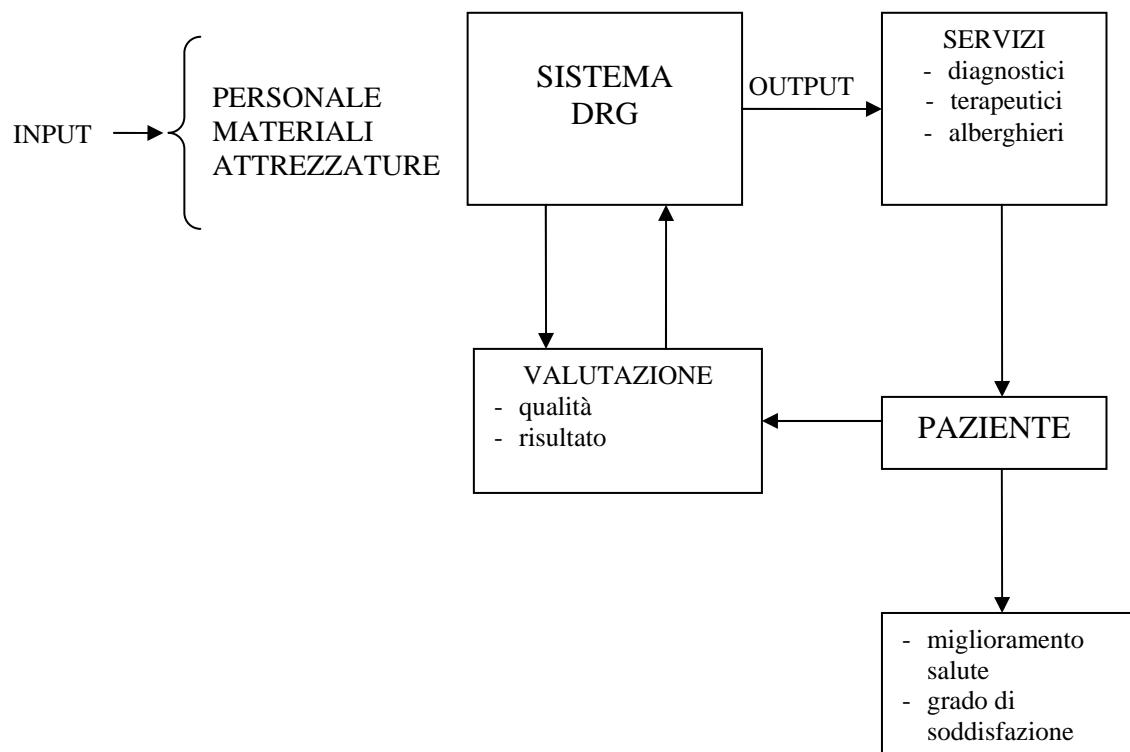


Figura 1: Relazioni tra struttura ospedaliera e paziente nell’ambito del sistema dei DRG

4. Il caso del Blocco Operatorio Emodinamica di Humanitas-Gavazzeni

Può essere interessante, a valle della descrizione delle problematiche inerenti l’erogazione dell’assistenza sanitaria ospedaliera ed il controllo della spesa ai fini dell’allocazione ottima delle risorse, esaminare brevemente un’applicazione di pianificazione e controllo dei costi e di revisione dei processi organizzativi nell’ambito di uno dei blocchi operatori dell’Ospedale Humanitas-Gavazzeni, volta al contenimento dei costi tramite in relazione ad un incremento di efficienza.

Humanitas-Gavazzeni è un ospedale polispecialistico privato di alta specialità del gruppo Humanitas, accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale. A vocazione prevalentemente chirurgica, nel 2004 la struttura ha consentito l’esecuzione di 8000 interventi chirurgici, di cui 1600 di alta specialità nell’ambito cardiochirurgico, della chirurgia toracica e della chirurgia vascolare. È dotato di 210 posti letto, 34 ambulatori, 8 sale operatorie e 3 sale di emodinamica, con 495 dipendenti, di cui 105 medici. È

sede della Scuola di Specializzazione in Cardiochirurgia dell’Università degli Studi di Milano.

Recentemente la direzione ha varato un progetto di analisi organizzativa per l’individuazione di eventuali criticità, l’eliminazione delle quali potesse determinare un incremento dell’efficienza, sia in termini di qualità dei servizi resi ai pazienti, sia sotto il profilo economico-finanziario. E’ stato individuato come reparto pilota il Blocco Operatorio di Emodynámica ed Elettrofisiologia (BOED), che eroga servizi di alta specialità di natura diagnostica e chirurgica per la cura di ischemie, difetti cardiaci e trattamento delle patologie vascolari. La priorità assegnata al BOED nel processo di miglioramento deriva dalla considerazione che il reparto, oltre a rappresentare un centro di altissima tecnologia (e, coerentemente, di elevato costo anche in relazione ai sensibili investimenti in attrezzature e impianti), è allo stesso tempo uno dei più importanti centri di ricavo di Humanitas-Gavazzeni, in quanto rappresenta la fonte di oltre il 25% del fatturato complessivo; pertanto una ottimizzazione della spesa inerente il blocco ha un riflesso positivo sul risultato economico dell’intera struttura ospedaliera.

Per quanto attiene la struttura dei costi ai fini del raggiungimento del punto di equilibrio economico (*break-even*), normalmente la componente preminente in ambito ospedaliero è rappresentata dai costi fissi (*in primis* il costo del personale e le quote di ammortamento delle immobilizzazioni, per un’incidenza dell’ordine dell’80%), mentre minore è l’incidenza dei costi variabili (circa il 20% dei costi complessivi). In parte diversa è la struttura dei costi nel BOED, poiché la voce di spesa connessa a farmaci e materiali di consumo utilizzati nell’ambito dell’attività chirurgica cardio-vascolare rappresenta da sola il 35% dei costi totali sostenuti nel reparto, mentre l’incidenza dei costi del personale è pari al 43% e gli ammortamenti rilevano per il 11% dei costi complessivi. La Tabella 4 riassume i criteri adottati per la rilevazione e l’assegnazione delle principali voci di costo al BOED, nonché le incidenze aggregate in relazione alla totalità dei costi.

Principali voci di costo		Criteri di assegnazione
Personale	43%	Per ciascuna figura professionale (medici, personale tecnico-sanitario, personale amministrativo) è rilevato l'impegno dedicato al centro di costo.
Farmaci e ausili	35%	Le registrazioni dei prelievi forniscono i dati relativi ai materiali in carico a ciascuna unità operativa.
Ammortamenti	11%	Il costo è commisurato alle effettive attrezzature in carico per quanto attiene gli impianti ed alla volumetria per ciò che concerne gli immobili.
Servizi per i pazienti		I costi dei servizi sono assegnati all'unità operativa in base al numero complessivo di giornate di degenza.
Energia e utenze		E' valutata l'incidenza dell'utilizzo di impianti ed attrezzature ed il volume di attività svolte.
Manutenzioni	11%	Il costo è commisurato alle effettive attrezzature in carico per quanto attiene gli impianti ed alla volumetria per ciò che concerne gli immobili.
Costi generali		I costi generali sono ripartiti sulla base del volume di attività svolta.

Tabella 4: Criteri di assegnazione ed incidenze delle principali voci di costo del BOED

Tra gli obiettivi del progetto di analisi organizzativa vi è l'opportunità di garantire ai livelli direzionali gli elementi principali per valutare gli aspetti economici delle modalità operative dell'unità, nonché per individuare eventuali interventi correttivi, che possono contemplare:

- revisione delle modalità operative (il contenimento dei costi può essere realizzato tramite l'ottimizzazione delle procedure oppure, ad esempio, laddove la patologia lo consente, attraverso lo spostamento di alcune fasi diagnostiche e/o terapeutiche dal regime di ricovero al regime di day hospital)

- individuazione di margini di recupero sul costo dei farmaci (si tratta di valutare se, a parità di qualità delle diagnosi e di beneficio terapeutico, è possibile impiegare mezzi economicamente più convenienti)
- revisione del mix di prestazioni/interventi erogati (fermo restando l'esigenza di rispondere adeguatamente alle necessità del territorio, può essere valutata l'opportunità di potenziamento di tipologie di interventi più remunerativi)

L'identificazione ed il successivo studio dei fattori di criticità del BOED individuano nel processo di benchmarking (articolato come descritto nella Tabella 5) uno strumento guida per le diverse fasi dell'analisi.

Fasi del processo di benchmarking	Attività
Identificazione dei processi	Formalizzazione del flusso procedurale (protocollo-terapeutico) di cura, articolato per fasi e tempi-lavoro.
Identificazione dell'oggetto del benchmarking	Confronto con altri reparti ospedalieri simili per tipologia e numero di ricoverati al reparto sottoposto ad indagine.
Raccolta dei dati	Raccolta di dati ed informazioni (es. numero di ricoveri per patologia, tempi di cura per patologia e per specifica fase del processo diagnostico-terapeutico, numero di operatori per qualifica).
Analisi dei dati ed identificazione dei divari	Confronto ed identificazione dei divari esistenti tra i dati relativi al reparto sottoposto ad indagine e i dati di benchmarking.
Pianificazione e realizzazione dei miglioramenti	Sulla base dei risultati perseguiti, nuova definizione delle modalità operative del reparto sottoposto ad indagine.

Tabella 5: Fasi del processo di benchmarking applicato al BOED

Non è il fine del presente lavoro descrivere il dettaglio del processo, lungo e ben articolato, di ottimizzazione dei fattori organizzativi e della struttura dei costi realizzate al BOED; ci pare però interessante, ai fini della completezza della descrizione e come

esempio quantitativo dei recuperi di efficienza, prendere in considerazione alcune tra le molteplici grandezze rilevate e oggetto di analisi, ovvero gli indici di utilizzo di una delle risorse più importanti (e costose) del BOED, ossia l'insieme delle tre sale operatorie attrezzate per interventi di alta chirurgia. In particolare sono stati rilevati i dati storici e correnti relativi a:

- Indicatori di utilizzo delle sale operatorie (ore di impiego in relazione alle ore assegnate da protocollo, ore di utilizzo effettivo in relazione alle ore di benchmarking, ore di extra-occupazione della sala da parte di altra equipe chirurgica)
- Indicatori di efficienza nelle sale operatorie (tempo necessario al cambio di equipe in relazione al tempo assegnato, tempo di non utilizzo in relazione al tempo assegnato, eccesso di occupazione della sala in relazione al tempo assegnato)

L'analisi di dettaglio ha consentito di evidenziare una sensibile opportunità di miglioramento per quanto concerne alcuni parametri di efficienza e, tra questi, l'effettivo tempo di impiego delle sale operatorie in relazione al tempo assegnato. Il "fattore di carico" delle sale operatorie del BOED è apparso minore di quanto prevedibile per una struttura simile, non già a seguito di una limitata richiesta di interventi chirurgici, bensì a seguito di procedure che non valorizzavano pienamente l'utilizzo della risorsa scarsa, e quindi costosa, ovvero le ore disponibili per l'impiego delle sale operatorie. In una situazione di predeterminazione dei ricavi unitari conseguenti alla remunerazione a tariffa dei DRG, con una componente importante di costi fissi ed un conseguente livello di *break-even* elevato, il livello di saturazione dell'utilizzo delle sale operatorie (equivalente per certi aspetti al livello di saturazione degli impianti in ambito manifatturiero) appare determinante ai fini di un risultato economico ottimale.

Identificata l'area di miglioramento, il progetto è continuato con i consueti strumenti dell'analisi e della (ri)progettazione organizzativa, scomponendo le procedure di utilizzo delle sale operatorie nelle singole operatività elementari che descrivono l'iter a cui il paziente è sottoposto per l'intervento nel BOED (Figura 2).

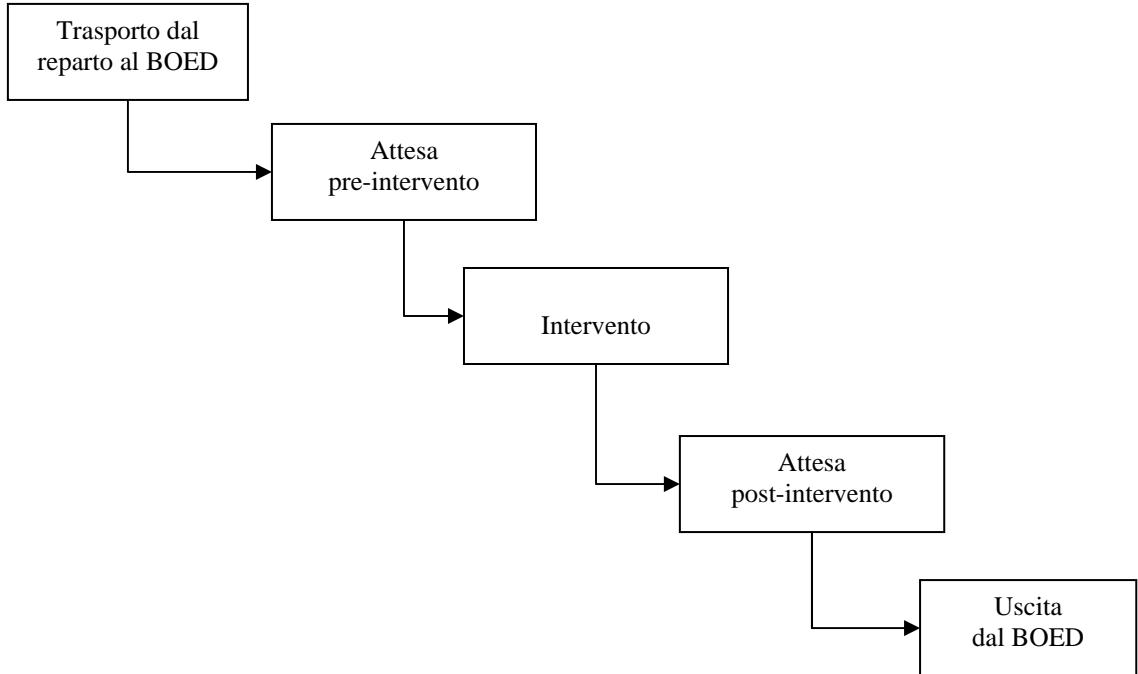


Figura 2: Scomposizione della procedura di utilizzo delle sala operatoria

Tra i molteplici parametri rilevati per ogni fase, è interessante osservare che oggetto di particolare indagine è stato il fattore tempo, a partire dai tempi necessari per il trasporto del paziente dal reparto al BOED, attraverso i tempi di attesa pre-intervento e post-intervento, fino ai tempi di setup per il nuovo utilizzo della sala. È emersa la possibilità di recuperare, con una diversa organizzazione, una parte delle ore assegnate dalla programmazione, ma non direttamente utilizzate nello svolgimento dell'attività operatoria e spese in parte come attività di supporto migliorabili ed in parte in termini di inefficienze (ritardi, guasti, etc.). Tenendo presente la rilevanza delle attività del BOED in relazione ai ricavi complessivi dell'ospedale, l'output dell'analisi ha permesso di evidenziare che la non saturazione nell'utilizzo delle sale operatorie era equivalente ad una riduzione dei ricavi potenziali dell'ordine del 9%.

In modo affatto dissimile dai meccanismi di correzione da tempo impiegati nei comparti produttivi tradizionali, la scomposizione nelle singole attività elementari ha consentito anche l'individuazione di azioni di miglioramento organizzativo, che, nel caso specifico (e non esaustivo dell'attività complessiva del progetto) ha suggerito, ad esempio, una calibrazione della chiamata del paziente nel reparto, una limitazione dei cambi degli

operatori facenti parte della stessa equipe, una ripartizione delle ore di seduta alla luce del carico medio di lavoro di ogni equipe.

E' sapere comune che ogni suggerimento organizzativo deve essere sostenuto da un progetto e da un'organizzazione complessiva, organica e corale; nel caso specifico la chiamata del paziente effettuata con il corretto anticipo prima che l'intervento precedente sia terminato può generare benefici in termini di utilizzo delle sale operatorie, purché vi sia un perfetto sincronismo con le equipe medico-chirurgiche ed infermieristiche. Con questa indispensabile premessa, la simulazione implementativa di tutti i cambiamenti organizzativi suggeriti consentirebbe al termine del processo un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili con un incremento dei ricavi del complesso ospedaliero dell'ordine del 6%.

Considerazioni conclusive

Un importante strumento per la pianificazione della spesa sanitaria è rappresentato dalla scelta del metodo di finanziamento e di rimborso delle prestazioni. In Italia la distribuzione del finanziamento della spesa sanitaria da parte delle Regioni affronta problematiche legate all'uniformità ed alla garanzia di accesso alle strutture da parte della collettività; il finanziamento ricevuto dalle Aziende Sanitarie Locali è utilizzato per soddisfare i fabbisogni del territorio di competenza, ad esempio per l'acquisto delle prestazioni sanitarie erogate dalle Aziende Ospedaliere e dagli ospedali accreditati. Le criticità correlate al rimborso delle prestazioni sanitarie acquistate, ed in particolare la variabilità nella tipologia e nella modalità d'erogazione dei servizi, nonché i problemi connessi alla appropriatezza dei ricoveri, hanno indotto ad adottare sistemi di rimborso delle prestazioni ospedaliere basati sui DRG (Diagnosis Related Groups), i quali introducono criteri per la standardizzazione delle risorse necessarie per la fornitura delle differenti prestazioni. Essi costituiscono di fatto lo strumento per la pianificazione della spesa sanitaria in quanto determinano il valore standard delle risorse necessarie per la corretta erogazione dei servizi e lo stimolo per un ripensamento dei processi e delle procedure di gestione delle attività ospedaliere, alla ricerca di una maggiore efficienza e di un equilibrio negli aspetti di natura economico-finanziaria.

In linea con le logica applicativa delle metodiche di contabilità direzionale ai fini del controllo dei costi, il caso sinteticamente descritto di revisione dei processi

organizzativi nell'ambito di uno dei blocchi operatori dell'Ospedale Humanitas-Gavazzeni ha evidenziato che l'incremento di efficienza è spesso possibile tramite processi di pianificazione e di controllo della spesa. Le considerazioni di natura quantitativa attorno ai processi organizzativi del BOED sono state rese possibili tramite l'elaborazione di dati attuali e storici, che hanno permesso di identificare gli aspetti maggiormente portatori di potenziali nuove efficienze. La valutazione sotto il profilo organizzativo ed economico di una serie di proposte di azioni correttive e la successiva simulazione ha consentito di confermare la corretta individuazione dei fattori di criticità, annullando, ove possibile, il *gap* esistente tra gli standard di benchmarking e le prestazioni rilevate.

Bibliografia

- Achard P.O, 1999, *Economia ed Organizzazione delle imprese sanitarie*, Franco Angeli, Milano
- Anselmi L., 1994, *L'azienda pubblica sanitaria, L'azienda "salute"*, Giuffrè, Milano
- Arduini P., Parisi A., Gianani R., 1995, *Controllo di gestione nelle aziende Ospedaliere e nelle aziende sanitarie locali*, Asi Edizioni, Roma
- Bordignon M., 2000, "Il nuovo sistema perequativo delle regioni a statuto ordinario" *Politiche sanitarie*; 1: 47-51
- Brenna A., Veronesi E., 2000, "Il Finanziamento di un Sistema Sanitario in Transizione: il caso dell'Italia", *Convegno AIES "La Sanità fra Stato e Mercato"*
- Calscioli S., 2000, *La gestione manageriale della sanità- Gli strumenti a supporto del processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo*, FrancoAngeli, Milano
- Calscioli S., 2003, *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie – Contabilità, Budget e Programmazione*, FrancoAngeli, Milano
- Casati G., 2000, *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, 229, *Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*

- Decreto ministeriale 15 aprile 1994, *Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera*
- Decreto ministeriale 14 dicembre 1994, *Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*
- Decreto ministeriale 30 giugno 1997, *Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994*
- Del Bene L., 2000, *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano
- Ellis R.P., 1998, “Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins”, *Journal of Health Economics*, 17: 537-555
- Ellis R.P., McGuire T.G., 1996, “Optimal payment systems for health services” *Journal of Health Economics*, 9:375–396
- Evans D.B., Tandon A., Murray L., 2001, “Comparative efficiency of national health system: cross national econometric analysis”, *British Medical Journal*, 323, 307-310
- Fuchs V. 1984, “Though much is taken – reflections on ageing, health and medical care”, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62:143–55
- Fuchs V., 1990, “The health sector’s share of the Gross National Product”, *Science*, 247:534-8.
- Galletti F., 1992, “Osservazione e proposte sul Servizio Sanitario Nazionale”, *Economia & Management*
- Ghetti V., 1998, *Costo produttività, qualità: una sfida per l’ospedale del 2000*, FrancoAngeli, Milano
- Langiano T., 1997, *DRG: Strategie, valutazione, monitoraggio*, Il Pensiero Scientifico, Roma
- Greß S., Tolksdorff K., Behrend C., Wasem J., 2002, “The Use of Diagnostic Cost Groups in Risk-Adjustment: Results from German Data”, *4th European Conference on Health Economics*; Paris
- Mansheim B. J., 1997, “What Care Should Be Covered?”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*; 7.4:331-336

- Mapelli V., 2000, "Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali" in Bernardi: "*La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000*", Il Mulino, Bologna
- Pavan A., Olla G., 1999, *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano
- Turolla A., 1997, "*La determinazione ed il controllo dei costi nelle Organizzazioni Ospedaliere*", Giuffrè, Milano
- Van Barneveld E.M., Lamers L., Van Vliet R., Van de Ven W., 2001, "Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a trade-off between selection and efficiency", *Journal of Health Economics*, 20(2):147-68
- Van Vliet R., Lamers L., 2002, "From a demographic to a health-based risk adjustment system for competing sickness funds in The Netherlands", *4th European Conference on Health Economics*; Paris