



## L'ANALISI DEI COSTI SECONDO UN APPROCCIO DI QUALITY MANAGEMENT

Giovanni Serpelloni <sup>1)</sup>, Massimo Margiotta <sup>2)</sup>, Maximiliano Maroccola <sup>2)</sup>, Elisabetta Simeoni <sup>3)</sup>

1. Dipartimento delle Dipendenze – Azienda ULSS 20 Verona

2. Progetto ANCOSBEN

3. Unità di Project Management (UPM) – Azienda ULSS 20 Verona

### IL QUALITY MANAGEMENT

Anni fa la prerogativa di molte strutture pubbliche, di qualsiasi genere, era quella di produrre servizi o prodotti a qualsiasi “costo”, senza porre alcuna attenzione al rapporto finale tra risorse impiegate e risultati ottenuti. Il mutamento degli scenari organizzativi aziendali nel settore pubblico, il cambiamento dell’ottica politico-amministrativa nella gestione del “pubblico”, e non da ultimo il venir meno di molte delle posizioni di monopolio, fino a qualche tempo fa mantenute da diverse aziende pubbliche, hanno posto/imposto ai dirigenti di tali realtà di pensare e gestire l’azienda pubblica sempre più come azienda privata.

Tale metamorfosi è già in atto in molte aziende pubbliche, dove la sensibilità dei dirigenti sembra essersi adeguata alle esigenze interne ed esterne alla strutture stesse.

La necessità di sottoporre anche le aziende socio sanitarie (Ser.T) ad un controllo di gestione, attraverso un’analisi tanto economica quanto finanziaria, ha portato gli operatori a pensare e concretizzare un modello di analisi dei costi in grado di fornire indicatori di sintesi, utili agli stessi decision makers nelle loro attività: di pianificazione, programmazione e controllo degli scostamenti.

Il modello di analisi dei costi, denominato AnCosBen, di seguito presentato, è stato sviluppato secondo un approccio metodologico tipico del marketing, ossia di Quality Management. Un approccio, questo, incentrato sul cliente e finalizzato a realizzare un miglioramento continuo del sistema di erogazione dei servizi alla persona tramite una valutazione quantitativa, costante e contemporanea (just in time) delle risorse consumate (costi), dei processi utilizzati e dei risultati prodotti (prestazioni ed esiti).

Il Q.M. (Quality Management) è un approccio metodologico che presenta alcune particolarità:

1. l’essere un patrimonio metodologico di ogni singolo operatore e dell’organizzazione nel suo complesso;

2. l'applicazione contemporanea sia ai processi clinici di assistenza al paziente, sia agli aspetti di strutturazione e gestione generale dell'organizzazione;
3. l'utilizzo "day by day" costante e diffuso a tutto lo staff ed alla direzione con contemporanea attenzione alle risorse utilizzate (input), ai problemi, alle prestazioni erogate (output), degli esiti (outcome);
4. la forte e costante esplicitazione dei modelli di riferimento culturale/scientifico e operativi (vision e mission);
5. l'approccio scientificamente orientato ed evidence based;
6. l'utilizzo di tecniche di project management e di budget con esplicitazione preventiva degli obiettivi e degli indicatori quantitativi ad esse correlati per il controllo reale dei risultati ottenuti sia di processo (output prestazionale) che di esito (outcome);
7. la trasparenza e la controllabilità dei criteri di decisione e delle scelte conseguenti sia in ambito clinico che organizzativo.

Quanto sopra esposto evidenzia come sia stretto il rapporto tra Quality Management ed il modello di analisi dei costi AnCosBen che andremo a presentare.

L'analisi dei costi costituisce quindi la fase iniziale di un lungo processo, che vede il suo logico proseguimento con l'utilizzo di dati ottenuti per una successiva comparazione, con riferimenti prefissati e riconosciuti come standard di qualità.

Questo continuo raffronto costituisce un'importante fase nella valutazione dei singoli servizi erogati dall'unità operativa, ed un basilare spunto per l'ottimizzazione preliminare dell'intero sistema di erogazione di servizi per la tossicodipendenza. Inoltre, una volta definiti standard regionali o addirittura nazionali, vi sarà la possibilità per ogni manager di confrontare la propria struttura, in termini quasi omogenei, con altre strutture (esempio a livello regionale). La logica di tale confronto, a volte difficile da accettare da parte degli stessi operatori, non è di individuare uno strumento di colpevolizzazione per coloro che non rispettano gli standard minimi, ma il modo per capire meglio le ragioni di eventuali incoerenze di tali rilevazioni.

Dalla tabella di seguito riportata, si possono vedere i principi base su cui si fonda il Quality Management e, grazie ai quali, è possibile concettualizzare - e successivamente ottimizzare - un modello di analisi dei costi come quello in questione.

Dobbiamo tuttavia precisare che l'applicabilità dei concetti di Quality Management, in un contesto come quello dei Ser.T, trova alcune difficoltà, dovute all'alta complessità che deriva da tre principali macro fattori:

1. alta problematicità intrinseca della situazione da affrontare, e dell'utenza su cui si effettuano gli interventi;
2. presenza di una organizzazione del gruppo di lavoro a componenti multidisciplinari, a bassa gerarchizzazione, di difficile integrazione e con tendenza all'autogoverno "frammentato";
3. carenza di modelli culturali e professionali "evidence based", e cioè scientificamente orientati, con riferimenti di base coerenti ed univoci.

Pertanto solo grazie all'attiva e positiva partecipazione di tutta l'organizzazione e ad una visione globale del processo si può giungere a risultati soddisfacenti. Pensare di applicare la metodologia del Quality Management (QM) al sistema delle tossicodipendenze è senz'altro cosa estremamente interessante, ma non vi è dubbio che la complessità da affrontare è molto alta, e le soluzioni da ricercare non sempre immediate.

Il riferimento al raggiungimento dell' "ottimo" nella gestione dell'unità operativa, può essere un concetto significativo, solo con una adeguata definizione standard e con un continuo monitoraggio per il controllo del raggiungimento degli stessi. Questo ci permetterà di esplicitare meglio cosa si intenda per "ottimo" e cosa e come si debba fare per raggiungerlo. Un concetto che una volta chiarito sarà significativo per il coinvolgimento e la motivazione del personale, e

presupposto per efficienti politiche di gestione.

**Tab. 1: Caratteristiche del Quality Management**

CARATTERISTICHE DEL QUALITY MANAGEMENT	
QUALITY	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso della valutazione:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– costante nel tempo</li> <li>– contemporanea su RISORSE-PROCESSI-RISULTATI</li> <li>– con un sistema di indicatori quantitativi</li> <li>– comparativa con standard ritenuti di qualità</li> </ul> </li> <li>• Controllo dei processi:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– visibili;</li> <li>– verificabili</li> </ul> </li> <li>• Centrata sul cliente</li> </ul>
MANAGEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione “organizzata e coordinata”</li> <li>• Gestire secondo modelli</li> <li>• Esplicitazione dei modelli               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riguardante sia l'ambito clinico (managed care) che quello organizzativo/gestionale (controllo di gestione)</li> </ul> </li> <li>• Responsabilità diffusa e chiaramente collegata ai compiti</li> </ul>

Il modello di valutazione dei costi che andremo ad individuare, avrà come peculiarità un elevato grado di praticità ed affidabilità, tale da consentire un uso ampio da parte dei decision makers dei Ser.T. che volessero aderirvi.

Questo consentirebbe di rendere confrontabili strutture e situazioni ambientali anche profondamente diverse tra di loro, ma caratterizzate comunque da un obiettivo comune: curare il soggetto tossicodipendente in condizioni di efficienza operativa.

Abbiamo già detto più volte come lo stesso modello di analisi dei costi si basi su un approccio di Quality Management, e a sua volta lo stesso faccia riferimento agli indicatori di sintesi, derivanti dall'applicazione del modello, secondo una valutazione della struttura in oggetto “Quality Oriented”.

La “valutazione” può avvenire in due principali ambiti: *l'ambito clinico*, cioè quello relativo alla persona su cui si espletano determinate attività in relazione al suo stato di salute, e *l'ambito organizzativo-produttivo*, ovvero in relazione con l'unità operativa che eroga il servizio:

**Tab. 2: Tipi di valutazione**

TIPO DI VALUTAZIONE	TIPO DI GESTIONE	ORIENTAMENTO
VALUTAZIONE CLINICA	MANAGED CARE	Verso il cliente/paziente
VALUTAZIONE ORGANIZZATIVO PRODUTTIVA	MANAGED EXPENSE	Verso l'unità operativa

La “valutazione clinica” va intesa come un complesso processo finalizzato a raccogliere dati sulla persona e sul suo ambiente di vita, al fine di ricavarne informazioni utili ai processi

decisionali in ambito preventivo, terapeutico e/o riabilitativo. Per fare questo l'operatore si avvale di una serie di metodologie, strumenti, indagini più o meno complesse e riferimenti nosologici condivisi.

### MANAGED CARE: VALUTAZIONE CLINICA

Il Managed Care è la modalità operativa in ambito clinico basata su una contemporanea attenzione della qualità e della validità dei processi clinici utilizzati, in relazione alle risorse economico-finanziarie assorbite.

La *valutazione "clinica"* ha varie finalità e, sulla base di queste, si possono distinguere diversi ambiti di valutazione, all'interno dei quali si utilizzano diversi processi ed indicatori.

I quattro principali ambiti sono:

- diagnostica;
- prognostica;
- di efficacia (outcome) dei trattamenti;
- di efficienza dove l'oggetto di valutazione sono i vari processi diagnostici e terapeutici utilizzati.

Risulta utile ed indispensabile chiarire le diversità esistenti tra i vari tipi di ambiti, in quanto molto spesso essi si confondono e, nella definizione dei sistemi di valutazione, si generano notevoli incomprensioni e disguidi, confondendo soprattutto indicatori prognostici con indicatori di risultato/efficacia.

Questo porta l'operatore ad utilizzare erroneamente e maggiormente "giudizi di probabilità" per valutare l'esito dei suoi trattamenti, e non dati di fatto oggettivabili. La variazione dei fattori di mantenimento o cambiamento (soprattutto in ambito psicologico) viene spesso erroneamente interpretata come "guadagno terapeutico", indipendentemente dai comportamenti oggettivabili, in quanto questi fattori sono erroneamente ritenuti indicatori di esito, e non prognostici quali invece essi sono. Per meglio comprendere questo concetto si rimanda avanti al paragrafo sul modello eziopatogenetico.

**Tab. 3: Ambiti, finalità e principali indicatori nella valutazione clinica**

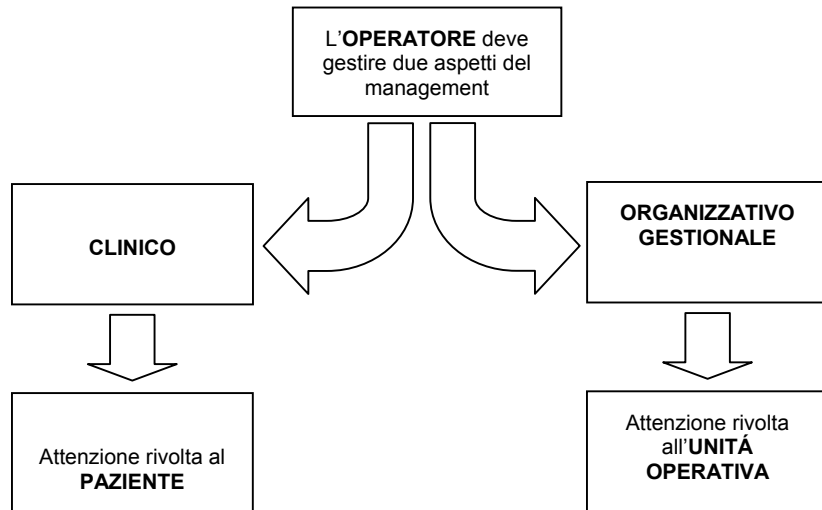
VALUTAZIONE		FINALITÀ GENERALI	INDICATORI
AMBITO	TIPO		
DIAGNOSTICA	Classificazione (labeling)	Inquadrare in categorie nosologiche predefinite standard	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segni, sintomi, dati laboratoristici e strumentali, comportamenti, ecc.</li> </ul>
	Stadiazione	Comprendere lo "stato" di gravità e graduare su una scala di riferimento (implicita od esplicita)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segni, sintomi, dati laboratoristici e strumentali, comportamenti, ecc.</li> </ul>
PROGNOSTICA	Di fattibilità	Comprendere le possibilità di eseguire trattamenti opportuni, di possibile successo e di mantenere nel tempo tali terapie in relazione alle caratteristiche del paziente e del suo ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo e gravità della situazione patologica</li> <li>• Risorse interne utilizzabili</li> <li>• Risorse esterne utilizzabili</li> </ul>

	Di futuro esito	Comprendere la possibile evoluzione e le conseguenze sulla sopravvivenza, la funzionalità e la qualità di vita. (Quod vita, quod valitudine). Questa valutazione viene anche definita il "giudizio di probabilità"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo e gravità della situazione patologica</li> <li>• Risorse interne utilizzabili</li> <li>• Risorse esterne utilizzabili</li> <li>• Fattori di cambiamento e/o di mantenimento della patologia (resistenze e limiti)</li> </ul>
DI EFFICACIA	Di risultato sul cliente	Comprendere l'effetto e l'utilità degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi sul singolo in termini di salute aggiunta e patologia evitata.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo di sopravvivenza comparato</li> <li>• Grado di funzionalità aggiunta</li> <li>• Abilità preventive (grado di patologia evitata)</li> <li>• Qualità di vita aggiunta</li> <li>• Customer satisfaction</li> </ul>
	Di impatto sul fenomeno	Comprendere le variazioni epidemiologiche sull'insieme della popolazione interessata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Misure di Incidenza e prevalenza</li> </ul>
DI EFFICIENZA	Di costo	Comprendere e comparare i costi economici, umani e sociali delle indagini diagnostiche e dei vari trattamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costi diretti</li> <li>• Costi indiretti</li> <li>• Costi comparati</li> </ul>
	Di tempo	Comprendere e comparare i tempi medi di attesa, erogazione e valutazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempi medi comparati</li> </ul>
	Di soddisfazione	Comprendere il grado di soddisfazione prodotto sul cliente e sullo staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Customer satisfaction</li> <li>• Staff satisfaction</li> </ul>
	Di validità tecnico scientifica	Comprendere e comparare il grado di definizione diagnostica, la reale capacità terapeutica ecc., e la dispendiosità dei processi utilizzati in relazione alla capacità predittiva, ai benefici ottenuti, ecc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapp. Costo/beneficio</li> </ul>

Il Managed Care utilizza invece la *valutazione economica* dei programmi sanitari ed in particolare l'analisi di minimizzazione dei costi (costi-efficacia, costi-utilità, costi-benefici) al fine di determinare e selezionare i migliori processi. Un ulteriore contributo alla creazione di modelli di Managed Care ottimizzati, viene dato dalla tecnica dei Process Reengineering, applicata alle attività cliniche.

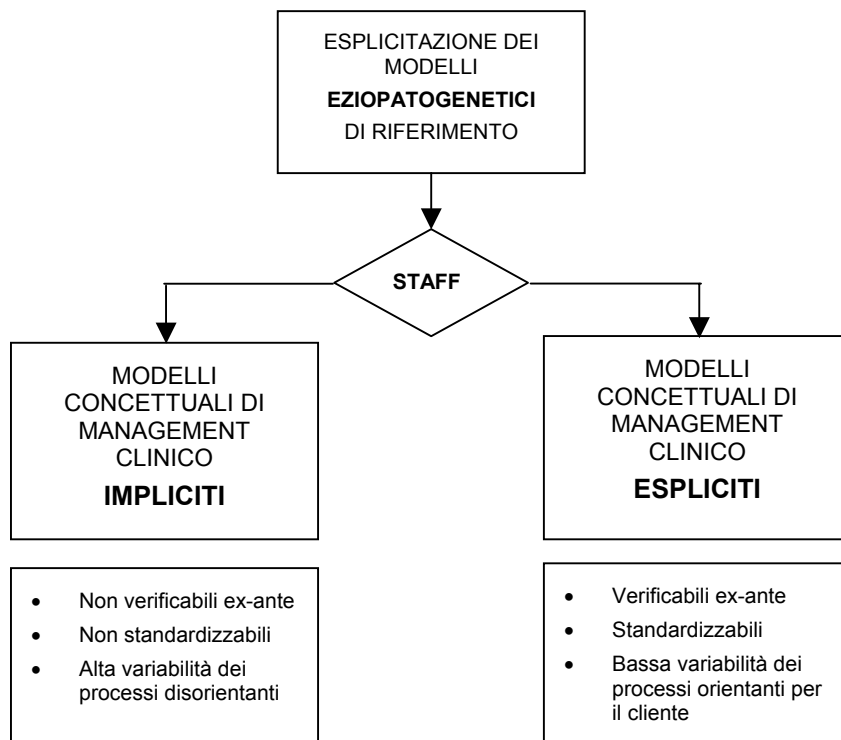
La figura successiva esprime questi concetti in forma grafica, cercando di evidenziare la differenza esistente tra management clinico, orientato al cliente/paziente, e management organizzativo/gestionale orientato all'unità operativa.

**Fig. 1: La scelta del management**



Ogni operatore deve quindi inserirsi in questo complesso processo volto al raggiungimento dell'obiettivo comune non trascurando mai i principi che lo sottendono. Per poter fare questo - ed ottenere quindi il suo coinvolgimento - il modello deve essere esplicitato e reso trasparente, evidenziando il processo mentale che muove l'operatore durante lo svolgimento dell'attività esistenziale.

**Fig. 2: Esplicitazione del modello eziopatogenetico**

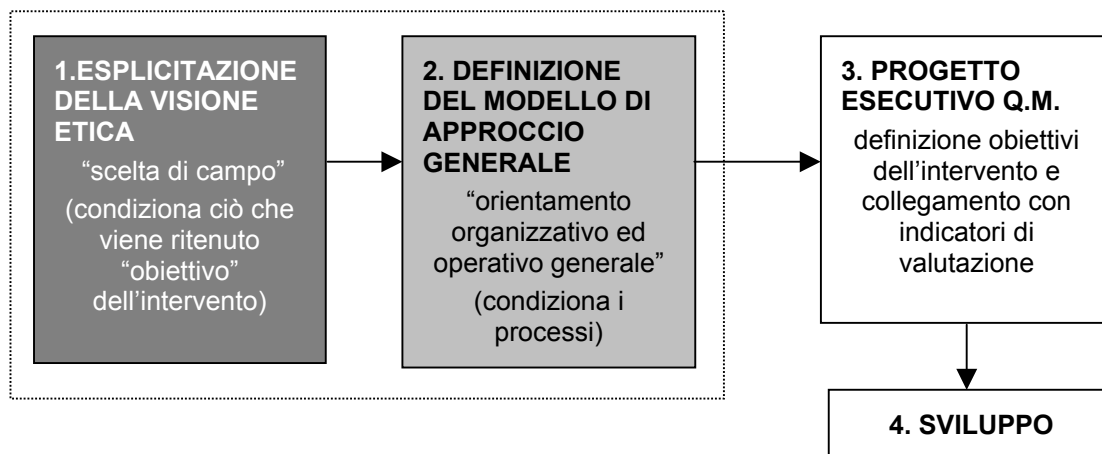


La trasparenza del modello tuttavia non basta per poter asserire di aver raggiunto una qualità totale per il sistema in oggetto, si deve anche ottemperare alle fasi di seguito riportate:

1. *Analisi dei bisogni* della domanda espressa, per comprendere in termini quantitativi la dimensione del fenomeno a cui dare una risposta;
2. La *definizione del modello fisico patologico* della patologia "dipendenza da sostanze", mettendo a fuoco - sulla base delle evidenze scientifiche disponibili - il modello di analisi fattibile su cui allineare e coordinare gli operatori dello staff, per gli aspetti biologici, psico-comportamentali e sociali;
3. Sulla base di questo modello si potrà operare la *definizione del modello di management clinico*, che riguarderà l'ambito preventivo diagnostico, terapeutico e riabilitativo;
4. Decise le modalità di gestione, sarà necessario *definire il modello organizzativo* con una elencazione precisa dei vari ruoli dell'unità operativa, le varie funzioni e compiti e soprattutto i processi da utilizzare;
5. infine, la *definizione del modello gestionale*, e cioè del controllo e della valutazione dell'efficienza e dell'efficacia, con un feedback sulla base delle risultanze, sia sul modello clinico che organizzativo.

La figura successiva esemplifica e schematizza i passaggi sopra indicati, alla fine dei quali sarà possibile definire il modello gestionale grazie al quale l'operatore riuscirà a focalizzare meglio la situazione della propria struttura, sia in relazione a se stessa, per periodi differenti, sia rispetto medesimi strutture.

**Fig. 3: Sviluppo di un sistema Q.M. orientato alla tossicodipendenza**



Ne deriva pertanto che la valutazione di qualità nella pratica clinica, in applicazione dei principi del Quality Management, passa attraverso una *ricerca* di informazioni quantitative per la comprensione del fenomeno, ad una successiva *misurazione* tramite indicatori di sintesi e metriche condivise, per arrivare poi ad una *comparazione* rispetto standard di riferimento. Al termine di questa serie di procedimenti concatenati sarà possibile, da parte degli operatori, scegliere gli interventi e le forme organizzative reputate, almeno inizialmente, con più probabilità di efficacia, a minor rischio e a minor costo.

Ricordiamo pertanto le tre fasi: ricerca, misurazione, comparazione.

## UN MODELLO GLOBALE DI MISURAZIONE/VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI: LE 10 DIMENSIONI (TRATTO DA “QUALITY MANAGEMENT, INDICAZIONI PER I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE, 2002)

Anticipando alcuni concetti, vale la pena definire anche un modello generale di misurazione della qualità al fine di dare al lettore la prospettiva complessiva, oltre a quella relativa ai costi.

Esistono diverse dimensioni su cui misurare la qualità degli interventi assistenziali che necessariamente deve essere valutata in maniera multidimensionale partendo dalla considerazione che la qualità si raggiunge assicurando contemporaneamente una serie di condizioni e caratteristiche.

Il modello qui presentato va applicato per ottenere una valutazione di insieme dell'intervento specifico di una organizzazione sociosanitaria che si occupa di persone con problemi di dipendenza da sostanze, ma tale approccio è sicuramente estensibile a tutte le strutture sociosanitarie aziendali.

**Fig. 4: Dimensioni per la misurazione della Qualità degli interventi (caratteristiche da garantire agli interventi per considerarli di qualità)**



Nell'elencare le caratteristiche diventa indispensabile però definire precisamente che cosa si deve intendere con i termini riportati nella figura. A questo scopo è stata messa a punto la tabella successiva in modo da ridurre la variabilità interpretativa delle singole dimensioni utilizzate. Ad ogni dimensione è stato associato un insieme di indicatori utilizzabili per la misurazione della qualità, in modo da rendere possibile una visualizzazione delle dimensioni identificate.

La difficoltà, sicuramente superabile e che ha trovato soluzione nello strumento informatico mFp © riportato in seguito, sta nel creare processi operativi e di raccolta dati orientati a “farsi valutare” e alimentare un sistema informativo in grado di non essere intrusivo nella operatività ma contemporaneamente in grado di monitorare costantemente tali dimensioni.

Ai 10 criteri ne dovrebbe essere aggiunto un altro per il quale si rimanda ai capitoli

successivi, che è quello dell'economicità. Il concetto di economicità degli interventi si fonda sulla presenza di due criteri contemporanei: il valore aggiunto (durante l'utilizzo delle risorse per la produzione dell'intervento è stato aggiunto valore) e l'utilità (in grado di soddisfare una domanda). Quello su cui vogliamo riportare l'attenzione, senza scendere ora nel dettaglio, è il fatto che con questo criterio si centri il concetto di qualità sull'utilità reale degli interventi in stretta relazione alla valorizzazione delle risorse impiegate.

Per non fermarsi solo alle definizioni, sono stati messi a punto anche una serie di indicatori in grado di poter rappresentare la singola dimensione di qualità e renderla "visibile".

**Tab. 4: Aree di valutazione delle caratteristiche dell'intervento**

N	DIMENSIONE	DEFINIZIONE
1	<i>Sicurezza</i>	condizione con cui si assicurano i clienti e gli operatori da eventuali rischi o danni derivanti dal processo di erogazione dell'assistenza e/o dall'ambiente in cui viene erogata
2	<i>Eticità e Umanizzazione</i>	Grado di rispetto dei diritti umani, dei principi di eguaglianza nell'accesso, nell'informativa, nell'utilizzo dell'assistenza e del buon uso delle risorse, coerentemente con i valori sociali propri della comunità dove si espletano gli interventi e di quelli dell'etnia di riferimento del cliente. Adattamento delle procedure assistenziali alle esigenze di vita e di lavoro del cliente.
3	<i>Accessibilità</i>	Grado di facilità di accesso alla struttura, ai trattamenti e alle informazioni da parte dei clienti
4	<i>Libera scelta</i>	Condizione in cui si può effettivamente esercitare la propria libertà di scelta relativamente al curante, alle terapie appropriate e del luogo di cura
5	<i>Partecipazione del cliente</i>	Grado di informazione attiva dei clienti da parte dell'organizzazione e di coinvolgimento nei processi decisionali che li riguardano
6	<i>Equità del trattamento</i>	Garanzia di un trattamento non differenziato tra i clienti su base discrezionale o discriminatoria. Accesso alle varie terapie e conduzione dei trattamenti egualitaria. Applicazioni delle regole, dei controlli e dei vincoli restrittivi in maniera omogenea senza deroghe "ad personam" se non per giustificati e documentabili motivi.
7	<i>Appropriatezza</i>	Caratteristica degli interventi per la quale i benefici attesi superano fortemente i rischi derivanti dall'intervento stesso (mortalità, morbilità, discomfort, perdita di gg lavorative ecc.) mantenendo un alto grado di coerenza dei processi assistenziali utilizzati con le evidenze scientifiche specifiche.
8	<i>Efficacia</i>	La capacità dimostrabile di una organizzazione o di un intervento terapeutico o riabilitativo di produrre realmente risultati positivi esprimibili in termini di: Grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata valutato in relazione alle condizioni cliniche e di rischio rilevate all'ingresso in trattamento
9	<i>Efficienza (interna ed esterna) e tempestività</i>	Grado di utilizzo ottimizzato delle risorse (efficienza produttiva o interna) e grado di risposta ai bisogni e/o soddisfazione della domanda della popolazione (efficienza allocativa o esterna). Viene definita anche come la capacità di produrre e distribuire prestazioni utili, posseduta dall'organizzazione preposta all'erogazione di servizi, al minor costo. L'efficienza è data dal rapporto tra prestazioni erogate (output) e risorse impiegate (input), portando quindi con sé il concetto (sempre collegato all'efficienza) della valutazione delle prestazioni sempre in relazione al loro costo di produzione comparato con analoghi interventi. La tempestività è il tempo intercorso tra la domanda e l'erogazione dell'offerta.
10	<i>Continuità assistenziale</i>	Condizione per la quale il cliente ha assicurata la continuità delle prestazioni nel tempo anche nel caso di cambiamenti dell'equipe curante e/o trasferimenti in altre strutture

Tab. 5: Indicatori per singola dimensione

N.	DIMENSIONE	INDICATORI
1	Sicurezza	<p><i>Dei clienti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- %di pazienti che acquisiscono lesioni traumatiche all'interno delle strutture (incidenti)</li> <li>- % di soggetti in trattamento con intossicazioni acute da sovradosaggi da farmaci</li> <li>- % di pazienti con trattamenti sottodosati ed esponenti al rischio di recidiva, overdose o di astinenza</li> <li>- % di ritrattamenti precoci (entro 30 gg dalle dimissioni)</li> <li>- n. di controlli urinari/settimanali</li> <li>- tempo massimo in cui avviene una formale e reale valutazione e ridefinizione del programma terapeutico</li> <li>- esistenza di procedure di sicurezza generale ambientale</li> <li>- esistenza ed applicazione di procedure per il controllo delle reazioni avverse ai trattamenti.</li> </ul> <p><i>Degli operatori:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. medio di conflitti con operatori/mese</li> <li>- esistenza di procedure formali per la gestione delle emergenze di sicurezza (conflitti, aggressioni, risse ecc.)</li> <li>- grado di applicazione delle norme per il rischio professionale infettivo</li> <li>- n. di incidenti di contaminazione durante la manipolazione di materiali biologici o attività di prelievo ecc.</li> <li>- n. medio di ore/operatore di formazione ed addestramento specifico sulle norme di prevenzione/aa</li> <li>- esistenza di procedure di sicurezza generale ambientale</li> </ul>
2	Eticità e Umanizzazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza di documenti etici esplicitati formalmente, diffusi e adottati per la programmazione degli interventi.</li> <li>- Grado di coerenza dei principi contenuti nella dichiarazione etica con il rispetto dei diritti umani (secondo i riferimenti U.N., U.E.)</li> <li>- Grado di coerenza dei processi utilizzati dalle U.O. con i principi etici dichiarati</li> <li>- n. di segnalazioni formali (denunce, proteste e richieste) arrivate alle strutture in cui si ravvisino episodi di discriminazione e non rispetto dei diritti umani</li> <li>- customer satisfaction specifica per il grado di rispetto della persona, comprensione e adattamento delle terapie e degli accessi sulle esigenze di vita e di lavoro del cliente</li> <li>- Esistenza di sistemi efficienti per la valutazione ex-ante delle attività (di progetto o correnti) da finanziare con valutazione dei bisogni da soddisfare e ponderazione delle priorità (equilibrata distribuzione delle risorse in base ai bisogni e alle priorità della popolazione – eticità degli investimenti)</li> <li>- Esistenza di sistemi efficienti per la valutazione ex-post dell'efficacia ed economicità degli interventi</li> </ul>

N.	DIMENSIONE	INDICATORI
3	<i>Accessibilità</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza di parcheggi idonei nel raggio di 200 metri</li> <li>- Presenza di linee di trasporto pubblico con distanza delle fermate dal servizio erogante a non più di 300 metri</li> <li>- Assenza di barriere architettoniche sulle vie di accesso</li> <li>- Presenza di un front office strutturato con personale dedicato/addestrato all'orientamento del cliente</li> <li>- N. di linee telefoniche esclusivamente dedicate al cliente in entrata</li> <li>- Tempi di attesa medi delle telefonate</li> <li>- Tempi di attesa medi per il primo contatto con l'operatore</li> <li>- Tempi di attesa medi per l'entrata in terapia</li> <li>- Presenza di filtri e vincoli di accesso (vincolo di residenzialità, gg dall'ultimo trattamento ecc.)</li> <li>- Indice di fuga (% di soggetti residenti in carico in altri servizi)</li> <li>- Indice di attrazione (% di soggetti non residenti in carico)</li> </ul>
4	<i>Libera scelta</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grado e numero di processi assistenziali dove la libera scelta del cliente viene elusa dagli operatori.</li> <li>- Esistenza regolamenti e/o vincoli nell'operatività delle U.O. che possono condizionare la libera scelta del cliente relativamente a:</li> <li>- Luogo di cura (territorialità obbligatoria, accesso esclusivo per alcune U.O del dipartimento, ecc.)</li> <li>- Operatore curante (es. prenotazioni in ambulatori che non permettono la scelta del curante, assegnazione automatica dei curanti sulla base di regole organizzative interne del U.O. e non sulla scelta, ecc.)</li> <li>- Tipo e modalità di trattamento (il paziente può chiedere ed ottenere trattamenti – accreditati - diversi da quelli proposti dal curante? Può porre vincoli e condizioni – in conformità alle proprie scelte ed esigenze generali - alle terapie proposte? Ecc.)</li> </ul>
5	<i>Partecipazione del cliente</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizzo e distribuzione di materiale informativo sui trattamenti e l'organizzazione (Ser.T, Comunità terapeutica, Gruppo di autoaiuto, ecc.) per i clienti</li> <li>- Presenza di materiale informativo specifico sui diritti e le responsabilità dei clienti</li> <li>- Esistenza di una strategia di comunicazione strutturata e permanente con i clienti</li> <li>- Esistenza di gruppi consultivi organizzati di clienti e di momenti strutturati di confronto</li> <li>- Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica dei bisogni e della domanda del cliente</li> <li>- Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica della soddisfazione del cliente</li> <li>- Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica dell'aderenza ai trattamenti dei clienti</li> </ul>
6	<i>Equità di trattamento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esistenza di criteri espliciti di inclusione nei vari trattamenti ed equamente applicati</li> <li>- Esistenza ed applicazione equanime di criteri formali ed esplicitati ai clienti relativamente all'affidamento extra servizio della terapia sostitutiva</li> <li>- Esistenza ed applicazione equanime di criteri formali ed esplicitati ai clienti relativamente all'inserimento in comunità</li> </ul>

7	Appropriatezza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasso di differenziazione dei trattamenti (% di soggetti nei vari trattamenti – farmacologici sostitutivi, antagonisti ecc., residenziali, semiresidenziali, di supporto psicologico ecc.)</li> <li>- % di soggetti in trattamento farmacologico sostitutivo con dosaggio nel range terapeutico (80 mg + o – 20 mg) da valutare in soggetti con terapia stabilizzata (&gt; 3 mesi) e non in dimissione,</li> <li>- Tempo medio di ritenuta in trattamento</li> <li>- % di soggetti con criteri di inclusione per trattamenti residenziali non inseriti in comunità (interventi inappropriati)</li> <li>- Grado di aderenza ai controlli urinari</li> <li>- % di soggetti con affidamento del metadone con morfinurie (o altre sostanze) negative</li> <li>- % di pazienti con abbandono o allontanamento dal trattamento</li> <li>- Indice di avanzamento (%soggetti in avanzamento e tempo medio di transito) nel percorso terapeutico ottimale verso forme di risoluzione della tossicodipendenza (primo contatto →%→ terapie intensive →%→ terapie residenziali →%→ reinserimento →%→ risoluzione)</li> </ul>	
8	Efficacia (Grado di salute aggiunta, grado di patologia evitata)	UTILIZZO SOSTANZE D'ABUSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. % U-Morfinuria positiva ultimi 30gg.,3m., 6m.,</li> <li>B. % U- Altre sostanze (anfetamine, cocaina, THC, BDZ ecc)</li> <li>C. Abuso alcolico come compensazione alla sospensione uso di eroina (% alcolurie pos.)</li> <li>D. % U - Metadone positiva</li> <li>E. numero di ricadute a 12 m.</li> </ul>
		GRADO DI PERFORMANCE (personale e sociale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Grado di istruzione</li> <li>B. Grado di professionalità (abilità specifiche)</li> <li>C. Grado di Social conformity</li> <li>D. Grado di compenso psichico</li> <li>E. Capacità produttiva reale (capacità di assicurarsi un reddito utile mediante attività lecite)</li> <li>F. Presenza attività lavorativa (occupazione)</li> <li>G. Dimensione della qualità della rete sociale</li> <li>H. Numero di episodi di conflittualità familiare ultimi 3m.</li> <li>I. Numero di attività sociali positive (modello SSAS)</li> <li>J. Abilità preventive</li> </ul>
		QUALITÀ DI VITA (QL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. QL percepita</li> <li>B. QL clinical status related</li> <li>C. QL social status related</li> </ul>
		INCIDENZA PATOLOGIE CORRELATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Presenza patologie infettive (HIV, HBV, HCV, MTS, TBC)</li> <li>B. Numero di episodi di overdose ultimi 3m.</li> <li>C. Presenza/ intensità sintomi psichiatrici</li> <li>D. Livello di conoscenza, percezione del rischio, attitudine al rischio, abilità preventive anti HIV (siringa, profilattico) e overdose</li> <li>E. Numero di episodi di attività criminale che hanno dato origine ad azioni delle Forze dell'Ordine ultimi 3m.</li> <li>F. Presenza di attività di prostituzione</li> </ul>

**NOTA IMPORTANTE** - La valutazione dell'efficacia dei trattamenti deve essere eseguita prendendo in considerazione due principali dimensioni: grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata conseguenti agli interventi, valutati come scostamenti da una situazione iniziale preintervento. La valutazione può essere eseguita su pazienti in trattamento stabilizzato (da almeno 60 giorni) e valutando quindi lo scostamento tra la condizione di salute all'entrata (t1) e dopo un tempo standard di osservazione (t2) che potrà essere 3 – 6 – 9 – 12 mesi. Questo modello valuta quindi lo scostamento tra t1 e t2 e prende in considerazione gli esiti del trattamento fino a quando il paziente resta in carico e all'interno del percorso terapeutico. Per la valutazione di follow up post trattamento si possono utilizzare gli stessi indicatori ma attribuendo un significato diverso alla valutazione relativamente al nesso di causalità esistente con il trattamento una volta che è stato sospeso e che il paziente è ritornato nell'ambiente di vita senza ulteriori supporti. A questo proposito rimandiamo all'articolo specifico.

N.	DIMENSIONE	INDICATORI
9	Efficienza e Tempestività	<p>Sert:</p> <p>Efficienza produttiva (o tecnica)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- volume prestazionale in relazione alle risorse</li> <li>- densità prestazionale media su singolo paziente per tipologia di prestazione (medica, psicologica, sociale ecc.)</li> <li>- gg totali di assistenza/costo globale grezzo U.O.</li> </ul> <p>Efficienza allocativa (o esterna)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grado di evasione della domanda non urgente (n. clienti richiedenti/n. di clienti accolti a 10 gg, 30gg, 60gg dalla domanda)</li> <li>- grado di evasione della domanda urgente (n. clienti richiedenti/n. di clienti accolti a 24 ore, 48 ore, 72 ore dalla domanda)</li> <li>- grado di soddisfazione dei bisogni (n. clienti attesi/n. clienti osservati)</li> <li>- n. di soggetti TD stimati sul territorio/n. soggetti TD in carico</li> </ul> <p>Tempestività</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tempi di attesa</li> </ul>
		<p>Comunità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tempi di attesa</li> <li>- tempo medio di residenzialità – carico/cliente</li> <li>- indice di occupazione (% di posti occupati nell'anno su totale disponibile)</li> <li>- indice di rotazione (n. medio di persone residenti per posto disponibile/aa)</li> <li>- Indice di turnover (n. di gg trascorsi tra una dimissione di un cliente ed una successiva ammissione di un altro cliente)</li> </ul>
10	Continuità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N. di soggetti che abbandonano i trattamenti</li> <li>- % di dimissioni programmate sul totale delle dimissioni</li> <li>- tempo trascorso tra la prescrizione e l'erogazione della prestazione</li> <li>- esistenza di procedure e modulistica strutturata per il trasferimento delle informazioni cliniche nel caso di trasferimento dei pazienti tra le varie unità operative (pronta accoglienza – Sert – Comunità ecc.)</li> <li>- tempo medio di trasmissione delle informazioni</li> </ul>

## Qualità, indicatori e standard di riferimento

Una volta definiti gli indicatori vi è la necessità di concordare sugli standard che essi dovrebbero avere al fine di considerare le varie dimensioni ricadenti all'interno di un range "di qualità". Tale definizione può avvenire in vari modi, sia attraverso una definizione "a tavolino" sulla base dell'evidenze scientifiche e dei prerequisiti richiesti dagli enti programmatori/regolatori preposti alla definizione e controllo del sistema, sia attraverso negoziazioni tra questi e le U.O. erogatrici.

Un altro metodo è quello di utilizzare i Delta System (vedi articolo successivo) che individuano la media regionale di tali indicatori (calcolata su U.O. omogenee e in modo standardizzato) e che diventa così punto di confronto attorno al quale calcolare gli scostamenti delle singole U.O.. Così facendo saremo in grado di definire il "profilo medio" sulla base del contributo di tutte le U.O., che potrà essere utilizzato come "profilo di qualità attesa" da confrontare con quello "osservato" dalla singola U.O. (autovalutazione e autocorrezione) al fine di capire gli scostamenti e poter attuare, se necessario, gli opportuni interventi correttivi.

Gli enti preposti alla programmazione, con questi strumenti, sono in grado di governare meglio la qualità nell'intero sistema, potendola realmente osservare e soprattutto comparare le diverse realtà, cogliendone la diversità.

## Fattibilità e qualità

Un altro importante fattore collegato alla qualità degli interventi è il loro grado di reale fattibilità. Essa infatti molto spesso è in grado di condizionare la qualità stessa degli interventi che per poter essere eseguiti devono fare in conti anche con le condizioni contingenti e le risorse disponibili.

"La qualità costa" è uno slogan molto vero e spesso questo "costo" (o molto più precisamente questo "insieme di costi" non solo finanziari) è in grado di condizionare molto fortemente la realizzabilità delle nostre aspettative. L'argomento verrà trattato più approfonditamente negli articoli successivi, a cui si rimanda, ma nel frattempo risulta utile avere almeno un inquadramento generale dei principali fattori determinanti la fattibilità degli interventi.

## GENERAZIONE DEI COSTI E VALUTAZIONE ECONOMICA

Gli interventi socio-sanitari sulla persona per la cura di una determinata patologia, nel nostro caso la tossicodipendenza, generano numerose uscite monetarie, che vanno ad incidere su più settori:

- sanitario, che costituisce la voce principale oggetto di analisi;
- malato e famiglie dei pazienti;
- altri settori.

Nel settore sanitario la spesa sostenuta per la cura della patologia riguarda i *costi generali* dell'azienda nel suo complesso, costi necessari per mantenere, gestire, allestire la stessa struttura, quali ad esempio costi di back office (segreteria), e *costi di conto capitale*; a questi si vanno ad aggiungere poi veri e propri costi assistenziali della singola U.O., la cui imputazione avviene in base al centro di costo. L'insieme dei costi generali e dell'U.O. genera i *costi dell'intervento*.

Fig. 5: principali fattori determinanti la fattibilità di un intervento

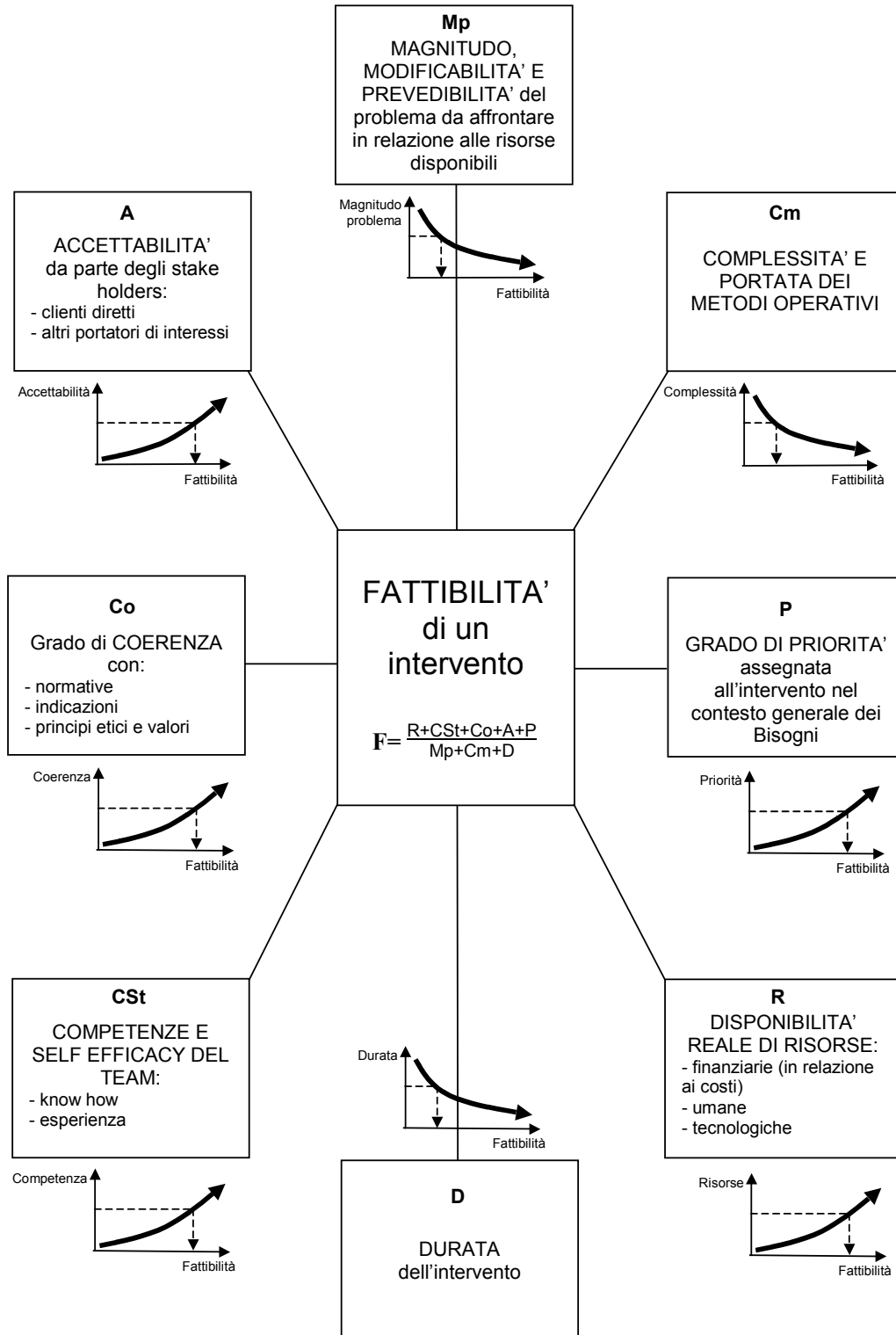
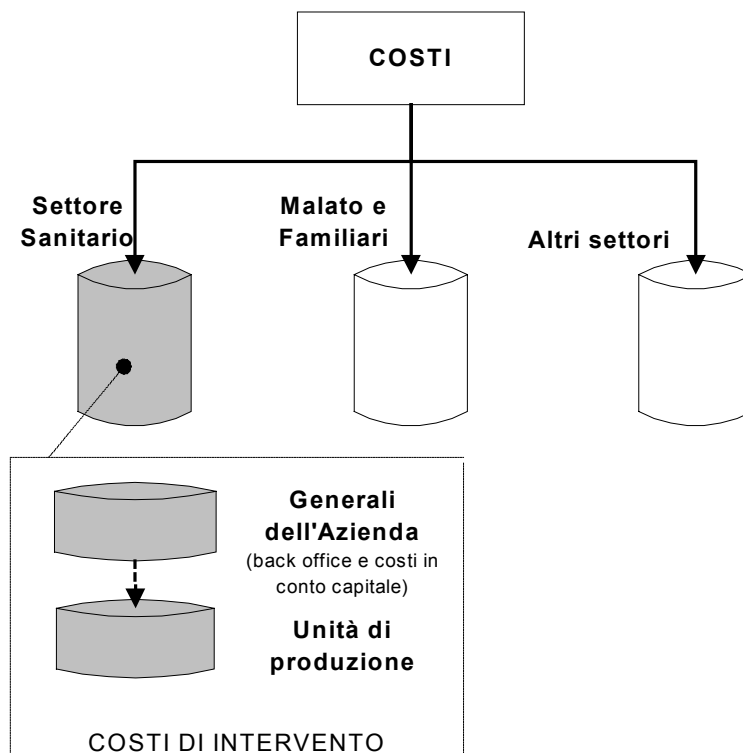


Fig. 6: I costi generati dalla gestione di una patologia



## La valutazione economica

Il tipo di analisi da effettuarsi dovrà tener conto di più profili ed essere a più livelli. L'analisi verrà pertanto condotta sotto l'aspetto economico e sotto l'aspetto finanziario.

**L'analisi economica** ha per oggetto la relazione tra le risorse impiegate e i risultati prodotti (l'analisi costi-benefici non è che un tipo di analisi economica) (vedi tabella 4). Questa relazione nel modello che presentiamo è stata a sua volta trattata per valutare i risultati a seconda che vengano valutati in termini di *output* prodotto (prestazioni), o in termini di *outcome* (esiti, patologie evitate). Questo tipo di analisi ha per scopo principale il controllo di gestione per valutarne sia l'efficienza, che l'*esternalità*. Con tale termine vogliamo indicare gli effetti che lo svolgimento dell'attività determina al di fuori di quelli normali ricollegati alla terapia vera e propria. Un esempio di esternalità è dato dalla sensibilizzazione al rischio di infezione da HIV nei soggetti tossicodipendenti a seguito di un aumento di pazienti affetti in cura presso il Ser.T. La tecnica che si può utilizzare per un'adeguata *analisi economica* è quella denominata **COSTI-BENEFICI**.

**L'analisi finanziaria** riguarda le conseguenze monetarie derivanti dall'attività dell'U.O. e si prepone il controllo dell'efficienza produttiva ed allocativa della gestione. *L'efficienza produttiva* si determina raffrontando i risultati prodotti (in termini di output) alle risorse consumate. *L'efficienza allocativa* invece ricerca la migliore combinazione dei fattori produttivi (personale, attrezzature mediche, ecc.), per ottenere il miglior risultato possibile a parità di fattori impiegati. La tecnica di approccio impiegata è la *contabilità analitica*.

Tab. 6: Tecniche di analisi

TECNICHE DI ANALISI		
	ANALISI ECONOMICA	ANALISI FINANZIARIA
OGGETTO	Relazione tra risorse impiegate e risultati prodotti	Conseguenza monetarie derivanti dall'attività dell'U.O.
FINALITÀ	Controllo dell'efficienza associato alla valutazione delle esternalità per fornire supporto al decision makers	Controllo dell'efficienza produttiva ed allocativa della gestione
STRUMENTI PRINCIPALI	Tecnica di approccio COSTI-BENEFICI	Contabilità analitica CENTRI DI COSTO

I punti da prendere in considerazione per una valutazione economica riguardano sostanzialmente due aspetti:

1. I costi e le risorse impiegate;
2. Le conseguenze.

Questi due aspetti saranno rappresentati nello schema riportato più avanti, in cui si evidenziano le diverse fasi del ciclo produttivo caratteristico di una U.O..

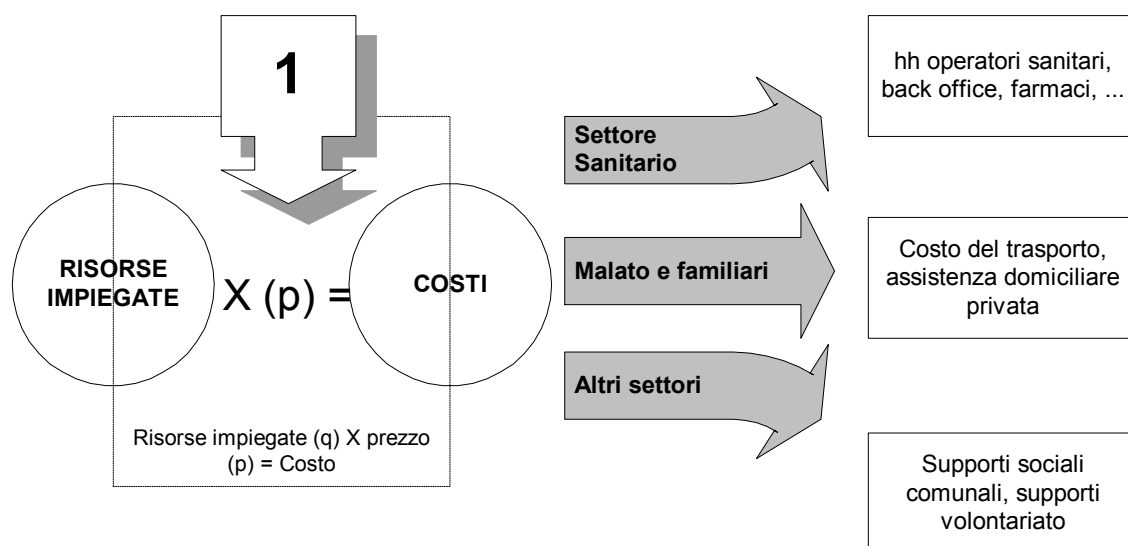
Ad ogni fase del ciclo corrisponde la generazione di alcuni costi: il consumo di risorse ad esempio genera costi produttivi, mentre la successiva erogazione di prestazioni genera altrettanti *costi delle prestazioni*. Ma rimandiamo a dopo valutazioni e argomentazioni in merito.

Parlando di efficacia facciamo riferimento al rapporto tra risorse impiegate e risultati raggiunti, dove quest'ultimi rappresentano salute aggiunta e patologia evitata. Parlando di benefici, si valuta invece l'outcome complessivo, inteso come benefici diretti ed indiretti. La dove invece si valuta l'utilità, ci si rifà alle diverse preferenze che possono manifestare pazienti, operatori e dirigenti.

Come abbiamo detto i costi sono molteplici, e non necessariamente ed esclusivamente riferibili al Settore sanitario. Nonostante la diversa natura e provenienza degli stessi, il loro scopo è comune, e quindi quando li si analizza collegandoli alle risorse, si dovrebbero considerare nella loro totalità.

Ancor prima di parlare di costi si deve parlare di risorse impiegate, la quantità impiegata di quest'ultime per il prezzo, conduce in via molto semplice ed immediata all'individuazione dei costi. Nella figura 5 viene messo in evidenza come per ogni settore coinvolto nella cura di una qualsiasi patologia, i costi derivino dal numero di risorse impiegate e dal relativo costo unitario. A fianco sono inoltre riportate alcuni esempi di voci di costo.

**Fig. 7: Gli elementi da osservare per una valutazione economica, punto 1**

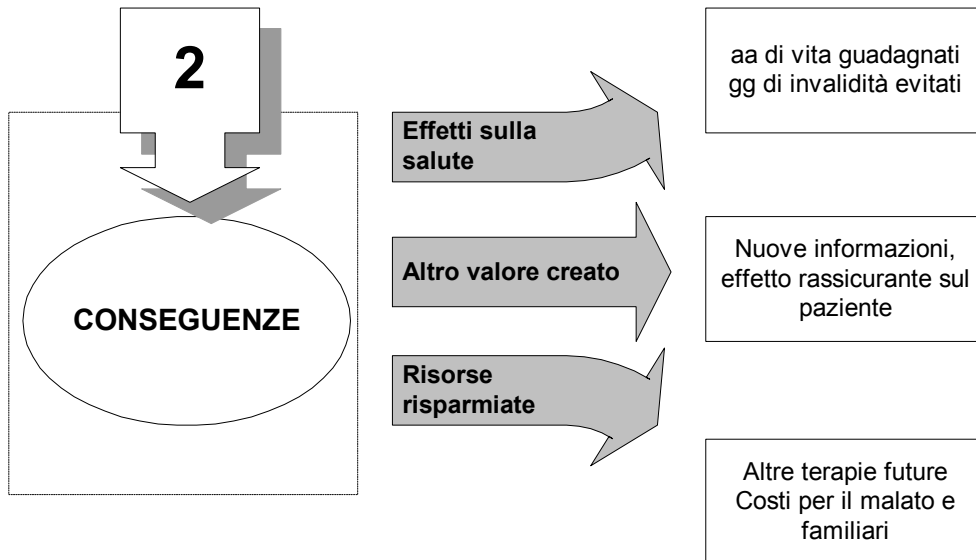


In merito poi alla valutazione delle conseguenze degli interventi (vedi fig. 8) questa può essere fatta considerando tre aspetti:

- *effetti sulla salute*, ad esempio gli anni di vita guadagnati, o i giorni di invalidità evitati;
- *altro valore creato*, come ad esempio nuove informazioni, l'effetto rassicurante sul paziente;
- *eventuali risorse risparmiate* sulla base degli interventi attivati, come altre terapie future, costi per malato e familiari, ecc.

Il raffronto tra gli schemi 1 e 2 riportati (fig. 7 e 8) permette di comprendere come a fronte di una cospicua mole di costi, vi sia la possibilità di ottenere un consistente "valore aggiunto". Ciò permette tra l'altro al sistema di autoreferenziarsi ed ottenere quindi quella piena legittimazione sociale e quel consenso di cui tanto necessita.

Fig. 8: Gli elementi da osservare per una valutazione economica, punto 2



### CONCETTI BASE PER UN'ANALISI DEI COSTI DI UN SER.T

La prima variabile da concettualizzare adeguatamente è l'unità di prodotto (U.P.) che costituisce l'elemento base. Esso viene considerato il vero e proprio "prodotto da realizzare" (bene materiale o servizio) da parte dell'Unità Operativa, e quindi non solo oggetto sulla quale applicare il calcolo dei costi produttivi, ma anche come unità-target. Considerando anche quest'ultimo aspetto esso può variare in base agli obiettivi dell'U.O., che possono produrre prestazioni o, ponendosi orizzonti più ambiziosi, produrre prestazioni e risultati in termini di salute.

Questi ultimi aspetti riguardanti l'U.P. permettono di analizzare anche i diversi obiettivi da cui un decision maker non può prescindere. Essi sono - in prima approssimazione - distinguibili a seconda dei risultati che misurano (risultati intermedi e finali). Tra i primi si devono annoverare quelli agganciati agli *obiettivi di output*, misurabili in termini di giorni di assistenza o di prestazioni rese all'utente nel nostro caso. Tra le grandezze finali si devono considerare quelli agganciati agli *obiettivi di outcome*, intesi come tempo (gg, h, min...) - di lunghezza variabile - libero da sintomi o da rischi, e quindi come giorni di terapia efficace (per terapie sintomatiche). Queste variabili riuscirebbero a misurare il grado di salute aggiunta ed il grado di patologia evitata, assicurando al contempo la possibilità di effettuare confronti con più U.O., per dare finalmente un rudimentale ma significativo indice di efficienza ed efficacia delle stesse.

L'analisi fin qui operata ha introdotto anche il concetto di costo. Ora è il caso però di chiarire meglio cosa si deve intendere quando si parla di costo. Con questo termine si vuole dare un'espressione quantitativa delle risorse impiegate (consumate), nei processi di produzione ed erogazione dei servizi. Esprime quindi il valore delle risorse impiegate espresso ai prezzi di mercato.

**Tab. 7: Definizione di costo e di spesa**

<b>COSTO</b>	<b>SPESA</b>
Caratteristica intrinseca di una risorsa che la valorizza in senso monetario.	L'impegno finanziario richiesto (uscita) per acquisire la risorsa.
Quantità di denaro necessario per acquisire la risorsa.	Quantità di denaro uscito per acquisire la risorsa.

Dopo aver chiarito questo concetto possiamo iniziare una prima analisi dei costi senza pretesa di esaustività.

**Tab. 8: Classificazione dei Costi**

<b>COSTI FISSI</b>	<b>COSTI VARIABILI</b>
Quota di costi di un'Azienda o unità operativa che non dipende (nel breve periodo) dal volume di produzione dei beni o servizi erogati. Essi sono modificabili solo nel medio-lungo periodo.	Quota di costi di un'azienda o unità operativa produzione dei beni o servizi erogati e a dipendenti dal volume di dalle risorse consumate. Essi sono modificabili anche nel breve periodo.
<b>COSTI DIRETTI</b>	<b>COSTI INDIRETTI</b>
Quota dei costi delle risorse impiegate per la produzione di servizi sanitari direttamente imputabile ad essi.	Quota dei costi delle risorse impiegate non direttamente imputabili ad un unico centro di costo, per i quali è necessario quindi procedere alla definizione di criteri di ripartizione.
<b>COSTI TANGIBILI</b>	<b>COSTI INTANGIBILI</b>
Rappresentano i costi quantificabili (monetizzabili).	Rappresentano i costi riferiti ad aspetti soggettivi difficilmente misurabili quali, ad esempio, il dolore, l'ansia, la sofferenza e il disagio psichico.
<b>COSTI PIENI</b>	<b>COSTO TOTALE</b>
Costi diretti che comprendono anche quote di spese generali e per i quali è necessario procedere alla definizione di criteri di ripartizione.	Costo globale (costi fissi + costi variabili) sostenuto nel processo produttivo.

Vediamo ora nella tabella a seguire le principali voci di costo generate dall'attività di una struttura socio sanitaria come può essere un Ser.T. Grazie a queste voci di costo è possibile ricostruire la spesa storica di una U.O..

Tab. 9: Generatori di spesa di un Ser:T

VOCI DI COSTO	SOTTO VOCI DI COSTO
PERSONALE	Competenze fisse
	Competenze accessorie
	Competenze fisse da fondo
	Competenze accessorie da fondo
	Straordinari
	Risorse aggiuntive regionali
	Oneri
PRODOTTI ECONOMICI	Prodotti alimentari
	Materiale di guardaroba, pulizia
	Articoli tecnici per manutenzione ordinaria
	Combustibili, carburanti, lubrificanti
COSTI OSPEDALIERI	Ricovero ordinario
	Pronto soccorso
PRODOTTI SANITARI	Farmaci ed emoderivati
	Materiali diagnostici
	Presidi chirurgici/materiale sanitario
ALTRI COSTI	Libera professione contratti
	Servizio di lavanderia, pulizia in appalto
	Smaltimento rifiuti e trasporti interni
	Manutenzione ascensori e montacarichi
	Vigilanza
	Noleggio macchine per ufficio
	Consulenze
	Manutenzione immobili
	Manutenzione mobili
	Altre somme non attribuibili

Lo schema successivo evidenzia l'andamento dei costi di gestione dell'U.O. all'aumentare del numero dei pazienti assistiti. Come possiamo vedere il valore dei costi fissi non varia all'aumentare degli utenti in carico, almeno nel breve periodo, mentre i costi classificati variabili aumentano proporzionalmente. Quindi, pur essendo necessario avere un minimo di pazienti per garantire una economicità di base della struttura (e ovviamente delle guarigioni cliniche) non è pensabile che il numero dei pazienti in carico possa aumentare illimitatamente, senza che ciò si rifletta negativamente sia sull'ammontare dei costi totali, quanto sul funzionamento corretto della struttura stessa.

Nelle fig. 8 e 9 si è voluto evidenziare l'andamento nel tempo di alcune voci di costo per comprendere meglio quanto sopra affermato. Il grafico pone subito in evidenza come la voce di costo *personale* abbia un'incidenza fissa di oltre il 70% sull'intero ammontare dei costi sostenuti per il funzionamento della struttura. Delle voci di costo illustrate in figura, solo quella inerente i *prodotti sanitari* può ritenersi variabile, e quindi in rapporto diretto con il volume delle risorse consumate.

Fig. 9: Andamento dei costi

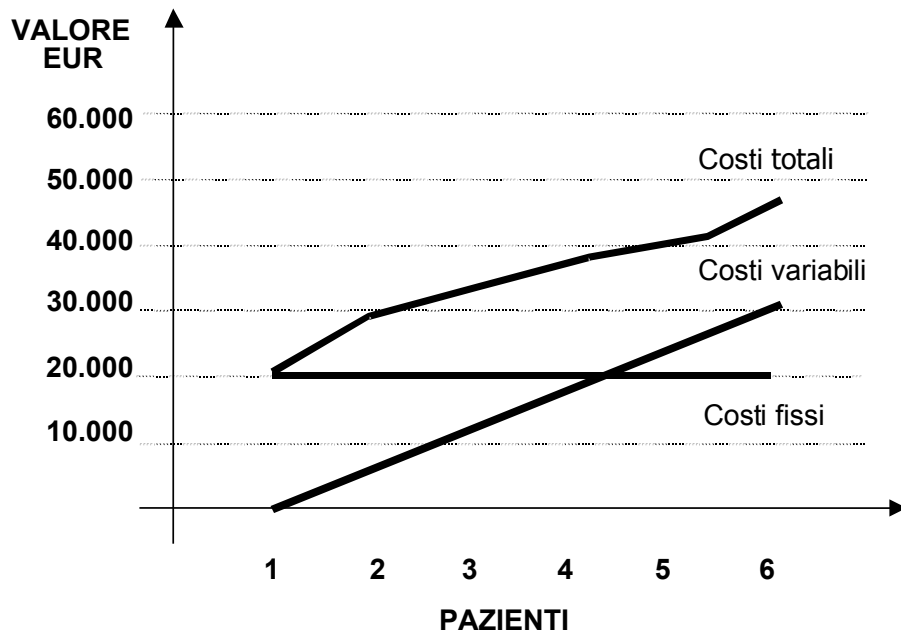


Fig. 10: Variabilità dei costi

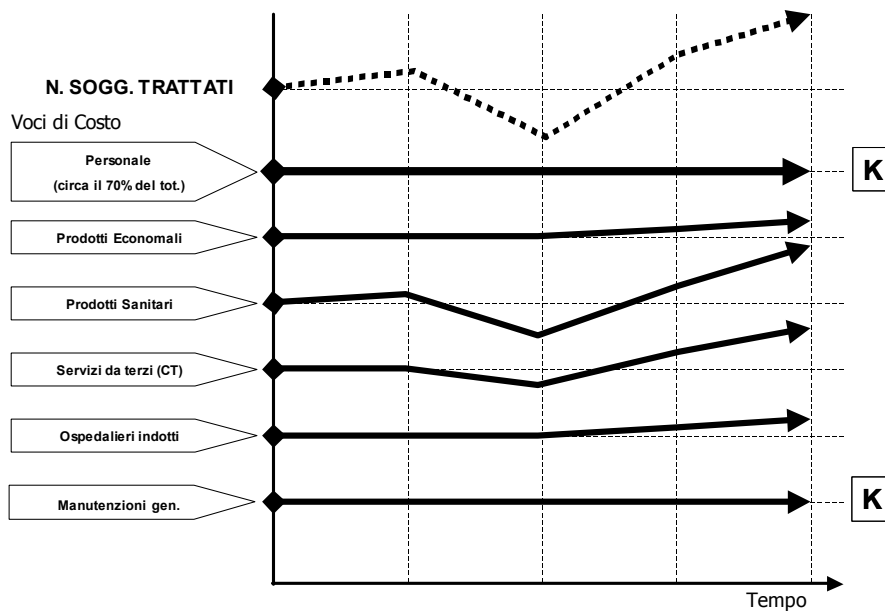
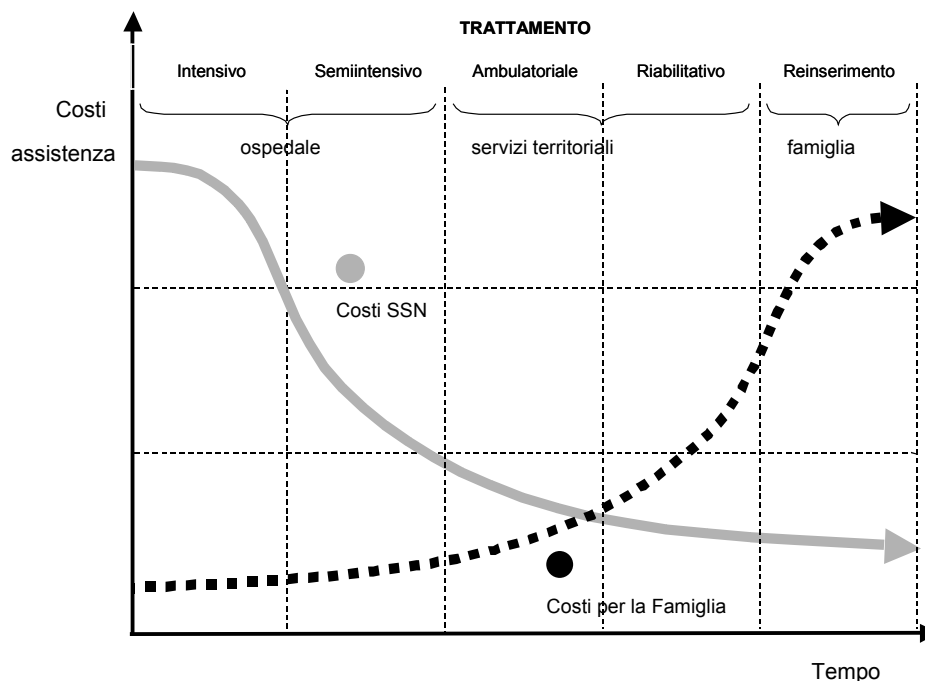


Fig.11: L'andamento dei costi assistenziali nel tempo



Anche se nello schema sopra riportato (fig. 11) si denota una decrescenza dei costi nel tempo per l'U.O., si deve tener presente che l'andamento, pur rispettando il trend generale, può presentare delle oscillazioni congiunturali. Inoltre non dobbiamo trascurare il fatto che, superato un certo numero di pazienti, vi sarebbe il rischio di congestionare la struttura, con il conseguente aumento della spesa per la sopravvenuta inadeguatezza del servizio rispetto al numero di soggetti assistiti.

Vorremmo inoltre precisare che in questa nostra analisi i costi del personale sono stati considerati fissi, a seguito della particolare normativa riguardante il pubblico impiego, che consente solamente la mobilità interna e quindi limita fortemente la riduzione o l'espansione degli organici a seconda delle necessità. Trattiamo come costi fissi anche le spese per l'energia, dato che esse sono largamente indipendenti dal numero di prestazioni erogate (anche per l'obbligo dell'orario minimo di apertura del servizio).

Oltre a queste possibili classificazioni di costo, un discorso a parte può essere fatto sul costo marginale. La teoria economica assegna a tale termine il seguente significato: onere sostenuto per produrre un'unità aggiuntiva di prodotto. Il costo marginale consente di determinare nei modelli economici l'esatta quantità che deve essere realizzata dall'Azienda per operare in condizioni di equilibrio. Fino a quando il costo marginale è inferiore al ricavo marginale produrre una unità aggiuntiva consentirà all'U.O. di avere un utile su tale prodotto. Questo discorso però è valido rimanendo a livello di impresa volta al puro conseguimento del profitto. Riferendoci ad un Ser.T., struttura che persegue ben altri fini, la considerazione del costo marginale ha senso solo per monitorare l'aumento di spesa che si sosterebbe per curare un maggior numero di pazienti.

Dalle varie tipologie di costo che vengono sostenute da un Ser.T si può ricavare una ulteriore classificazione peculiare dell'Azienda oggetto di trattazione:

*Costo delle risorse impiegate:* esso rappresenta il rapporto tra la spesa di acquisto ed il numero delle risorse acquistate. Il costo globale delle risorse impiegate è la somma dei costi di tutte le singole risorse impiegate dall'U.O. per produrre le prestazioni erogate (personale, beni, servizi, ecc.) e quant'altro collegato al mantenimento ed al funzionamento della struttura produttiva. Dal costo delle risorse impiegate sarà poi possibile ricavare le altre due configurazioni successive.

*Costo delle prestazioni:* esso rappresenta il rapporto tra il costo delle risorse utilizzate per la produzione e il numero (e tipo) di prestazioni rese. Risente fortemente dell'efficienza del servizio prodotto, e quindi del rapporto output/input che si riesce a ottenere. Un calcolo attendibile dello stesso fornirebbe un indicatore di efficienza (obiettivo di output) molto utile al decision maker. L'unità di prodotto su cui applicare il calcolo dei costi potrebbe essere "singola prestazione"

**Fig. 12: Costo delle prestazioni**

$$\frac{Cr}{\Sigma nP} = Cp$$

Cr = costo delle risorse impiegate  
 $\Sigma nP$  = n. totale di prestazioni erogate  
 Cp = costo singola prestazione

*Costo dei risultati clinici:* esso mette a confronto il costo delle risorse utilizzate e i risultati ottenuti (obiettivo di outcome) in termini di salute aggiunta e patologia evitata, indipendentemente dal numero di prestazioni erogate. Esso fornirebbe un significativo indicatore di efficacia. L'unità di prodotto su cui applicare il calcolo dei costi in un determinato tempo, potrebbe essere "gg libero da sintomi", "gg di terapia efficace", "Infezione evitata", ecc.

**Fig. 13: Costo dei risultati clinici**

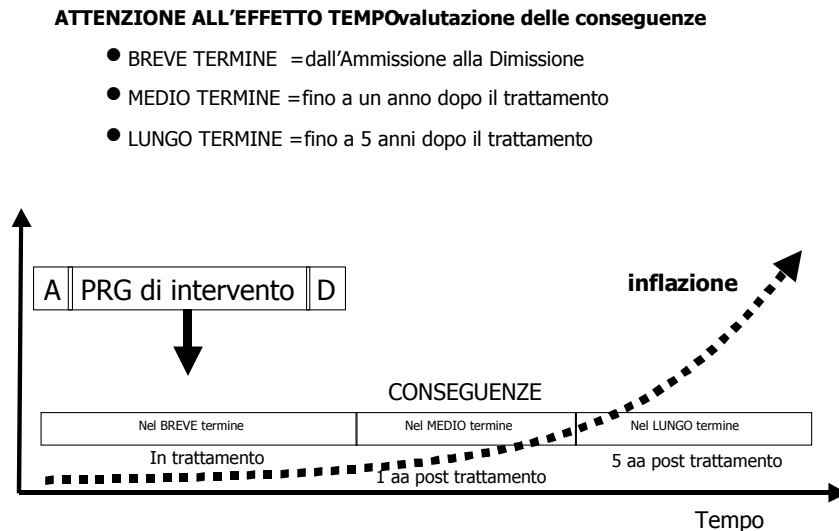
$$\frac{Cr}{\Sigma ggR} = CR+$$

Cr = costo delle risorse impiegate  
 $\Sigma ggR$  = n. giorni con risultati positivi  
 CR+ = costo singolo giorno con risultati positivi

Con la sigla "Cmp" si indica il costo delle risorse non produttive.

Con questo non si vuol dire che le risorse non siano produttive, bensì che i benefici che ne derivano non sono direttamente misurabili con l'ausilio degli indicatori individuati nel nostro modello.

Fig. 14: Costo dei risultati (salute aggiunta e patologia evitata)



Il termine Delay Temporale viene da noi utilizzato per porre in evidenza l'arco temporale che intercorre tra il momento in cui si effettuano gli investimenti ed il momento in cui si ottengono i risultati. Dato che questo periodo in genere è superiore all'anno, e che tra l'altro una buona parte dei costi sostenuti dall'azienda ha natura pluriennale, si deve tener presente l'effetto inflazione che tende ad aumentare i costi sostenuti nel periodo più recente. Si tratta comunque di un aumento fittizio, in quanto il valore reale delle risorse acquistate non muta. Per poter effettuare una accurata analisi temporale dei costi si deve quindi adeguare i valori passati a quelli attuali indicizzandoli al tasso di inflazione.

Fig. 15: Costo dei risultati (salute aggiunta e patologia evitata)

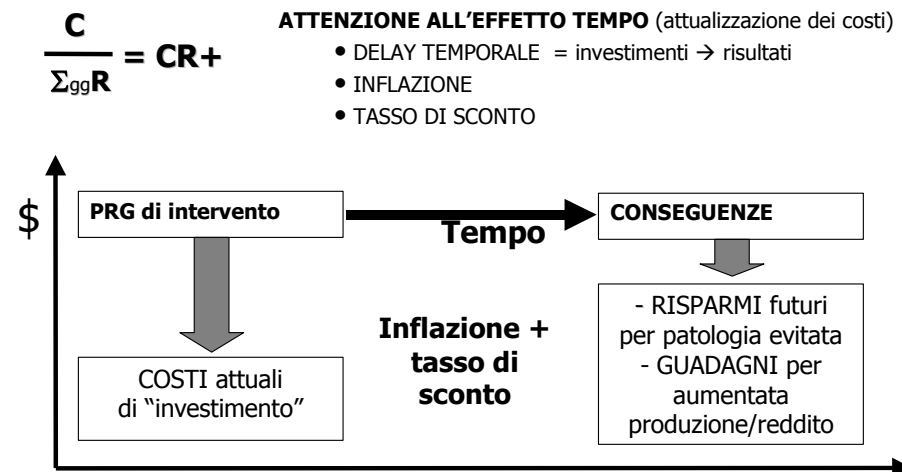
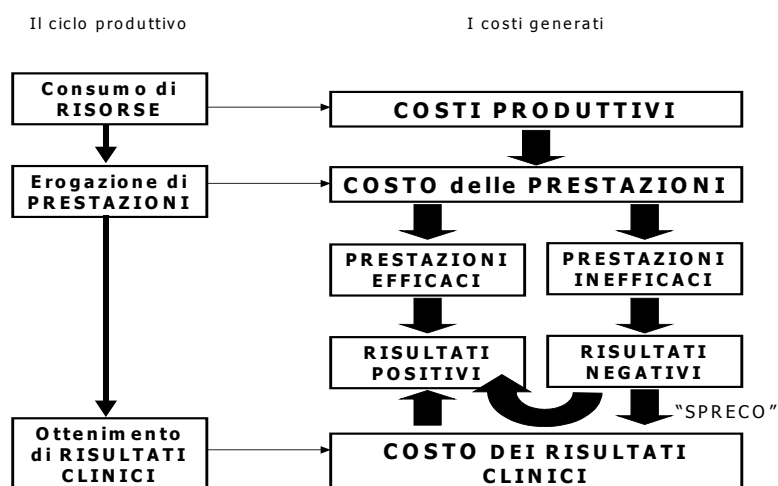


Fig. 16: Generazione dei costi



Nella fase dei consumi di risorse i costi produttivi dipenderanno nel loro ammontare dall'efficienza allocativa. Nella seconda fase, una volta avviato il meccanismo, si dovrà tendere all'efficienza produttiva. Nel momento di erogazione vero e proprio si dovrà raggiungere una elevata efficacia. Dato per assunto che per guarire  $N$  soggetti si dovrà curarne  $N+X$ , si deve quindi rilevare come nel nostro modello il costo sostenuto per le guarigioni è gravato anche dallo spreco di risorse. Come si vede dallo schema il costo dei risultati clinici è comprensivo di entrambi i risultati.

### Il concetto di spreco

Al concetto di spreco noi assegniamo un significato che presenta varie sfaccettature. Esso può essere inteso come l'insieme delle risorse impiegate nel periodo "non clinicamente produttivo", spese per raggiungere i risultati positivi passando inevitabilmente per quelli negativi più il tempo speso per i "no responders". Oltre a questo lo spreco rappresenta lo scotto iniziale da pagare per il successo della terapia, i risultati "mancati" per una sua sbagliata impostazione e tutto ciò (risorse impiegate) che non ha portato a risultati clinici soddisfacenti. Comunque lo si veda è strettamente dipendente dalla qualità del modello gestionale adottato.

Dopo aver spiegato come possono essere intese, e quali eterogenee configurazioni possono assumere le uscite che deve fronteggiare un Ser.T, si può fare il passo immediatamente successivo: controllare il loro ammontare sia dal punto di vista quantitativo, sia dal punto di vista qualitativo. Per fare questo è necessario innanzitutto imputarli ad un centro di costo. Con tale locuzione ci si riferisce al luogo dove si opera l'aggregazione dei costi riferiti (generati) ad una unità operativa specifica. Normalmente si fa riferimento ad un centro di responsabilità (unità operativa di un'Azienda nella quale si svolgono operazioni e processi finalizzati al conseguimento di determinati obiettivi e la cui gestione è chiaramente affidata ad un responsabile; al centro stesso possono affluire più centri di costo) In genere si fanno

coincidere i centri di costo con quelli di responsabilità per determinare per ciascuno di essi l'ammontare della spesa e le correlative responsabilità dei dirigente in questione.

**Beneficio:** *effetto/conseguenza (positiva o negativa) di un intervento, quantificato in unità monetarie. (Definizione ancora in uso ma obsoleta) Si distinguono due principali tipi di beneficio:*

- Beneficio diretto
- Beneficio indiretto

#### **Beneficio diretto**

Effetto direttamente in relazione con la patologia trattata ed il trattamento.

Esempi:

1. risorse risparmiate grazie ad un intervento precoce che riduce la necessità di attuare cure più costose (es. screening precoce dei cr., della cervice uterina che comporta una diminuzione dei n. di interventi chirurgici);
2. anni di vita in buona salute guadagnati grazie all'azione delle terapie.

#### **Beneficio indiretto**

Effetto non direttamente in relazione con la patologia trattata, conseguenza comunque del trattamento e del miglioramento/ peggioramento dello stato di salute, della performance generale e dell'impegno richiesto ai familiari per l'assistenza.

Esempi:

1. guadagno in termini di aumento della produttività per le aumentate condizioni di salute;
2. risparmio di risorse impiegate per l'assistenza, l'accompagnamento ed il management ambientale della famiglia.

### **Criteri utilizzati per la realizzazione del progetto**

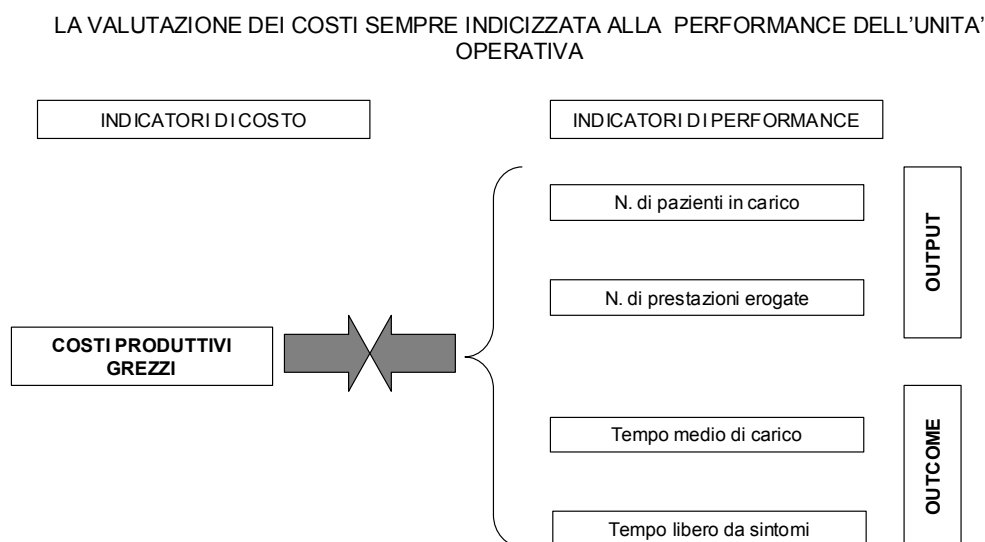
I criteri utilizzati per lo sviluppo del modello seguono i principi ispiratori del Q.M.

Data la molteplicità di tali principi e l'impossibilità di tradurre questi in criteri, per concettualizzare il modello ne abbiamo individuato l'asse portante, ed elencato i principi fondamentali.

I tre criteri che dovevano essere soddisfatti nella definizione del modello erano:

1. CRITERIO DI RAPPRESENTATIVITÀ E VALIDITÀ delle misurazioni eseguite
2. CRITERIO DI FRUIBILITÀ PER L'OPERATORE dei dati delle informazioni prodotte
3. CRITERIO DI FATTIBILITÀ DELL'ANALISI di applicazione modello nel contesto di un Ser.T.

Questi semplici criteri dovevano permettere la costruzione di un modello "pratico" e relativamente semplice per un concreto utilizzo da parte degli operatori.

**Fig. 17: Principi fondamentali per la costruzione del modello**

## Il processo di produzione

La relazione costi-conseguenze di cui abbiamo parlato, assume significato a fronte di una produzione del servizio attentamente gestita, e volta a eliminare gli sprechi in ogni fase. Le "conseguenze" qui possono essere viste da più punti di vista: come outcome specifico (efficacia), come outcome complessivo (benefici diretti ed indiretti) e come preferenze del paziente (utilità). Data la soggettività che caratterizza l'utilità, la nostra attenzione deve essere posta sui primi due aspetti. Ciò non deve però trascurare il principio che la perfetta riuscita di un servizio deve tenere conto di aspetti come le sensazioni percepite dal paziente, che tra l'altro vanno a misurare in un certo senso anche l'efficacia delle terapie da un punto di vista psicologico. La percezione individuale quindi rappresenta un aspetto da cui la qualità non può prescindere.

Ben coscienti di questo, abbiamo focalizzato l'attenzione sull'outcome (specifico e complessivo), perché ciò consente la creazione di indicatori quantitativi e la comparazione degli stessi, risultato a noi precluso considerando l'utilità individuale che come abbiamo detto è fondamentalmente soggettiva.

Il processo produttivo presuppone una adeguata organizzazione ed una precisa attribuzione di compiti sia al personale direttivo, sia al personale esecutivo. Oltre a questo si devono approntare le strutture, le procedure e soprattutto un sistema informativo efficiente e adeguatamente informatizzato. Per poter costruire un sistema di valutazione economica degli interventi sanitari sono indispensabili almeno quattro sotto sistemi fondamentali, al fine di poter disporre di dati utili per elaborare informazioni, che permettano di far comprendere la reale economicità degli interventi.

Fig. 18: Ciclo produttivo e generazione dei costi

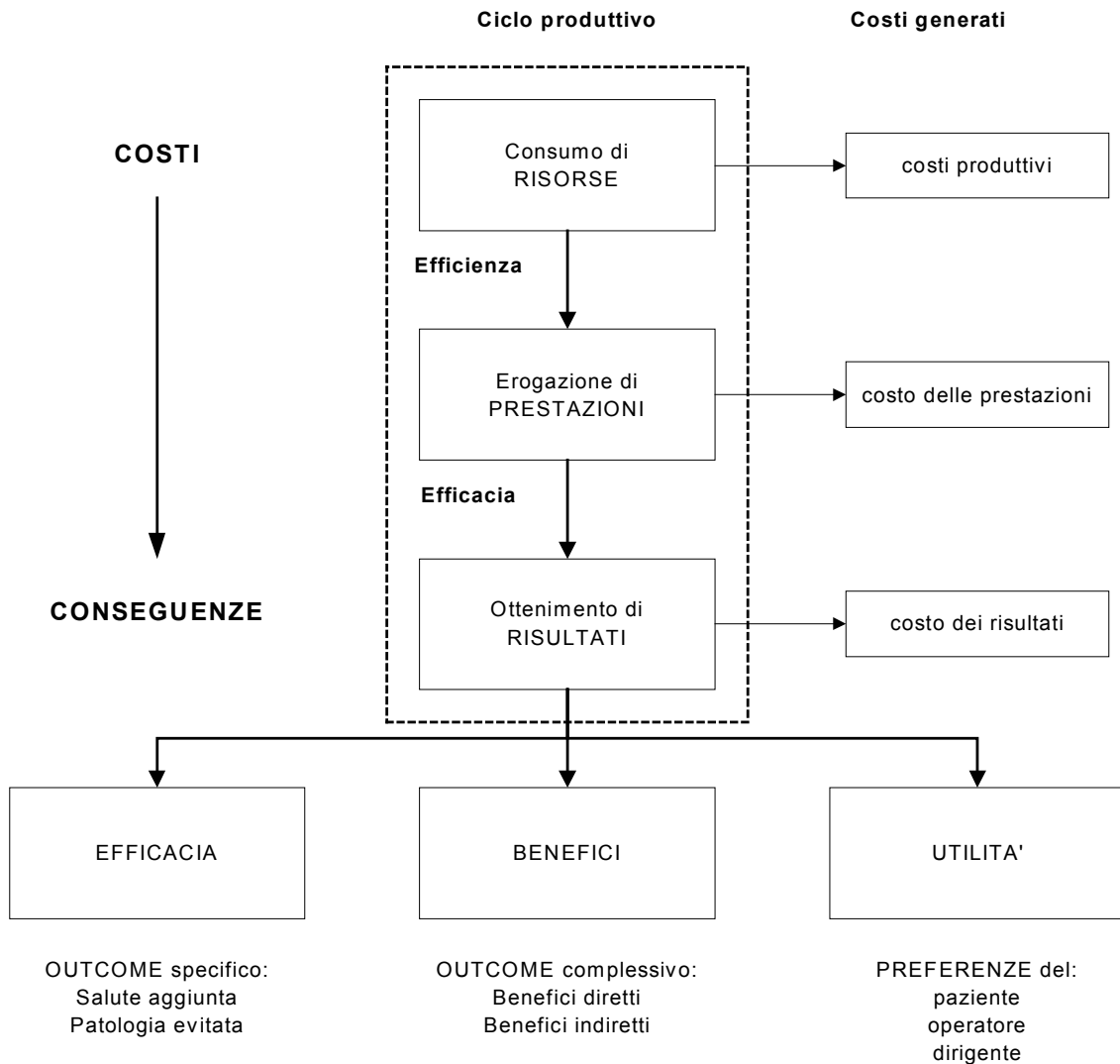
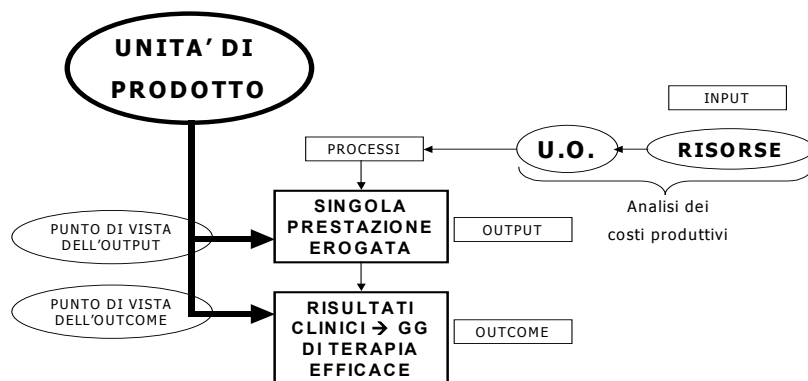


Fig. 19: L'unità di prodotto



Oltre a questo aspetto generale sull'organizzazione, dobbiamo focalizzare la nostra attenzione su alcuni aspetti in particolare:

- *Sistema di rilevamento costi singole voci di spesa*: il decision maker per poter analizzare i vari generatori di spesa deve avere a disposizione dati precisi e analitici. Questi dati devono consentirgli inoltre di operare aggregazioni ed elaborazioni successive per ritrarre da essi informazioni aggiuntive. Ovviamente solo un sistema di rilevamento puntuale ed efficiente consente di pervenire ad essi, ma soprattutto di poter parametrare in unità monetarie le prestazioni, il tempo dedicato e i risultati ottenuti.
- *Sistema di computazione delle prestazioni erogate*: oltre a rilevare le uscite monetarie che si presentano durante la gestione si deve trarre - dallo svolgersi delle varie operazioni - la loro consistenza numerica (es. numero visite effettuate da un medico). Questi dati ci servono per gli indicatori prestazionali. Una contabilizzazione a tappeto richiederebbe un notevole dispendio di tempo e porterebbe ad una paralisi da analisi dovuta all'esubero delle informazioni a disposizione. Quindi ci si deve concentrare - a nostro parere - su determinate prestazioni-indice per ogni profilo professionale coinvolto.
- *Sistema di monitoraggio movimento paziente*: per il calcolo dei giorni di terapia (e quanti di questi efficaci e quant'altre inefficaci) deve essere messa a disposizione del sistema informativo l'esatta contabilizzazione delle ammissioni e delle dimissioni dei pazienti. Anche se a prima vista queste rilevazioni sembrano non comportare particolari difficoltà, si deve considerare che molto spesso questi flussi in entrata ed in uscita non assumono il carattere della continuità (molto spesso il paziente diserta alcuni giorni di terapia oppure ha un decorso caratterizzato da numerose dimissioni e rientri).
- *Sistema di monitoraggio dei risultati clinici*: questo sistema deve poter rilevare i risultati ottenuti dagli interventi in termini di salute aggiunta e/o patologia evitata. La valutazione dell'outcome deriva da indicatori semplici ma molto rappresentativi. Nel nostro modello, l'indicatore di outcome positivo è il rilevamento di un dosaggio delle morfinarie negative. Molti altri indicatori complementari possono essere utilizzati, ma comporterebbero necessariamente l'introduzione di complicazioni.

La rilevazione sistematica dei dati permette anche di capire il complesso sistema di feedback gestionale che si crea con lo svolgimento delle attività dei Ser.T. L'approntamento e l'erogazione dei servizi nel tempo, comportano movimenti di dati, informazioni, persone e - ovviamente - denaro, che all'esaurimento dello stesso verranno immediatamente riallacciarsi al processo successivo, creando un vero e proprio circolo vizioso o virtuoso a seconda delle prassi che si verranno ad instaurare nel tempo. Solo con un atteggiamento volto all'efficienza ed al miglioramento continuo il proseguimento della gestione permetterà di abbattere i circoli viziosi e ad instaurare quelli virtuosi.

L'orientamento delle organizzazioni sanitarie è purtroppo quello di attribuire priorità alla gestione delle risorse rispetto la pratica clinica. Questo, anche se segue un modello risorse-prestazioni, che ben funziona in economia, non può essere utilizzato in un Ser.T. dove prevale lo scopo clinico, e dove si cerca *in primis* di porre al centro dell'attenzione il cliente/paziente e la sua salute.

Gli indicatori che abbiamo elaborato si distinguono, a seconda degli obiettivi a cui sono correlati, in *indicatori di output* ed *indicatori di outcome*.

La prima categoria permette di monitorare le prestazioni erogate e l'elaborazione di una molteplicità di misurazioni sull'efficacia produttiva della struttura e dell'operatore erogante tali prestazioni. Inoltre questi indicatori consentono una scomposizione molto utile dei costi ad essi connessi. Una correlazione dei costi riguardanti un medico con il numero di visite, esami e diagnosi effettuate, non presenta infatti particolari difficoltà.

**Tab. 10: Principali indicatori di output e costi correlati**

RICAVI DI OUTPUT	COSTI
Numero di visite effettuate Numero di analisi effettuate Numero diagnosi effettuate	Costi del personale dell'area medica
Numero colloqui psicologici svolti Numero di questionari compilati	Costi del personale dell'area psicologica
Numero dei colloqui svolti Numero delle attività ricreative attivate	Costi del personale dell'area socio-educativa
Numero di interventi di formazione-prevenzione effettuati Numero di rilevazioni statistiche effettuate Numero di indagini statistiche svolte	Costo dei collaboratori e consulenti
Numero di rilevazioni contabili effettuate Numero di moduli compilati	Costo del personale amministrativo
Numero di interventi esterni	Costo per l'attivazione di collaborazioni esterne

*Nota: Questa tabella rappresenta un raffronto tra le spese sostenute per assicurare all'utenza il servizio ed i risultati ottenuti in termini di output. Tenendo conto che il costo di una prestazione comprende sia il costo personale che eroga direttamente la prestazione, sia quello generale del back-office, e di tutto ciò che sta attorno al fine di organizzare e fare funzionare le strutture operative, risulta abbastanza semplice rapportare le singole prestazioni al costo dell'area interessata, tenendo presente che sia la gestione del servizio, che il complesso dei costi sostenuti, devono essere sempre considerati come un complesso sistema unitario.*

Ciò è ancor più rilevante nel contesto di un Ser.T., in cui il tipo di terapia applicata ai pazienti è multidisciplinare, ed ognuna di esse non deve essere considerata prescindendo dalle altre. Date queste doverose premesse, questo confronto permetterebbe di evidenziare eventuali sprechi di risorse, ed inoltre consentirebbe di ottenere un modello applicabile indipendentemente dal bacino di utenza e della complessità della struttura in questione, essendo il costo prestazionale indipendente da queste variabili, ma correlato soprattutto alle risorse impiegate per produrre tali prestazioni.

### Indicatori di Outcome

Il fulcro della nostra analisi è rappresentato da questo tipo di indicatori, in quanto determinanti per l'applicazione di una politica della qualità.

Ci siamo prefissi - per la loro concettualizzazione - di identificare una unità di misura dell'efficacia.

In particolare, l'unità di misura scelta è stata "i giorni di terapia efficace" intesi come il periodo temporale in cui l'analisi delle urine denota morfinarie negative.

Questa rilevazione effettuata periodicamente presenta caratteristiche che sono molto utili al nostro scopo:

- viene effettuata in ogni Ser.T., tra l'altro con una cospicua periodicità;
- una maggioranza consistente dei pazienti vi si sottopone;
- la rilevazione dei risultati non crea particolari problemi ed è univoca nei responsi (positivo o negativo).

È evidente che tale test ben si presta ad una standardizzazione e non risulta gravoso per un Ser.T.

Nella parte dedicata alla concettualizzazione del modello di analisi avremo modo di dare un'ampia spiegazione sulla logica di rilevazione messa a punto per la valutazione dei periodi temporali tra un test e l'altro in caso di risultati diversi (es. morfinitriche negative e dopo quindici giorni morfinitriche positive).

## CARATTERISTICHE DEL MODELLO

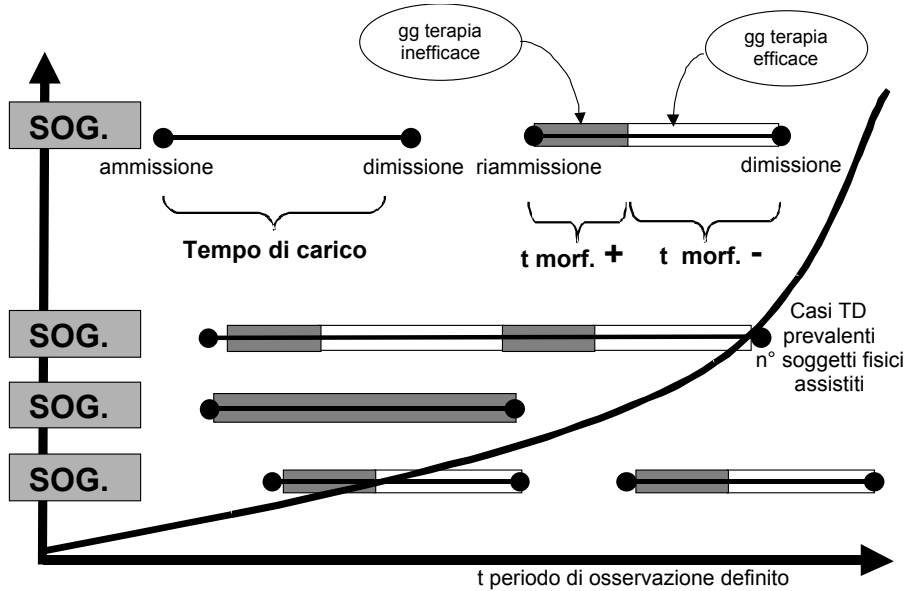
### Le variabili

Il modello messo a punto utilizza una rappresentazione ed una serie di variabili grazie alle quali si è in grado di valutare i costi in base al tempo totale di trattamento, alle specifiche prestazioni erogate durante tale periodo, al risparmio prodotto in termini di sospensione dall'uso di droga, ed ai benefici diretti prodotti. Per realizzare questo sono stati selezionate una serie di variabili e di caratteristiche che rappresentiamo nella tabella a seguire.

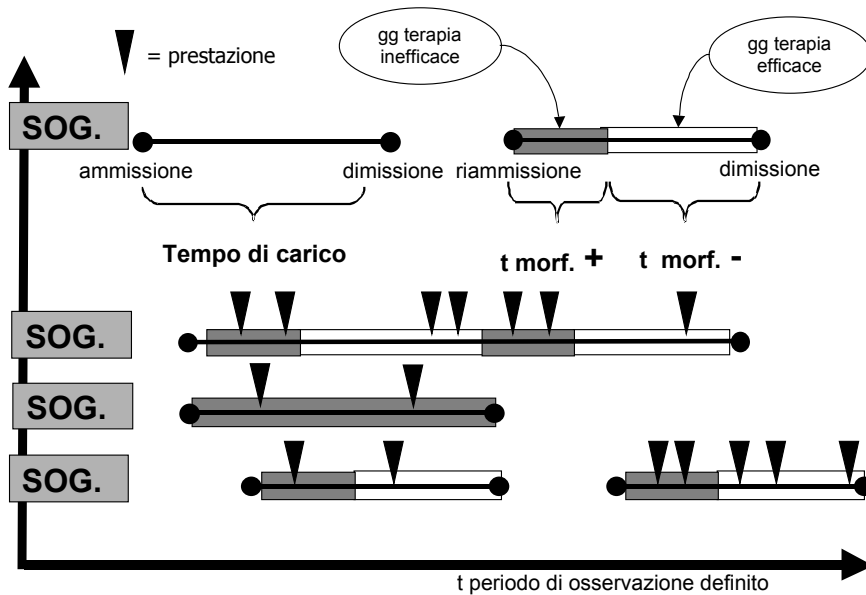
**Tab. 11: Le variabili del modello**

TIPO VARIABILE	DESCRIZIONE
<b>Tempo di carico</b>	tempo trascorso dalla data di ammissione e la data di dimissione (griglia temporale simile a quella dei calcoli dell'incidenza anni/persona)
<b>t m -</b>	tempo in giorni di assenza di sostanze stupefacenti nelle urine
<b>t m +</b>	tempo in giorni di presenza di sostanze stupefacenti nelle urine
<b>Giorno di assistenza</b>	indicatore a cui parametrare i costi generati
<b>Paziente in carico assistenziale</b>	tutti i pazienti che ricevono prestazioni finalizzate alla sospensione dell'uso di sostanze.
<b>Costi totali annui generati dal Ser.T.</b>	come denominatore di costo totale a cui riferirsi e da cui desumere le unità di costo grezzo giornaliero, prestazionale e di outcome clinico
<b>Indicatore di output</b>	prestazioni realmente erogate
<b>INDICATORE DI OUTCOME:</b>	
<b>Terapia Efficace</b>	gg. con morfinitriche negative
<b>Terapia Inefficace</b>	gg. con morfinitriche positive
<b>SRE</b>	spesa risparmiata per l'acquisto di eroina

**Fig. 20: Modello osservazionale per la valutazione dei tempi di assistenza in relazione ai risultati clinici**



**Fig. 21: Modello osservazionale per la valutazione dei tempi di assistenza in relazione alle prestazioni**



### Indicatori multipli e visione multidimensionale

Per poter meglio comprendere la struttura dei costi ed il reale significato che essi hanno, è necessario utilizzare più indicatori contemporaneamente, ottenuti attraverso diversi raggruppamenti logici, in modo da avere vari punti di vista.

Il modello quindi è strutturato su tre macrocategorie di indicatori principali:

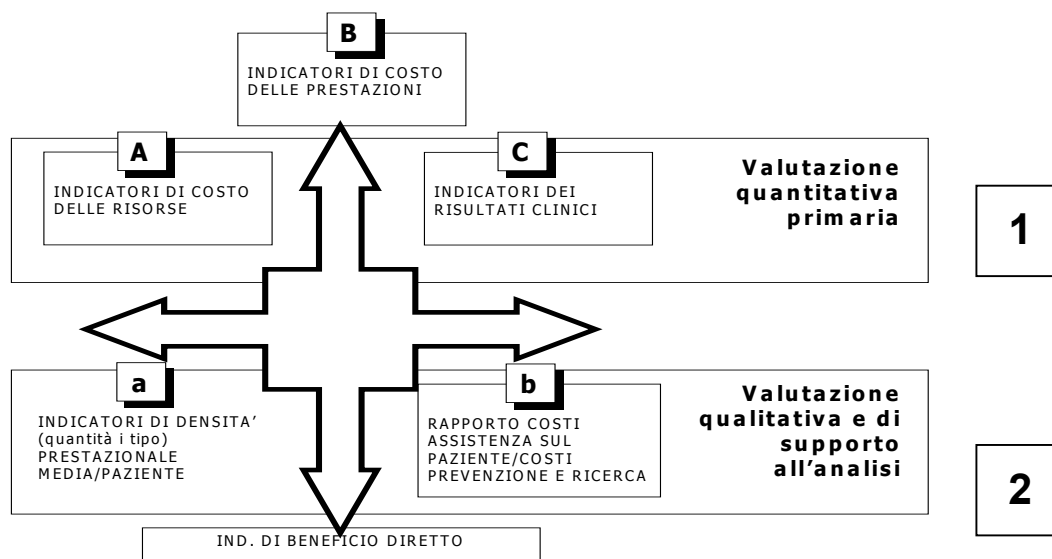
1. indicatori di costo grezzo delle risorse;
2. indicatori di costo delle prestazioni (per profilo professionale);
3. indicatori di costo dei risultati (outcome clinico);

oltre a queste tre macrocategorie ne utilizziamo altre tre che ci servono come completamento e supporto all'analisi:

1. indicatori di densità prestazionale media / paziente (quantità e tipo);
2. rapporto costi U.O. assistenza sul paziente;
3. costi U.O. prevenzione e ricerca;

Questo utilizzo di indicatori accessori è finalizzato soprattutto a fornire ulteriori informazioni a chi valuta, in modo che possa correttamente interpretare il costo dei risultati clinici (outcome). Tale costo non può essere preso in considerazione senza contemporaneamente valutare quante prestazioni siano state impiegate per raggiungerlo (densità). Inoltre risulta importante valutare quanto venga proporzionalmente impiegato per le attività di assistenza, quelle di prevenzione e di ricerca.

**Fig. 22: Livelli di analisi e visione contemporanea multidimensionale**



Si richiede per un'analisi di questo tipo la capacità di monitorare il fenomeno su quattro aspetti distinti, separati nel computo ma ben collegati logicamente e facenti parte di un unico complesso sistema di osservazione. Il sistema informativo deve quindi rilevarli separatamente e, in un momento successivo, operare il filtraggio delle informazioni nel report, tenendo ben presente la loro "unitarietà" nel conformare la visione di insieme.

## EFFETTI DELLA VARIAZIONE DEL POTERE DI ACQUISTO E DELL'INFLAZIONE SUI COSTI

Il problema dell'attualizzazione dei costi sostenuti con riferimento ai risultati attesi, che facciano riferimento a periodi superiori all'anno, ci riconduce alla valutazione delle conseguenze che generano confronti tra grandezze economiche (come i costi) rilevate in periodi diversi, sugli indicatori che utilizzano le grandezze medesime.

In effetti il VALORE di ogni risorsa deve tenere conto, se questo incide in modo rilevante sui risultati dell'analisi, della variazione del potere di acquisto del denaro nel tempo e dei correlati effetti dell'inflazione.

Esistono svariate teorie per affrontare questa problematica.

Tuttavia ciò che maggiormente preme ricordare, è l'atteggiamento generale "di buon senso" a cui bisogna fare debito riferimento in ogni analisi (anche la più scientifica).

Poiché ogni lavoro di "affinamento" dei dati a nostra disposizione potrebbe occupare molto tempo e risorse, bisogna sempre valutare attentamente la disponibilità di dati, il tempo necessario per ricavare i dati mancanti, e l'incidenza che hanno queste ricerche e "affinamenti" sulla qualità dell'informazione finale rispetto al fatto di non "affinare" i dati stessi tenendo debitamente conto del margine di tolleranza.

Se la tolleranza è, per così dire, controllabile, allora è poco produttivo e rimane fine a se stesso un accanimento nella ricerca della precisione, che rallenta sostanzialmente la produzione del dato finale e ritarda quindi le decisioni (ovvero il motivo stesso per il quale l'analisi è stata concepita).

Tornando al dovuto approfondimento della problematica relativa alla variazione del potere di acquisto del denaro esistono una serie di metodi c.d. "correttivi": vediamo due dei più conosciuti.

A) *Correttivo C.P.P.* (Current Purchasing Power), che si fonda sull'adeguamento monetario dei valori storici su coefficienti rettificativi desunti dal variare dell'indice di "livello generale dei prezzi" (tipo l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai).

Questo correttivo, a nostro modesto parere, è sconsigliabile poiché riflette il costo della vita, e poco si adatta con l'adeguamento di VALORI in una organizzazione, che non necessariamente (se non addirittura mai) si conformano al costo della vita stesso.

B) *Correttivo C.C.A.* (Current Cost Accounting) che si calcola rendendo omogenei i costi in relazione ai "ricavi" (nella fattispecie dei Ser.T. i "ricavi" sono le prestazioni rese e i risultati ottenuti in un determinato periodo di tempo) adeguando i primi ai secondi nei loro valori a prezzi correnti.

Questo metodo sembra a nostro parere più adatto in quanto contrappone ai "ricavi correnti" (nella accezione sopra evidenziata) i "costi correnti" nell'ambito di prestabiliti "cicli di gestione".

Il principio su cui su basa il presente metodo di valutazione C.C.A., è quello secondo il quale il valore delle risorse impiegate in un'organizzazione deve conformarsi come "valore per quella organizzazione" o impresa o ente (value to the business), e che questo valore deve determinarsi tenendo conto della FUNZIONE che i fattori produttivi (o semplicemente: risorse) esplicano nell'ambito dello svolgimento dei processi nell'organizzazione stessa.

In altre parole si tratta del valore "di funzionamento" o "d'uso" che, per quella organizzazione assumono tutte le sue risorse in quanto "serbatoio di servizi" forniti dai fattori produttivi impiegati.

Il valore di ogni fattore o risorsa dipende sia dal grado di necessità del fattore stesso rispetto alle esigenze di produzione e/o generazione di un servizio, sia dalla funzione conseguente di quel fattore con riferimento ai *processi* di quella organizzazione, attraverso i quali si realizza e si rinnova l'operare della organizzazione stessa.

Il valore a cui il metodo C.C.A. si riferisce, è il valore che scaturisce dalla comparazione tra i diversi valori che possono assegnarsi a ciascuna risorsa nell'intento di determinarne la "MASSIMA PERDITA" che la organizzazione analizzata subirebbe se fosse privata di quella

medesima risorsa (da cui l'espressione equivalente "deprival value").

Conseguentemente, in base al principio enunciato, i possibili valori correnti da assegnare alle risorse nelle analisi di dati riferiti a periodi medio-lunghi, sono:

- Valore di sostituzione o "di rimpiazzo" (Current replacement cost), ovvero l'onere da sostenersi per il "normale approvvigionamento" di quella risorsa a parità di caratteristiche di "idoneità funzionale" o similari.
- Valore netto di realizzo (Net realizable value), ovvero il valore generato dalla vendita della risorsa al netto dei costi sostenuti per il realizzo o la rimozione.
- Valore economico o valore "di rendimento" connesso alla "redditività della gestione" (Economic value), che, nel caso dei Ser.T. potrebbe essere riferito alla capacità di quella risorsa o fattore produttivo di produrre prestazioni e/o risultati nel processo organizzativo-gestionale.

Il valore finale da calcolare secondo il citato metodo C.C.A. sarà dato dal confronto dei tre valori così ottenuti.

## BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità, Gennaio 1997
- AAVV Dichiarazione etica contro le droghe" A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999
- AAVV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- AAVVEroina, infezione da HIV e patologie correlate. A cura di G. Serpelloni, G.Rezza, M.Gomma - Leonard Edizioni, Aprile 1995
- Agliati M., Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi, EGEA, 1996
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
- Berbari G., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
- Beretta. S, Dossi A., Meloni G., Miroglio F., Il benchmarking dei processi amministrativi, EGEA, 1999
- Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
- Borgogni L., Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni, Franco Angeli, 1999
- Borgonovi E., L'economia aziendale negli istituti pubblici territoriali, Giuffrè, 1973
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
- Cartoccio A., Fabbro M., Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992
- Ciatto S., Screening in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1996
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194
- Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G., Torrance G., Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 2000
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, emcdda, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Froman B., Il manuale della qualità, Franco Angeli, 1998
- Galbraith J., Organization desing, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Grilli R., Penna A.e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993

Hronec S.M., Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda, Franco Angeli, 1995

Le politiche regionali per una società libera dalle droghe. A cura dell'Assessorato alle Politiche Sociali - Ediz. La Grafica, Novembre 2000

Mintzberg H., Le strutture organizzative, Il Mulino, 1985

Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998

ONU, World Drug report 2000, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000

Ould M., Process modelling with RADS, IOPENER, vol.2, 1993

Rachele U., Perrone V., Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo, Economia & Management

Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1996

Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999

Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995

