- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Tue, 08 Jul 2025, 07:32:06

Management e qualità

Controllo di gestione della cardiologia: esperienza di una Unità Dipartimentale

Alessandro Boccanelli, Federico Spandonaro*, con la collaborazione di Mario Coi*, Massimo Parmiggiani, Luigi Conti, Pietro Vaccaro

*Unità Operativa di Cardiologia, Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, *Facoltà di Economia, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma*

Key words:
Management control; Diagnosis-related groups; Manpower; Cardiology Department.

In most Italian hospitals, sanitary reform is being applied, while at the same time a new organization of the National Health System is being planned.

The director of the medical hospital (head doctor) is becoming more and more involved in management and this aspect has modified his professional attributes.

Cardiology is a branch of medicine that, through its scientific preparatory work consisting in debates, management courses, ethics, and production of managerial software, is closer to applying the reform without risking improper administrative aspects.

This, obviously, comes about after thoroughly reviewing past work methods and the need to have an administrative organization, which allocates efficient use of manpower and materials, helping to eliminate any sources of inefficiency.

The logical procedure foresees an actual analysis in terms of sanitary needs and availability of resources, and so attempting to better balance and harmonize both aspects of the problem.

Certainly, the acquisition of theoretical norms and practices, which today are present because of the upsurge in training courses for doctors, is not enough to guarantee the achievement of optimal results. Furthermore, we find that theoretical models need to be validated and adapted to real work situations in the public hospital sector.

This paper proposes, therefore, to explain the managerial experiences achieved in actual work situations at the Cardiology Department Unit of the San Giovanni Addolorata Hospital in Rome. In particular, it shows that in order to reach its clinical and economical objectives, it is essential to make available correct informative support for strategic and operational decisions.

We can observe that there is a continuing lack of computer support systems being integrated into the present organization of most cardiology units. The use of software distributed to cardiology units from the Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) has enabled us to partially remedy the above-mentioned inadequacy and, at the same time, has pointed out the limits of automated support with regards managerial needs which are rapidly changing and becoming increasingly more complex.

The experience described shows the possibility of uniting an efficient organization, from a clinical point of view, with an adequate managerial automation without including any flaws from the previous organizational systems. Based on achieved results and the difficulties encountered, further development in computer technology support to hospital management is suggested.

This paper, in particular, stresses the need to improve automated informative support available to doctors in managerial positions. This improvement would allow us to immediately evaluate "internal" administrative matters, have the data available for budget planning and analysis of budget variations, and be better able to integrate this with clinical data.

The scientific community can give further assistance by promoting the genesis of data for a sensible bench-marking within medical organizations which is the only means sufficient to give reliable and clinically appropriate indications on the possibility of increasing its own structural efficiency.

(Ital Heart J Suppl 2000; 1 (1): 65-73)

Ricevuto il 21 luglio 1999; nuova stesura il 20 novembre 1999; accettato il 26 novembre 1999.

Per la corrispondenza:

Dr. Alessandro Boccanelli

Unità Operativa di Cardiologia Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata Via San Giovanni in Laterano, 153-155 00184 Roma

Nella maggior parte degli ospedali italiani la riforma sanitaria[1-4] è ormai nella fase applicativa. Alla figura del medico ospedaliero, trasformato in Dirigente, di I o II livello, è stata rapidamente attribuita una connotazione manageriale che faceva parte in misura molto ridotta del modo precedente di lavorare[5]. Questo ha comportato reazioni diverse, che vanno dal generico turbamento a sensazioni di angoscia fino a franchi focolai di rivolta, con distorsioni applicative di tipo puramente economicistico. La cardiologia è la branca che, attraverso il lavoro preparatorio intelligente della propria società scientifica ospedaliera, fatto di dibattiti, corsi di management, riflessioni etiche, realizzazione di software di gestione, è più vicina all'applicazione equilibrata della riforma. L'attuale gerarchia organizzativa dell'ospedale prevede la trasformazione del rapporto di subordinazione del passato in uno di condivisione di responsabilità sul raggiun-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Tue, 08 Jul 2025, 07:32:06

gimento di obiettivi concordati ai diversi livelli[6]. Il grado massimo di salute scientificamente ottenibile per il malato con il minimo possibile della spesa con attenzione anche all'equa distribuzione delle risorse, sono gli obiettivi che oggi abbiamo imparato a voler perseguire. Questo passa ovviamente attraverso una revisione profonda del modo di lavorare del passato[7], con la necessità di darsi un'organizzazione amministrativa che consenta di allocare energie umane e materiali in modo corretto, eliminando focolai di inefficienza[8]. La procedura logica prevede un'analisi dell'esistente in termini di bisogno sanitario e risorse a disposizione, cercando poi di mettere in posizione di massimo equilibrio i due termini del problema.

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) ha commissionato ad un consulente un software per il controllo di gestione in cardiologia, nato dopo un'attenta indagine conoscitiva della cardiologia ospedaliera italiana che è poi stato distribuito dallo Sponsor a molte strutture cardiologiche. Noi abbiamo voluto applicare criticamente il software di gestione alla nostra realtà cardiologica e lo scopo di questo lavoro è quello di raccontare la nostra esperienza, i nostri lavori in corso, suggerire alcune soluzioni atte a migliorare l'attuale strumentazione gestionale ed eventualmente suscitare un dibattito.

Con il mese di aprile 1998 l'Unità Dipartimentale Cardiologica del Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata di Roma ha attivato un sistema di raccolta informatizzata dei propri flussi di attività, al fine di effettuare un efficace controllo della gestione e della qualità e di poter intersecare i risultati in termini economici con una lettura di tipo clinico, sia in termini di appropriatezza dei percorsi terapeutici che in termini di case-mix trattato[9-12].

Metodo di lavoro

Analisi organizzativa. L'introduzione di un sistema formalizzato di raccolta ed elaborazione dei flussi informativi interni finalizzato al controllo di gestione, ha richiesto in primo luogo un'analisi dettagliata delle attività svolte, onde individuare i centri minimi di rilevazioni ed analisi[9,10]. I suddetti centri, denominati convenzionalmente centri di attività, sono stati individuati in base ad un criterio di responsabilità e/o in funzione di esigenze statistiche di origine clinica[6,8]. Questa analisi preliminare ci ha consentito, laddove l'attività non fosse già configurata come modulo, di identificare centri ulteriori di responsabilità con attribuzione di un responsabile Dirigente di I livello.

Nella fattispecie, i centri di attività individuati sono i seguenti:

- 4 centri con degenza (quattro linee di attività): unità coronarica; terapia semintensiva; degenza ordinaria (dislocata); day-hospital annesso alla degenza ordinaria;
- 7 ambulatori (una linea di attività): ambulatorio generale dedicato ai pazienti del territorio; ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco; ambulatorio dedicato alla cardiopatia ischemica; ambulatorio dedicato all'ipertensione; ambulatorio dedicato alla prevenzione; ambulatorio ecocardiografico; ambulatorio ergometrico;
- 1 unità di elettrostimolazione ed elettrofisiologia (una linea di attività);
- 1 unità di emodinamica e cardiologia interventistica (una linea di attività);
- 1 unità di Pronto Soccorso Cardiologico (una linea di attività);
- 2 servizi (uno per ognuno dei due presidi limitrofi in cui si svolge l'attività) dedicati alle esigenze cardiologiche delle altre unità operative (due linee di attività).

Sono state pertanto individuate 10 linee di attività, di cui 7 con funzione modulare attribuita dall'Amministrazione e 3 centri di responsabilità attribuiti dal Dirigente di II livello.

L'attività si svolge in due presidi distinti (anche se vicini) e gli Ambulatori sono dislocati in un edificio autonomo.

La scelta di rilevare i dati e riferire le analisi ai centri sopra riportati è funzionale sia al poter verificare la produttività dei singoli centri in relazione all'attività clinica svolta, sia a poter valutare i carichi di lavoro[7] (e quindi la migliore allocazione delle risorse di personale nelle aree), sia a disporre di una base-dati elaborabile in termini di processo assistenziale sul singolo paziente, da utilizzarsi tanto per ottimizzare le relazioni fra i singoli centri di attività, quanto per studi di tipo clinico.

Organizzazione dei flussi informativi. La responsabilità della raccolta dei flussi informativi è affidata al Dirigente di I livello preposto a ciascun settore (10 Dirigenti di I livello), alle Caposala (4 a cavaliere fra le diverse attività) e a 10 infermieri (uno per ciascun settore di attività).

Ogni centro raccoglie e trasmette mensilmente al Dirigente di II livello la propria attività (tipo e numero di prestazioni) ambulatoriale o in regime di degenza. Ai centri di degenza compete, con le medesime modalità, la gestione informatizzata del movimento-pazienti e delle schede di dimissione. La codifica di queste ultime in realtà si duplica, per effetto dell'obbligo di invio cartaceo delle stesse. Se in generale si è cercato di non duplicare l'attività, sostituendo le rilevazioni cartacee con quelle informatizzate, nel caso delle schede di dimissione si è fatta eccezione, giustificata dall'esigenza di procedere con rapidità ad un controllo di qualità delle codifiche, nonché dei flussi di DRG prodotti[12]. In generale si è cercato di raggiungere lo scopo per cui la gestione dei flussi informativi non divenisse un onere aggiuntivo, bensì una razionalizzazione di attività che normalmente vengono già effettuate[13].

L'istruzione del personale addetto alla gestione dei flussi informativi ha comportato un tempo di 2-4 ore per ciascun addetto.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Tue, 08 Jul 2025, 07:32:06

Il software gestionale. L'analisi organizzativa sarebbe rimasta lettera morta senza un adeguato supporto informatico.

Quanto sopra è stato realizzato per mezzo del software gestionale distribuito dall'ANMCO ai propri Soci, sviluppato da Centro Consulenze e sponsorizzato dalla Pfizer Italiana.

Risultati

Le analisi. La gestione dei flussi informativi ha ricevuto una notevole spinta dall'inaugurazione della gestione budgettaria aziendale[6]. In una prima fase, quindi, l'attenzione si è concentrata sul monitoraggio dei macro-dati funzionali a riportare su un piano di pareggio i "conti" dell'Unità Dipartimentale. In pratica, degenze medie, tassi di occupazione, numero di prestazioni rese hanno ricevuto l'attenzione prioritaria nella prima fase.

In sostanza si è verificato, sulla base di una ricostruzione approssimata, che la cardiologia avrebbe realizzato un margine di contribuzione negativo (ovvero un disavanzo economico) qualora non si fossero apportate alcune modifiche sostanziali ai livelli di produttività esistenti.

In particolare la degenza media pari a 11.5 giorni appariva esageratamente alta se confrontata con la media della altre cardiologie ANMCO e, se contribuiva a determinare un alto livello dei tassi di occupazione, nello stesso tempo limitava il turnover dei pazienti con evidente perdita di potenziali ricavi.

Inoltre fu valutato che l'attività ambulatoriale, sulla base della domanda potenziale del territorio e delle risorse di personale disponibili, avrebbe potuto aumentare ulteriormente e nello stesso tempo riqualificarsi.

Infine fu valutato che parte del disavanzo poteva attribuirsi ad un livello tariffario insufficiente, che era però in via di ridefinizione a livello regionale.

L'esigenza inoltre di modificare alcuni assetti organizzativi, insieme ad alcuni concomitanti spostamenti logistici che hanno creato l'opportunità di riallocare il personale in modo da favorire lo scambio di esperienze, hanno fatto ritenere che nel 1998 lo staff della cardiologia sarebbe stato esposto a notevoli cambiamenti, provocando notevole stress ad una struttura da molto tempo stabile nei suoi livelli operativi.

Ciò non di meno, sono stati posti obiettivi 1998 piuttosto ambiziosi, una diminuzione di 5 giorni della degenza media e un aumento del 25% dell'attività ambulatoriale, che uniti ad un incremento medio delle tariffe riconosciute avrebbe riportato in pareggio tendenziale l'Unità Operativa Cardiologica.

La chiarezza del messaggio, opportunamente formalizzato in una scheda di budget, e la disponibilità del personale hanno permesso di raccogliere immediatamente i frutti del lavoro svolto.

La degenza media è stata progressivamente portata a 7 giorni, con livelli uguali o inferiori a quelli della media ANMCO raccolta dal Centro Consulenze durante i corsi nazionali di formazione 1996-1997. Inoltre il fatturato dell'Ambulatorio è andato progressivamente crescendo verso i livelli prestabiliti.

L'innegabile aumento di produttività (Figg. 1-4), sebbene ancora non sia chiaro se la Regione riconoscerà o meno (o con quali tempi) all'Azienda le nuove tariffe assunte in sede di budget 1998, dovrebbe quindi riportare la cardiologia ad un sostanziale pareggio, secondo le proiezioni effettuate sulla base dei flussi informativi interni e di alcune stime *ad hoc*.

In breve tempo è nata l'esigenza di un'integrazione delle analisi deputata alla statistica dei seguenti fatti:
- contabilità dell'attività per centri di costo richiedenti;
- registrazione dei servizi richiesti alle altre unità operative aziendali e non.

Infatti è risultato immediatamente evidente dalle prime elaborazioni che una corretta valorizzazione del mercato interno comportava un notevole ricavo (… virtuale) suppletivo per la cardiologia, la quale per vocazione è di supporto all'attività delle altre specialità più di quanto di contro da esse non riceva.

In particolare l'attività in Pronto Soccorso richiede un notevole sforzo organizzativo ed economico per l'assorbimento di impegno del personale.

Nel caso specifico anche l'attività di servizio interno appare onerosa, dovendo garantirsi per entrambi i presidi dell'Azienda con evidenti duplicazioni.

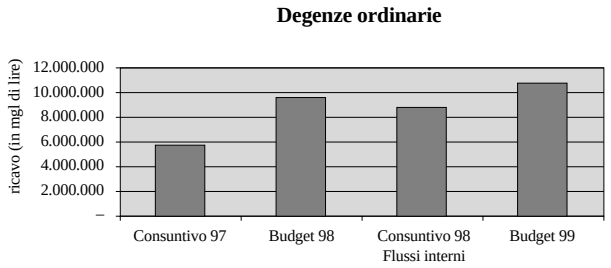

Figura 1. *Rispetto al consuntivo 1997, nel 1998 si nota una crescita dei ricavi legata al forte aumento dei ricoveri. Il valore appare ridotto rispetto alle previsioni fatte, ciò deriva anche dalla chiusura del reparto di degenza ordinaria per 1 mese circa in virtù del trasferimento dall'Addolorata al San Giovanni. Il budget 1999 prevede un'ulteriore crescita, peraltro coerente con lo sviluppo 1998.*

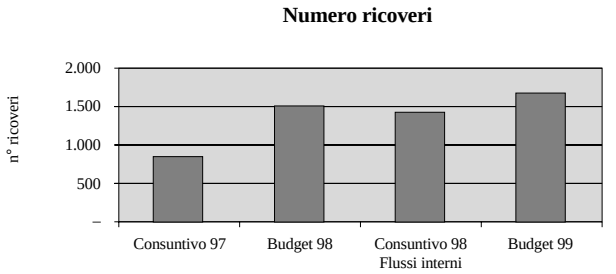

Figura 2. *Netta crescita del numero dei ricoveri, in linea con le previsioni fatte ed in ulteriore crescita per il 1999.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Tue, 08 Jul 2025, 07:32:06

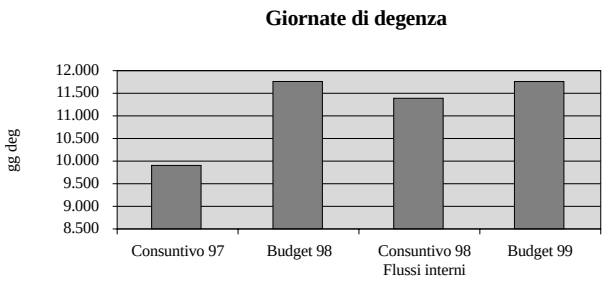

Figura 3. *Coerentemente con l'aumento del numero dei ricoveri, la riduzione della degenza media e l'aumento del tasso di utilizzazione dei posti letto (dall'80 al 101%), si riscontra una netta crescita del numero delle giornate di degenza. Il dato, in linea con le previsioni, sconta per il 1998, la chiusura per 1 mese della degenza ordinaria; per il 1999 si prevede la conferma del trend positivo.*

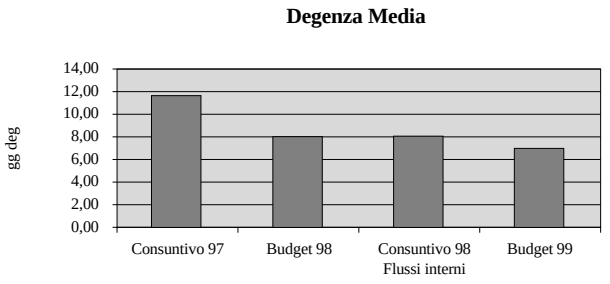

Figura 4. *La degenza media è nettamente calata, le previsioni per il 1998 si sono confermate nella realtà dei fatti e le previsioni 1999 prevedono un ulteriore calo di 0.5 giorni. Naturalmente questo dato incorpora le giornate di degenza che i pazienti dimessi dall'Unità Operativa Dipartimentale Cardiologica passano negli altri reparti, quindi ancora più importante appare lo sforzo effettuato dalla cardiologia per ridurre il tempo di permanenza medio dei pazienti in reparto.*

In carenza di indicazioni aziendali in proposito, la valorizzazione è stata effettuata sulla base delle tariffe ambulatoriali esistenti, integrate con studi specifici per alcune procedure invasive. Lo studio della cardiologia è risultato pionieristico a livello aziendale, tant'è che nell'autunno 1998, quest'ultima ha chiesto alle singole unità operative di procedere autonomamente a contabilizzare le attività sul mercato interno.

L'importanza dell'approccio è resa evidente dalle figure 5-7, che evidenziano rispettivamente le componenti attive e passive per la cardiologia sul mercato interno (con un saldo positivo di circa 1 miliardo) e la quota di ricavi sul mercato interno rispetto ai ricavi totali, pari al 16%.

Nella terza fase si è giunti alla necessità di analizzare per processi assistenziali l'attività, riconcentrando l'attenzione sul paziente, e quindi integrando le varie informazioni raccolte in modo da poter ricostruire l'iter dei pazienti trattati.

Infatti, dopo avere riportato la cardiologia su livelli di sostanziale pareggio economico, la preoccupazione sul lato gestionale si è spostata sugli aspetti organizzativi e di costo dell'iter diagnostico-terapeutico del paziente.

Sebbene sia di per sé evidente l'importanza della questione, che rappresenta il naturale collegamento

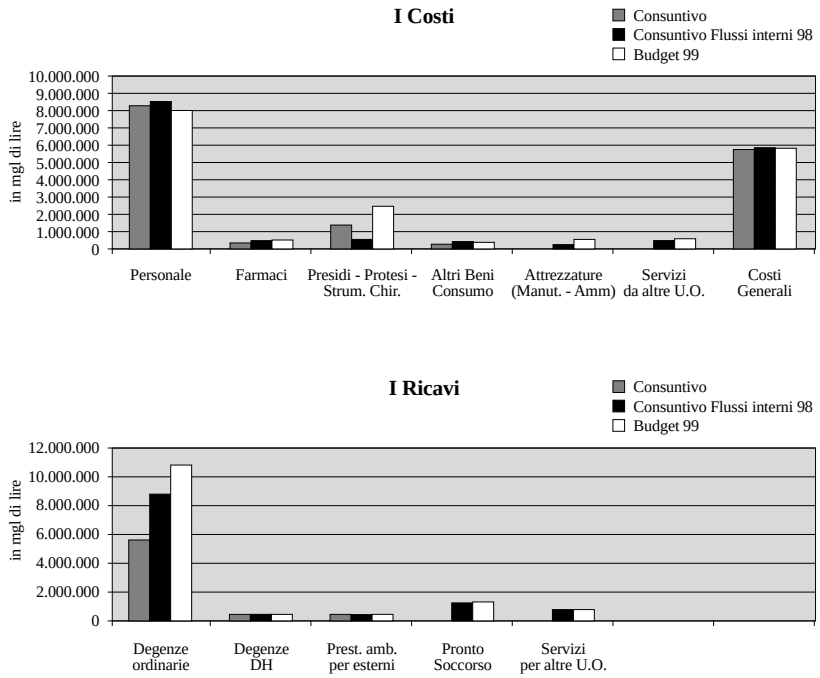

Figura 5. *I grafici presentano un diretto confronto tra il consuntivo 1997, le previsioni 1998 ed il budget 1999. I costi sono sostanzialmente allineati agli anni precedenti (1998 più alto di 1 miliardo) con l'aumento delle voci protesi e presidi, beni consumo e farmaci, principalmente legato alle attività introdotte nel corso del 1998 (come l'emodinamica) ed in crescita per il 1999, tenendo conto sia dello sviluppo dell'attività già introdotta che dei nuovi obiettivi dipartimentali previsti. Nel grafico che raffigura i ricavi si nota: a) coerentemente con l'aumento del numero dei ricoveri, è evidenziato l'aumento derivante dalle attività legate alle degenze, aumento che si prevede confermato per l'anno 1999 grazie al maggiore peso delle prestazioni realizzate in cardiologia; b) l'aumento delle prestazioni del Pronto Soccorso, previste anche per il 1999; c) un calo delle prestazioni per le altre unità operative, stimato anche per il 1999.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Tue, 08 Jul 2025, 07:32:06

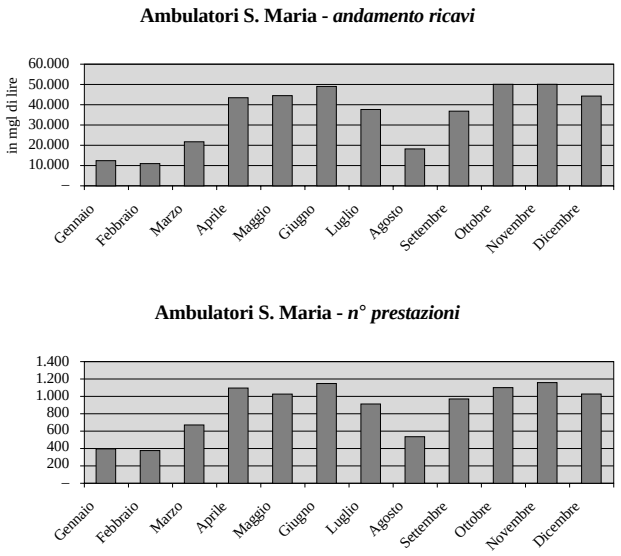

Figura 6. *Dai grafici relativi sia ai ricavi che al numero delle prestazioni realizzate negli Ambulatori del Santa Maria, si evince come "il progetto ambulatori" iniziato nel 1998 si sia sviluppato con una crescita costante, attestandosi negli ultimi mesi con un'attività che, anche se non in linea con le previsioni effettuate, lascia comunque un forte margine al miglioramento delle potenzialità.*

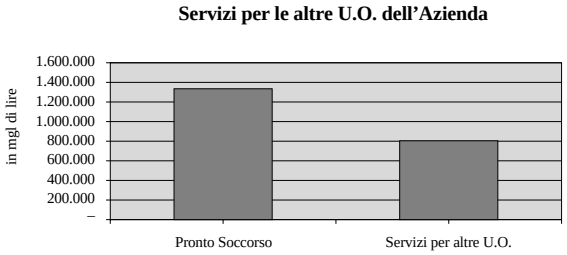

Figura 7. *Ricavi prodotti dalla cardiologia nell'effettuare prestazioni per le altre Unità Operative dell'Azienda.*

dell'attività clinica con l'approccio gestionale, alcune problematiche operative hanno fatto emergere con prepotenza l'esigenza di disporre anche di un monitoraggio di processo.

In particolare si è evidenziato come nella casistica trattata i pazienti arrivati alla cardiologia per trasferimento interno risultavano degenti (a parità di altre condizioni) fra i 2 e i 3 giorni in più.

Analogamente per i pazienti transitati per il Pronto Soccorso spesso si rieffettuano procedure diagnostiche duplicandone di conseguenza i costi.

Infine, l'aumento di turnover e la conseguente saturazione dei posti letto, ha posto l'esigenza di trattare degenti di altri reparti senza presa diretta in carico degli stessi, e forse in prospettiva anche quella di trasferire alcuni pazienti dopo il trattamento (pacemaker, coronarografie, ecc.).

Si è quindi reso necessario confrontare i costi medi degli iter diagnostico-terapeutici per giornata di degenza e le relative tariffe, onde evidenziare eventuali disallineamenti o possibilità di compensazione.

Il lavoro da poco iniziato darà i suoi frutti nel 1999: intanto si sono valorizzate alcune procedure invasive principali (impianti e sostituzioni di pacemaker, coronarografie, angioplastiche) (Tab. I) sia per disporre di un "prezzo" interno per la procedura, sia per tentare di valutare quale sia la degenza e quindi l'iter coerente con le attuali tariffe.

A titolo di esempio (il lavoro è da considerarsi *in progress* e quindi ulteriori affinamenti verranno effettuati nel corso del 1999) si riportano nella tabella I alcuni costi effettivi stimati.

Nell'ottica di un ulteriore miglioramento dei percorsi si è anche utilizzato il tempario ANMCO delle procedure cardiologiche, onde verificare la correttezza dell'allocazione del personale effettiva, e/o fare emergere le potenzialità dei vari centri di attività.

Si può affermare che i risultati conseguiti hanno confermato, quantificandole, alcune percezioni interne.

In particolare la crescente efficienza degli ambulatori, e alcune difficoltà di vario genere (duplicazioni di guardie, fermi per esposizione radiologica, ecc., ed anche in alcuni casi per carenza nella contabilizzazione dei flussi di attività) in particolare nell'area dei servizi e dell'elettrostimolazione.

La figura 8 risulta di immediata percezione; si noti in aggiunta che il tipo di analisi effettuata ha permesso non solo di ipotizzare eventuali correttivi (ad esempio con un migliore utilizzo dei tempi di guardia), ma anche di motivare e coinvolgere il personale grazie ad analisi effettuate su uno standard trasparente, coerente e condiviso.

Appare carente nella metodologia l'aspetto del carico di lavoro infermieristico nelle degenze, pur di vitale importanza nell'allocazione del personale.

Per dare un contributo in tal senso, partirà uno studio pilota interno basato sulle severità e sulle scale di autosufficienza funzionale dei pazienti.

La raccolta dei dati. Per quanto riguarda il livello di collaborazione del personale, si è osservato un sostanziale disinteresse iniziale da parte dei Dirigenti di I livello alla raccolta dei dati, che si tendeva a delegare al personale infermieristico. Quando poi si è compreso che, anche sul piano pratico, l'assegnazione di risorse dipendeva dalla dimostrazione di attività svolta e che il metodo di lavoro poteva costituire anche strumento di controllo, è aumentato il livello di interesse anche da parte del personale medico.

Il personale infermieristico, sollecitato e coadiuvato dalle Caposala, ha invece risposto molto bene fin dall'inizio, non si è sollevata nessuna questione di tipo sindacale sul genere di lavoro richiesto (grazie anche al carattere volontaristico delle scelte iniziali). Nella realtà dei fatti tutte le registrazioni richieste erano già attive, a vari livelli di dettaglio e su supporti cartacei: registro di sala operatoria, registro delle consulenze, giornale del movimento dei pazienti, ecc.; trattandosi dunque di un cambiamento delle modalità di esecuzione di attività già svolte possiamo dire che il – sia pur rilevante – carico

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Tue, 08 Jul 2025, 07:32:06

Tabella I. L'analisi delle procedure è stata fatta considerando i dati raccolti presso i relativi centri di costo ed è comprensiva di una stima relativa ai costi generali. Obiettivo del 1999 è quello di affinare la metodologia per la realizzazione della contabilità di processo e della valorizzazione delle prestazioni "non tariffate".

Voce	Costo	% sul totale
Primo impianto di pacemaker bicamerale		
Protesi e presidi	6 092 250	71.2
Materiale di consumo	225 626	2.6
Farmaci	300 000	3.5
Servizi	11 310	0.1
Spese generali*	1 283 990	15.0
Personale	225 930	2.7
Sala	420 828	4.9
Totale	8 559 934	100
Primo impianto di pacemaker bicamerale rate-responsive		
Protesi e presidi	8 217 250	74.3
Materiale di consumo	225 626	2.0
Farmaci	300 000	2.7
Servizi	11 310	0.1
Spese generali*	1 658 990	15.0
Personale	225 930	2.1
Sala	420 828	3.8
Totale	11 059 934	100
Sostituzione di pacemaker monocamerale		
Protesi e presidi	2 925 000	65.2
Materiale di consumo	225 626	5.0
Farmaci	300 000	6.7
Servizi	3770	0.1
Spese generali*	672 911	15.0
Personale	148 350	3.3
Sala	210 414	4.7
Totale	4 486 071	100
Sostituzione di pacemaker bicamerale		
Protesi e presidi	4 625 000	71.7
Materiale di consumo	141 000	2.2
Farmaci	300 000	4.7
Servizi	5655	0.1
Spese generali*	967 526	15.0
Personale	153 820	2.3
Sala	257 173	4.0
Totale	6 450 174	100
Revisione di pacemaker		
Protesi e presidi	151 943	12.8
Materiale di consumo	225 626	18.9
Farmaci	300 000	25.2
Servizi	3770	0.3
Spese generali*	178 756	15.0
Personale	144 580	12.1
Sala	187 035	15.7
Totale	1 191 710	100
Coronarografia		
Protesi e presidi	318 000	35.0
Materiale di consumo	151 350	16.6
Farmaci	5000	0.5
Servizi	20 735	2.3
Spese generali*	136 403	15.0
Personale	198 610	21.7
Sala	79 253	8.7
Totale	909 351	100
Angioplastica		
Protesi e presidi	5 763 000	75.0
Materiale di consumo	3000	0
Farmaci	15 000	0.2
Servizi	1500	0
Spese generali*	1 152 788	15.0
Personale	604 670	7.9
Sala	145 298	1.9
Totale	7 685 256	100

* calcolo stimato.

amministrativo attuale non viene ad aggravarsi; anzi, nella misura in cui la registrazione su supporto magnetico permette l'immediata contabilizzazione delle prestazioni, la lettura (con ricerca per nome paziente o altro) dell'attività, e la stampa dei report (peraltro carente nella versione attuale del software) permette significativi guadagni di tempo, con guadagno di precisione.

Un piccolo costo in più si ravvede nel caso (come il nostro) in cui i personal computer siano di numero insufficiente, onde si rende necessaria una doppia registrazione, prima cartacea e quindi un riversamento sul software. Analogamente, non disponendo di personal computer in rete locale è necessario provvedere manualmente alla raccolta e consolidamento dei dati, nonché al loro riallineamento. Abbiamo sperimentato che tale operazione richiede circa 2 ore ogni mese (per 10 centri di attività).

Discussione

I flussi informativi della cardiologia sono stati alimentati dai singoli centri di attività, supportati nella fase iniziale a scopi formativi e di acquisizione delle procedure di registrazione magnetica. Come software gestionale, si è utilizzato quello distribuito dall'ANMCO ai propri Soci, sviluppato per la Pfizer dal Centro Consulenze durante i "corsi di management in sanità".

L'utilità o, più precisamente, la necessità di un supporto informatico per una gestione manageriale dei flus-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Tue, 08 Jul 2025, 07:32:06

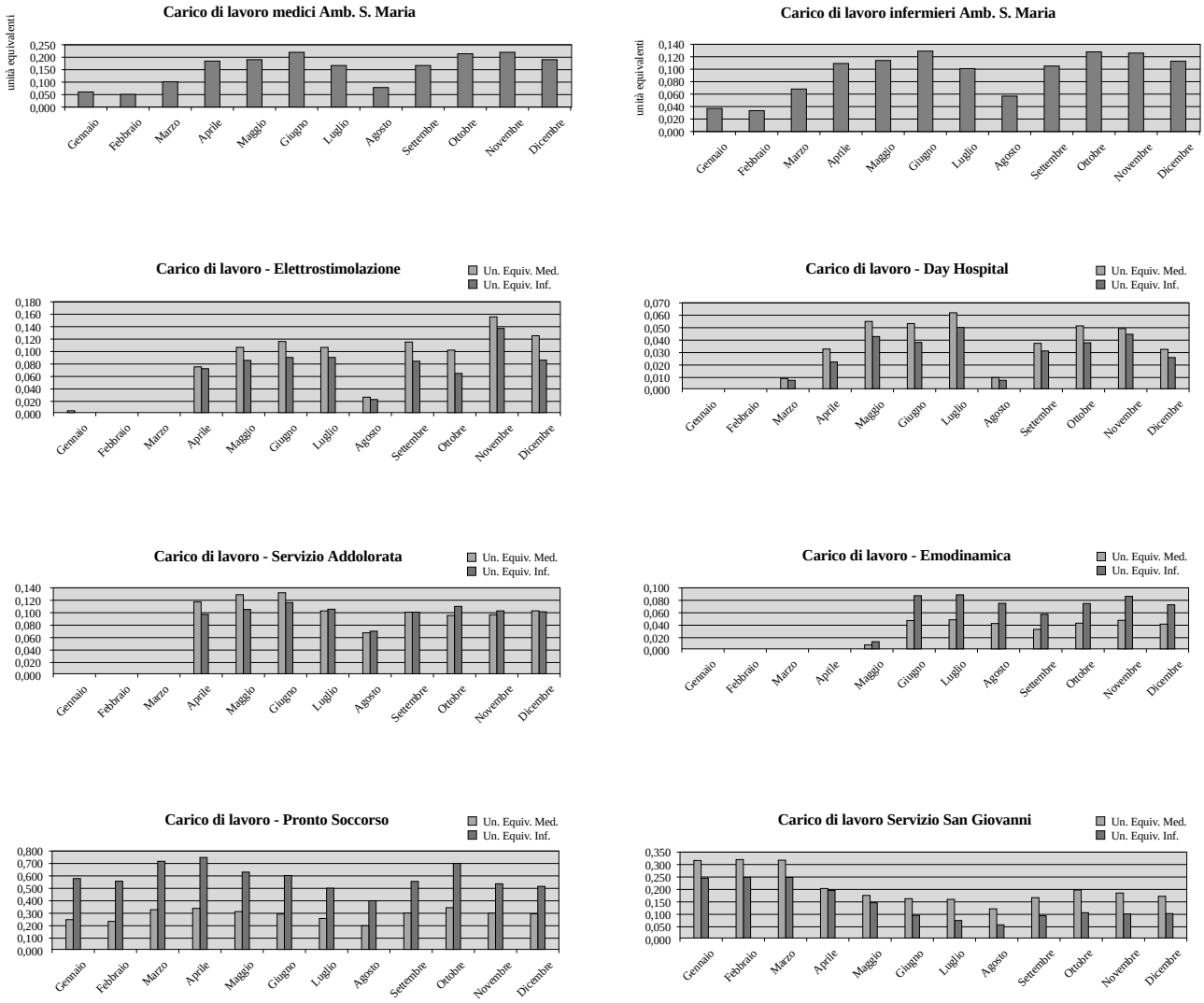

Figura 8. *L'analisi effettuata si basa sul tempo medio rilevato dall'ANMCO per eseguire le prestazioni. Le unità equivalenti rappresentano quindi il numero di medici ed infermieri necessario all'esecuzione delle prestazioni definite. Ovviamente l'analisi non tiene conto del tempo impiegato dagli operatori, per tutte le altre attività (dalle guardie al coordinamento) effettuate all'interno dell'unità operativa. Le unità equivalenti sono quindi quelle stimate necessarie per eseguire le sole prestazioni cliniche.*

si informativi appare evidente, mentre risulta meno ovvia la constatazione sulla rilevanza dell'utilizzo nel medio termine di un software gestionale, pur in presenza degli auspicati sviluppi dei sistemi informativi aziendali.

È infatti probabile che questi ultimi saranno progettati per essere coerenti con i sistemi contabili (sia quello economico-patrimoniale, sia quello per centri di costo) e quindi, per loro natura più precisi ma più lenti dei sistemi deputati al controllo di gestione.

Inoltre, difficilmente la contabilità aziendale potrà spingersi al dettaglio dei centri di attività.

Infine si rileva come un'efficiente gestione possa utilizzare standard che non necessariamente dovranno essere recepiti a livello aziendale (come ad esempio i tempari ANMCO), richiedendo un'autonomia elaborativa.

Le note che precedono vogliono, in sostanza, sottolineare l'importanza di disporre di sistemi gestionali informatizzati; l'esigenza di realizzare un'effettiva confrontabilità dei dati e, di conseguenza, la possibilità di effettuare *bench-marking* fra strutture omogenee, convalidano infine la scelta dell'ANMCO di diffondere fra i propri associati un sistema informatizzato omogeneo.

Quanto argomentato spinge ad affrontare il tema dello sviluppo dell'attuale software ANMCO, nella convinzione che un suo arricchimento ed una sua integrazione a sistema gestionale risulterebbero utili in moltissime realtà cardiologiche (come, peraltro, anche nelle altre discipline) indipendentemente dallo stadio di sviluppo dei sistemi informatici aziendali.

Sulla scorta dell'esperienza fatta con il suddetto software, è possibile indicare una serie di perfezionamenti dello stesso, auspicabili per una sua migliore funzionalità.

Prioritariamente si sottolinea la necessità di un sistema gestionale mantenuto con continuità (tariffe, standard,

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Tue, 08 Jul 2025, 07:32:06

ecc.) sia per effetto dei continui cambiamenti normativi, sia per alcune imperfezioni dell'attuale versione che andrebbero rimosse.

Indipendentemente da ciò, l'esperienza effettuata presso l'Unità Dipartimentale Cardiologica del Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, ci permette di individuare i seguenti punti prioritari di intervento:

• estensione del sistema di attribuzione della prestazione svolta dalle attuali categorie (paziente esterno, ricoverato, di altri presidi, di altre unità operative, ecc.) ai singoli centri di costo intra e sovraospedalieri;
• registrazione dei singoli servizi richiesti per centro di costo;
• gestione di un'anagrafica pazienti con riallineamento delle posizioni registrate nei vari centri;
• ricostruzione delle storie cliniche dei pazienti risultanti dalla registrazione delle singole diagnostiche e procedure effettuate;
• conglobamento nel software di alcune reportistiche che possono sostituire gli attuali registri cartacei, quali lettere di dimissione, turni del personale, richieste di consulenze, ecc.;
• possibilità di monitoraggio del budget, con confronti rispetto allo storico ed alle previsioni infra-annuali;
• flessibilizzazione dei centri di attività interni, eliminando il limite massimo di centri oggi consentito.

Evidentemente i punti precedenti non esauriscono le possibili linee di sviluppo del software gestionale cardiologico, ma l'esperienza maturata presso l'Unità Dipartimentale Cardiologica del Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata suggerisce che in queste tematiche si ravvisano i maggiori benefici potenziali.

Le ragioni di queste conclusioni sono varie, ma possono raggrupparsi in alcune tipologie di evidenze. In primo luogo si osserva una dinamica sempre più accentuata (nel tempo e nell'intensità) dei cambiamenti logistici, organizzativi, ecc., dovuta all'incertezza normativa da una parte, ed alla ricerca di nuovi riferimenti culturali che coniughino esigenze cliniche ed economiche dall'altra.

La migliore risposta alla variabilità del contesto è in Sanità, come altrove, da ricercarsi nella flessibilità.

A tale flessibilità deve orientarsi anche il software, permettendo diverse aggregazioni delle unità elementari: paziente, prestazione, processo di ricovero, operatore, attrezzatura, centro di costo.

In secondo luogo la contabilità interna è di una qualche utilità per l'Azienda oltre che per gli operatori dell'Unità, nel caso in cui sia in grado di registrare le transazioni interne al presidio, al livello delle quali si registrano le maggiori inefficienze organizzative.

Una terza ragione si identifica nella centralità del paziente, sia come fruitore dei vari servizi, sia come effetto privilegiato di studio in termini di qualità ed appropriatezza dell'intervento diagnostico e terapeutico.

Riassunto

Nella maggior parte degli ospedali italiani la riforma sanitaria è ormai nella fase applicativa, mentre già ci accingiamo ad avere un nuovo riordino del Servizio Sanitario Nazionale.

La figura del medico ospedaliero dirigente è sempre più coinvolta nella gestione manageriale, che modifica culturalmente l'atteggiamento professionale.

La cardiologia è la branca che, attraverso il lavoro preparatorio intelligente della propria società scientifica ospedaliera, fatto di dibattiti, corsi di management, riflessioni etiche, realizzazione di software di gestione, è più vicina all'applicazione equilibrata della riforma, senza cadere in impropri economicismi.

Questo passa ovviamente attraverso una revisione profonda del modo di lavorare del passato, con la necessità di darsi un'organizzazione amministrativa che consenta di allocare energie umane e materiali in modo corretto, eliminando focolai di inefficienza.

La procedura logica prevede un'analisi dell'esistente in termini di bisogno sanitario e risorse a disposizione, cercando poi di mettere in posizione di massimo equilibrio i due termini del problema.

Ovviamente l'acquisizione di norme teoriche e pratiche di comportamento, oggi permessa da un fiorire di corsi di formazione in favore dei medici, non è sufficiente a garantire il raggiungimento di risultati ottimali; anzi si evidenzia che i modelli teorici necessitano di essere validati e adattati alle situazioni reali di lavoro nell'ambito ospedaliero pubblico.

L'articolo presentato si propone quindi di esporre l'esperienza gestionale realizzata in una situazione concreta presso l'Unità Dipartimentale Cardiologica del Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata di Roma. In particolare si evidenzia come ai fini del raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione sia clinica che economica sia fondamentale poter disporre di un corretto supporto informativo per le decisioni strategiche ed operative.

Si osserva inoltre la perdurante carenza di sistemi informatici di supporto atti a calarsi nell'attuale realtà organizzativa e culturale della maggior parte delle cardiologie. L'utilizzo di un software distribuito dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) ha permesso di ovviare parzialmente alla citata carenza, e nello stesso tempo ha evidenziato i limiti dello strumento a fronte di esigenze gestionali in rapida modificazione e crescente complessità.

L'esperienza descritta dimostra la possibilità di coniugare un'organizzazione efficace dal punto di vista clinico con una strumentazione gestionale adeguata, calandola senza traumi nell'assetto preesistente; sulla scorta dei risultati raggiunti e delle difficoltà incontrate si suggeriscono alcune linee di ulteriore sviluppo per la tecnologia informatica di supporto alla gestione dei dipartimenti ospedalieri.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Tue, 08 Jul 2025, 07:32:06

In particolare si evidenzia la necessità di migliorare i supporti informativi a disposizione dei medici con responsabilità manageriali, in modo da poter disporre in tempo reale di una valorizzazione del contributo dato sul "mercato interno" aziendale, di ausili statistici per la predisposizione dei budget e l'analisi degli scostamenti, infine per permettere l'integrazione con i dati clinici.

L'associazione scientifica può poi fornire un ulteriore ausilio promuovendo la genesi di dati utili per un intelligente *bench-marking* fra le strutture, che è il solo capace di dare ai singoli indicazioni attendibili e clinicamente appropriate sulle possibilità di incrementare l'efficienza della propria struttura.

Parole chiave: Controllo di gestione; Diagnosis-related groups; Carichi di lavoro; Dipartimento di Cardiologia.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione: Rita Tiberti, Dario Panella, Isabella Cirillo, Giuseppe Buonsanto, Pietrina Moreddu, Liliana Fabra, Gianna Sanna, Emanuella Colelli, Maria Cerreta, Irma Dini, Nina Prestera.

Bibliografia

1. Decreto Legge 502/92.
2. Decreto Legge 517/93.
3. Decreto Legislativo 29/93.
4. Legge Delega 419/98.
5. Spinsanti S. Il processo di cambiamento nella Sanità italiana: rischi ed opportunità. In: Spinsanti S, ed. MECOSAN. Contributi per una gestione manageriale della Sanità. Roma: SIPIS Editrice, 1996.
6. Spandonaro F. Budgeting nelle unità assistenziali ospedaliere. In: Spinsanti S, ed. MECOSAN. Contributi per una gestione manageriale della Sanità. Roma: SIPIS Editrice, 1996.
7. Buzzi N, Lorenzini V, Sammoiraghi M, Sileo C, Spandonaro F. L'analisi dei carichi di lavoro assistenziali in Sanità. In: Spinsanti S, ed. MECOSAN. Contributi per una gestione manageriale della Sanità. Roma: SIPIS Editrice, 1996.
8. Cambieri C, Marchetti M, Berlocco F. La ridefinizione del contesto organizzativo e le nuove competenze dello specialista ospedaliero. In: Spinsanti S, ed. MECOSAN. Contributi per una gestione manageriale della Sanità. Roma: SIPIS Editrice, 1996.
9. Anthony RN, Young DW. Controllo di gestione per il settore non profit. Roma: McGraw-Hill, 1996.
10. Meneguzzo M. Strategia e gestione della rete di Azienda Sanitaria. Roma: CERGAS, 1996.
11. Borgonovi E. Il controllo economico nelle Aziende Sanitarie. Roma: CERGAS, 1996.
12. Taroni F, Monis M. Il pagamento a prestazione: introduzione al sistema di classificazione dei ricoveri per ROD/DRG e impatto sul SSN. In: Spinsanti S, ed. MECOSAN. Contributi per una gestione manageriale della Sanità. Roma: SIPIS Editrice, 1996.
13. Cambieri A, Catananti C, Guglietta B. L'accreditamento della struttura ospedaliera ed il rapporto "pubblico privato". In: Spinsanti S, ed. MECOSAN. Contributi per una gestione manageriale della Sanità. Roma: SIPIS Editrice, 1996.