

Il management in nefrologia

G.Quintaliani, S.Cencetti°, R.Prosperi*

Controllo di Gestione e Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi, °Direzione Sanitaria; *
U.O.A. Tecnico Patrimoniale – Ospedale Policlinico - Perugia

Aspetti generali del “management”

La parola “management” come termine anglosassone di uso universale, indica “l’insieme delle tecniche di gestione delle organizzazioni, il complesso delle funzioni di gestione ed, anche, il gruppo di dirigenti all’interno dell’organizzazione, ma può assumere significati diversi a seconda del contesto in cui è utilizzata e degli scopi che si prefigge l’utilizzatore di questo strumento (Tab I) . Infatti secondo : Megginson e coll.) il management è “LA SCIENZA- LA DISCIPLINA- L’ARTE che opera con risorse umane finanziarie e fisiche per raggiungere gli obiettivi dell’organizzazione “.

Il management nasce nelle aziende per porre rimedio al problema dell'equilibrio economico finanziario. Esso è stato affrontato sul piano dei controllo dei costi e dell'aumento dei ricavi. Tradizionalmente gli strumenti adottati per rispondere a tale esigenza si sono riferiti al modello classico di azienda, dalla quale deriva la filosofia dell'informazione per la direzione (ci si riferisce alle grandi innovazioni contabili introdotte, ad inizio secolo, alla DuPont e alla Generali Motor). Ma nel corso degli ultimi decenni, si è assistito ad una notevole evoluzione dell'azienda che oggi si configura in modo sostanzialmente differente rispetto al recente passato. Si è assistito ad una trasformazione dell'azienda dai colossi industriali pesantemente divisionalizzati per prodotto, con un elevato grado di rigidità dei costi e con una filosofia di gestione incentrata sul concetto di efficienza e sulla produzione di volumi elevati, ad imprese che hanno come oggetto principale di riferimento, per il loro processo decisionale, il soddisfacimento delle esigenze del consumatore o cliente. Ciò ha decretato la crisi delle strutture fortemente divisionalizzate per prodotto e ha invece premiato modelli organizzativi più flessibili, in grado di poter spostare risorse anche rilevanti da un prodotto all'altro (in funzione, ovviamente, delle esigenze del cliente). Si è pertanto generato un processo di despecializzazione rispetto al prodotto ma di specializzazione rispetto ad attività che rappresentano parti di un prodotto finale, il quale viene definito dall'insieme di attività necessarie per completarlo.

Il problema dell'integrazione e della qualificazione del prodotto finale assume ancora più rilevanza nel settore dei servizi che, proprio in questi ultimi decenni, è oggetto di un notevole sviluppo. Ciò è dovuto alla natura dei processi fisici di produzione, caratterizzati dal fatto che la prestazione viene contestualmente "prodotta" e "consumata" nel rapporto che intercorre tra azienda e cliente, e al processo di "personalizzazione" dei servizi, di solito, "scaricato" sugli operatori a contatto.

- l'attività di pianificazione e controllo
- il sistema per realizzare e controllare i fenomeni di cambiamento
- la capacità di ottenere che persone con ruoli e professionalità diverse operino insieme per aggiungere concretamente i risultati desiderati per altri:
- la gestione del cambiamento in situazione di risorse limitate,
- la capacità di guidare un'organizzazione al raggiungimento di obiettivi prefissati
- l'uso razionale dei fattori di produzione
- la capacità di motivare il personale dirigente ad esercitare leadership
- l'attività di direzione che impone l'uso di metodi scientifici.

Tab I: vari significati di Management

Un primo riflesso di tale evoluzione riguarda il contenuto dell'informazione da impiegare nei processi decisionali finalizzati al governo operativo o direzionale dell'azienda. Risulta infatti fortemente insufficiente un flusso informativo concentrato esclusivamente su dati di natura monetaria, mentre assume rilievo l'informazione che focalizza l'attenzione del dirigente sui livelli di funzionalità. Le informazioni di carattere non monetario (dalle tradizionali liste d'attesa ai

meno consueti tempi di attesa legati all'iter dei paziente all'interno della struttura) non solo consentono al dirigente medico di avere un quadro molto più concreto ed operativo, ma consentono di disporre degli elementi conoscitivi necessari per l'effettuazione di interventi migliorativi della gestione e, conseguentemente, di migliorare anche gli aspetti di carattere economico e di efficienza

Rapidamente ci si è accorti che un approccio concentrato solo sull'atto finale della cessione del bene non era sufficiente a garantire una prestazione di elevata qualità e che quindi la soluzione dei problema non poteva essere limitata alla migliore gestione dei rapporto azienda-cliente, ma dal miglioramento di tutte le relazioni esistenti all'interno dell'azienda.

La qualità totale basa il proprio assunto fondamentale sulla constatazione che dedicare una cura particolare al momento della cessione dei bene e/o dei servizio non garantisce in alcun modo che l'oggetto dello scambio, (il bene e/o servizio), sia di qualità adeguata alle richieste o alle attese dei cliente. Il rischio, in altri termini, è quello di confezionare nel migliore dei modi un prodotto diverso da quello richiesto o necessario.

Di qui nasce l'esigenza di osservare l'attività aziendale non come un insieme unico ed inscindibile, ma come un processo complesso composto da attività elementari che si combinano variamente fra loro. Da un punto di vista logico, l'azienda viene scomposta in tante attività elementari ognuna delle quali si collega con altre attività come una sorta di catena . Ciascuna attività è quindi caratterizzata da un'output specifico, solitamente insignificante se preso a se stante ma fondamentale se collocato nell'ambito di un processo che, a sua volta, rappresenta l'input dell'attività successiva. Ogni attività diventa quindi oggetto di analisi e di miglioramento sia sul piano qualitativo che gestionale.

Il management e gli aspetti legislativi in Sanita'

L'inefficienza conclamata della Pubblica Amministrazione aveva indotto il legislatore, a partire dagli inizi degli anni '90, a dettare norme finalizzate a realizzare il superamento della organizzazione burocratica che aveva caratterizzato e caratterizzava ancora i "soggetti" della stessa e quindi a trasformarli in "soggetti" capaci di utilizzare in maniera efficiente tutte le risorse disponibili con l'obiettivo di fornire servizi/prestazioni altamente qualificati e quindi in grado di soddisfare le attese dei singoli, nei vari campi di intervento della Pubblica Amministrazione, cioè di fornire risposte efficaci. Appariva quindi doveroso il superamento del vecchio modello di gestione con l'inserimento, al suo posto, di una gestione di tipo manageriale.

In Italia il management in sanità muove i primi passi a partire dal D.L.gs. 30 dicembre 1992, n.502 come modificato successivamente ed, in ultimo, con il D.L.gs. 19 giugno 1999, n.229, con i quali era stato disposto e/o disciplinato:

- l'affievolimento della presenza di stato, regione, provincia e comune nel governo e nella gestione delle prestazioni e dei servizi finalizzati alla tutela della salute psico-fisica di tutti i cittadini in piena coerenza con la previsione di cui all'art. 32 della carta costituzionale, a tutto vantaggio dei nuovi soggetti pubblici del Servizio Sanitario Nazionale: le Aziende-Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere;
- il riconoscimento alle Aziende Sanitarie della "personalità giuridica pubblica" e dell'autonomia "organizzativa amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica" in sede del D.L.gs. n. 502/1992 e di quella "imprenditoriale" in sede di D.L.gs. n.229/1999. A quest'ultimo riguardo va rilevata la maggiore ampiezza dell'autonomia conseguente dall'uso dell'aggettivo "imprenditoriale" (cioè tipica dell'imprenditore privato) in sostituzione dei precedenti sei aggettivi;
- la responsabilizzazione del Direttore Generale sui risultati qualitativi ed economici;
- la razionalizzazione dell'uso delle risorse;
- la privatizzazione del rapporto di lavoro con le Aziende Sanitarie, in coerenza anche con le disposizioni del D.L.gs.3 febbraio 1993, n. 29, e successive modifiche ed integrazioni;
- l'introduzione di alcuni strumenti tipici dell'impresa privata quali:
 - la contabilità analitica,
 - l'informatizzazione come strumento routinario di operatività,
 - il controllo di gestione,
 - il sistema informativo complessivo,
 - l'attenzione alla qualità del prodotto (prestazioni e servizi sanitari),
 - l'atto aziendale come "documento" di estrinsecazione dell' "autonomia imprenditoriale" attraverso cui definire la "mission" aziendale e la macro-struttura per perseguirla,
 - l'obbligo per le singole Aziende Sanitarie di informare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità nel rispetto del vincolo di bilancio

- la introduzione, obbligatoria, dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività svolte
- il nuovo ruolo e le nuove responsabilità della dirigenza ed, in particolare, della dirigenza sanitaria

Aspetti economici nella Sanita'

Il piano sanitario 2001-2002 recita all'Art.1(Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, omissis
2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche, uguali opportunità di accesso ai servizi sanitari necessari per la promozione, ... omissis
3. I livelli **essenziali** di assistenza da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale sono individuati in quanto necessari per rispondere ai bisogni **fondamentali** di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione, nonché **appropriati**, rispetto alle specifiche esigenze di salute delle persone e alle modalità di erogazione dell'assistenza.

La importanza di questo articolo e' fondamentale perche' chiarisce il quadro entro cui si deve muovere la Sanita' Italiana e le Aziende Sanitarie (e il loro Direttori Generali). Si afferma quindi che lo scopo del SSN e' quello di fornire **prestazioni essenziali ed appropriate per venire incontro ai bisogni fondamentali della popolazione**. Vedremo in seguito se e quali conseguenze ne discendono in ambito nefrologico.

Lo stesso PSN detta le regole per la distribuzione dei servizi e delle risorse in sanita' che sono racchiuse nella quota procapite che lo stato italiano e' disposto a spendere per ciascun cittadino: attualmente tale quota e' di L. 1.904.640 (L. 1.849.165, incrementate del 3%) ed e' inespandibile; cio' significa che se un cittadino consuma di piu' di quanto attribuito; gli altri saranno costretti a consumare di meno. In realta' tale quota e' molto vicina alla media della spesa procapite in sanita' effettivamente impegnata dalle regioni. Rimane il fatto che esiste un forte divario tra regione e regione nell'impegno delle risorse a favore dei propri cittadini).

A questo proposito sara' necessario puntualizzare un aspetto spesso poco conosciuto e poco capito che riguarda il sistema di pagamento a prestazione sia essa collegato alla attivita' di ricovero, che alla attivita' ambulatoriale. Si sono effettuati dibattiti, scritti articoli e libri su come sia piu' opportuno scrivere le diagnosi per ottenere un DRG piu' remunerativo. In realta' il sistema, pur proponendosi come un sistema a rimborso tariffario, pone dei limiti alla espansione della spesa. Abbiamo gia' visto che il limite di spesa e' tracciato dalla quota capitarla per cittadino residente. Per capire meglio questo punto poniamo l'esempio di una

Azienda Ospedale che effettua prestazioni di ricovero ed ambulatoriali per una Azienda ASL. Seguiamo il corretto iter che porta alla individuazione prima e al pagamento poi delle prestazioni sanitarie. Prima di tutto il corollario principale che determina le attività e la spesa, come abbiamo visto, è il PSN; da questo discende il Piano Sanitario Regionale (PSR) che detta le prestazioni e i limiti che la singola regione, sulla base dei bisogni della sua popolazione, detta alle singole aziende sanitarie siano esse autonome o territoriali. In questo piano dovrebbero essere dettate regole più specifiche rispetto al PSN in termini di prestazioni necessarie, di bisogni fondamentali, di attuazione di piano di sviluppo (es. aprire una cardiocirurgia piuttosto che una dialisi, aumentare le visite cardiologiche piuttosto che dermatologiche etc)

Le singole aziende recepiscono il due piani (Nazionale PSN e regionale PSR) con un documento che è il PAL o Piano Attuativo Locale in cui scendono nel dettaglio di quello che intendono fare e come lo intendono fare. Ne risulta che il numero di prestazioni vendibili (dalla Azienda Ospedale) e comprabili (dalla ASL) devono essere esplicitate a priori e sono comunque oggetto di contrattazione annuale a livello bilaterale e a livello regionale. Ciò significa che i Direttori Generali, sulla base della spesa e della attività storica stabiliscono dei tetti massimi per le prestazioni. Per fare un esempio il DG della Az. Ospedale potrebbe impegnarsi a sfruttare meglio la sua divisione di chirurgia toracica per ridurre la "fuga" dei pazienti verso altre regioni. Allo scopo potrebbe ridurre i letti per la chirurgia generale in modo da convogliare le appendiciti presso un ospedale territoriale in grado di eseguire tale tipo di intervento. Se però, a fine anno, ci si accorge che il numero di appendiciti rimane elevato, e che il numero di interventi di chirurgia toracica non è aumentato, il DG della azienda territoriale potrebbe non pagare o pagare con forti sconti le appendiciti per ovviare al danno subito. Il danno subito è infatti duplice: ha mantenuto una chirurgia attrezzata per appendiciti senza effettuarle e ha pagato i rimborsi extraregionali ai pazienti affetti da patologia chirurgica toracica: due secche perdite!!!. A ciò va aggiunto il danno della implementazione di una chirurgia toracica che non ha lavorato a livelli ottimali e che quindi ha costi non giustificabili! Ovviamente questo è un esempio ma la realtà potrebbe ancora essere peggiore!!!!!!

Il sistema degli sconti che le Aziende Ospedale devono effettuare alle Aziende Territoriali è molto diffuso; è attivo in molte regioni italiane con quote ridotte anche del 80-90%. Addirittura è possibile che si passi ad un sistema di "global budget" (come nella regione Umbria) che significa che io, azienda territoriale, ti pago (previa contrattazione annuale) un "quid" fisso e che tu (Azienda Ospedale) devi rientrarci per forza. Ne deriva quindi che aumentare in tutti i modi il "fatturato" da parte del reparto (aumento quota DRG e prestazioni ambulatoriali indotte) non porta nulla se non ad aumentare i costi senza ottenere alcun beneficio in termini di ricavi.

Un altro cattivo vezzo legato al sistema dei rimborsi è quello di sentirsi particolarmente in credito nel momento che veniamo a sapere che il fatturato del nostro reparto è elevato e

comunque superiore ai costi. Ciò determina richieste ed aspettative. Deve essere sottolineato, a questo proposito, che la Azienda Sanitaria è come una famiglia: se c'è uno che guadagna ed altri che spendono, per ottenere il bilancio è necessario che chi guadagna adegui le sue spese al bilancio globale della famiglia e non ai suoi ricavi. Fuor di metafora in una azienda Sanitaria la complessità delle interazioni è enorme e a fronte di pochi guadagni ci sono molte spese. È insensato chiedere più attrezzature e personale se si è guadagnato con i DRG parecchio; se questo fosse il parametro la Rianimazione dovrebbe chiudere (la rianimazione ha pochi ricavi da DRG a suo credito: in pratica solo i pazienti deceduti vengono dimessi) ma ha molte spese. Ed ancora i reparti specialistici, magari unici nella regione, con DRG deboli (dermatologia, oculistica etc) dovrebbero essere abbandonati a loro stessi o chiusi ?

Questi esempi, seppur molto semplici, ci portano a definire che la responsabilizzazione economica è un processo globale che interessa l'intera azienda e che deve essere visto come un organismo unico e non come tanti piccoli sistemi autonomi. Ne deriva quindi che l'interesse di ognuno è che le cose funzionino in maniera appropriata non solo nel proprio reparto ma anche in tutto l'ospedale: gli sprechi dell'uno si ripercuotono fatalmente sugli altri.

Il management aziendale e di reparto

Il problema economico è essenzialmente un problema del Direttore Generale; ai medici spettano le scelte professionali. Questo è un assunto che nel tempo sta avendo sempre più consensi perché non è utile a nessuno avere dei medici economisti anche perché spesso, in questa veste, affermano e compiono delle vere e proprie bestialità.

È necessario invece che la responsabilizzazione sull'equilibrio economico finanziario da parte dei medici debba servire essenzialmente a portare il sistema ad effettuare due valutazioni fondamentali:

- la prima consiste nella valutazione di quali bisogni devono essere soddisfatti. La quantità di risorse disponibili e la rigidità determinata dall'equilibrio di bilancio non consente più di garantire risposte rispetto a qualunque tipologia di bisogno. Solo i professionisti sono in grado di decidere in maniera adeguata se e quali prestazioni devono essere effettuate (appropriatezza) e con quali mezzi (es: è necessario effettuare emodiafiltrazione a tutti i pazienti dializzati?)
- la seconda riguarda la valutazione dell'efficacia della prestazione erogata. In altri termini si porrà il problema di chi può concretamente ed in modo efficace ed efficiente garantire una risposta ad uno specifico bisogno. Anche in questo aspetto il ruolo del medico è fondamentale ed insostituibile.

Torneremo in maniera approfondita su questo aspetto nel momento in cui parleremo del budget ma per completare gli aspetti economici legati alla professione del medico dobbiamo ricordare che a fronte della aziendalizzazione della sanità, l'approccio economico del settore industriale e commerciale non può essere trasferito, senza opportuni accorgimenti, al settore sanitario poiché in sanità non è il profitto l'obiettivo finale. ma è l'ottenimento di risultati in termini di salute. Inoltre in sanità, contrariamente a quanto si verifica normalmente nelle attività industriali, non è il cliente che condiziona il mercato con i suoi gesti, le sue preferenze, le sue esigenze. È il medico il più importante decisore della spesa. Il medico quindi è in grado di indurre la necessità di una attività (esempio ponendo l'indicazione ad un esame diagnostico) e di esaudirla (effettuando la prestazione) come si verifica ad esempio per la ecografia renale.

Il Sistema di Activity Based Management

Con il termine Activity Based Management (ABM) si intende un modello, o una logica, di gestione basata sulle attività e non, come tradizionalmente avviene, sulle risorse e sul risultato complessivo finale. L'ABM fonda le sue motivazioni sulla constatazione che il dirigente non governa il risultato finale, bensì le attività, intese anche come output intermedi, che lo determinano. Sono infatti queste ultime che consentono di analizzare, trasformare, movimentare, presentare, vendere ed erogare i prodotti (o le prestazioni) e i servizi.

L'ABM nasce quindi come moderna risposta al problema del governo e della gestione delle aziende complesse. Essa, nella sostanza, recepisce nei suoi contenuti e nella metodologia proposta l'evoluzione delle aziende da forme semplici, monoprodotto o basate su una divisionalizzazione spinta del settore produttivo, verso forme complesse, multi prodotto con scarsa divisionalizzazione, con output sempre più caratterizzati dalla congiunzione di beni materiali e servizi.

L'ospedale può essere visto come una struttura complessa dove il risultato finale (la dimissione del paziente) è comunque frutto di diversi processi ognuno dei quali ha una sua precisa collocazione e che deve rispondere a precise regole. Il processo (che viene definito come la trasformazione di un prodotto in entrata con un altro in uscita) si suddivide a sua volta in ATTIVITA' suddivise in PROCEDURE che a loro volta sono frutto di OPERAZIONI.

In questo modo è molto più facile definire dei percorsi, stabilire il responsabile e valutarne i risultati. Normalmente è infatti possibile identificare indicatori di processo e di esito in modo da oggettivare quanto più è possibile l'andamento e il risultato ottenuto. È una tecnica molto difficile, soprattutto se legata alla contabilità dei costi. Tuttavia, vista la complessità operativa delle strutture e divisioni ospedaliere e dell'avvento dei dipartimenti, oltre della elevata autonomia

gestionale che l'organizzazione ospedaliera tipicamente comporta, potrebbe essere la risposta giusta per un corretto inquadramento organizzativo. L'approccio per processi è infatti strettamente legato alla gestione per obiettivi che consente quindi una organizzazione incentrata sulla catena logica obiettivi -> responsabilità -> risultati sancita dal nuovo contratto collettivo di lavoro dei dirigenti medici delle aziende sanitarie.

Il controllo di gestione

A fronte di queste necessità e delle contraddizioni del sistema ci si è posti il problema di come gestire la complessità delle interazioni che agiscono all'interno di esso.

Per quanto abbiamo visto in precedenza e soprattutto tenendo conto del fatto che i medici non sono economisti ne deriva che per svolgere in maniera corretta il loro lavoro hanno necessità di altri tipi di informazioni che riguardino il ruolo dell'organizzazione e il loro essere all'interno della organizzazione.

Risulta infatti fortemente insufficiente un flusso informativo concentrato esclusivamente su dati di natura monetaria, mentre assume rilievo l'informazione che focalizza l'attenzione del dirigente sui livelli di funzionalità

Le informazioni di carattere non monetario (dalle tradizionali liste d'attesa ai meno consueti tempi di attesa legati all'iter del paziente all'interno della struttura) non solo consentono di avere un quadro molto più concreto ed operativo al dirigente medico, ma consentono di disporre degli elementi conoscitivi necessari per l'effettuazione di interventi migliorativi della gestione e, conseguentemente, di migliorare anche gli aspetti di carattere economico e di efficienza,

Sono quindi necessari strumenti conoscitivi per valutare sia il risultato delle operazioni esterne, ossia, nel caso delle strutture operative del SSN, la rilevazione e la valutazione dell'equilibrio (di bilancio) tra risorse finanziarie ottenute, principalmente con i meccanismi di finanza derivata, e risorse finanziarie impiegate nei processi di acquisizione dei fattori di produzione di tali aziende in un dato periodo di tempo definito "esercizio", sia i risultati dello svolgimento delle operazioni interne attraverso le quali sono generati i risultati complessivi. L'equilibrio di bilancio risulta infatti fortemente condizionato dal livello di efficienza e di economicità raggiunto nel funzionamento delle diverse parti di un'organizzazione (servizi territoriali, servizi diagnostici, divisioni ospedaliere, ecc.). Alla prima esigenza risponde in modo più o meno soddisfacente il sistema di contabilità generale, alla seconda può rispondere un adeguato sistema di contabilità direzionale inteso come sistema di raccolta, elaborazione e presentazione delle informazioni sulla gestione

D'altro canto il "manager" che vuole operare in campo sanitario con un minimo di efficacia deve tenere conto del fatto che i costi delle strutture dipendono dal volume di attività e dal consumo di risorse e che il fondamento e l'obiettivo stesso di tutto il settore sanitario è la loro adeguatezza alle necessità e ai risultati in termini di qualità e quantità di vita.

Non solo per il manager, ma per tutti coloro che hanno responsabilità di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ad iniziare dai medici, si pone quindi una sfida, per certi versi paradossale: migliorare la quantità e la qualità professionale e contenere i costi.

Il controllo di gestione costituisce elemento elettivo per rispondere a questa sfida, in quanto consente alla dirigenza aziendale, ai vari livelli, di conoscere e monitorare consumi, strategie e risultati raggiunti in relazione agli obiettivi di politica sanitaria aziendale prestabiliti.

Il controllo di gestione può essere definito come un processo tramite il quale una organizzazione (non necessariamente sanitaria) definisce:

- a) cosa fare
- b) come operare,
- c) verifica che i risultati ottenuti siano concordi a quelli desiderati o progettati.

Non è quindi un fatto contabile né è sinonimo di contabilità dei costi. È un processo direzionale. È definibile come: Insieme coordinato ed integrato di criteri, strumenti e procedure finalizzati ad attivare un processo iterativo di *programmazione degli obiettivi* da conseguire e di verifica della rispondenza dell'andamento gestionale rispetto agli obiettivi prefissati, al fine di consentire ad una organizzazione di conseguire i propri obiettivi con la massima efficacia e con la massima efficienza possibile (contenuti economico-gestionali) coniugandoli con contenuti di carattere tecnico-professionale, che orientino e supportino la gestione in una logica di qualità totale.

Si avvale della sintesi combinata e coordinata di tre tecniche aziendali:

- un sistema previsionale di budgeting-
- un sistema di rilevazione corrente dei fenomeni aziendali, denominato contabilità analitica (o per centri di costo);
- un sistema di reporting, atto a coniugare in indicatori di sintesi i dati dei due momenti precedenti, effettuando una vera e concreta attività di valutazione.

Prima di continuare alla trattazione del management ci sembra però opportuno accennare al significato dei costi, cosa sono, come si formano e come vengono trattati all'interno di una azienda sanitaria

Il sistema dei costi e la contabilità analitica

CONCETTI DI COSTO E SPESA

COSTO : è una grandezza economica negativa che misura un impiego di risorse, rappresenta cioè una mancata opportunità e dunque un sacrificio in termini di risorse destinate da un impiego piuttosto che un altro.

SPESA : evidenzia la fase dell'acquisizione dei fattori produttivi, misurando esclusivamente l'aspetto finanziario, monetario dell'operazione e non l'aspetto economico, misurato dal costo. È pertanto la manifestazione finanziaria del costo.

Esempio: se una Farmacia Ospedaliera acquista n° 10.000 confezioni di Aspirina, dal prezzo unitario di £. 5.000, sosterrà una SPESA, per il lotto acquistato, pari a £ 50.000.000. Tale farmaco viene generalmente immagazzinato e non immediatamente distribuito e consumato dai reparti. A mano a mano che i servizi richiederanno il farmaco, la Farmacia scaricherà dal Magazzino la quantità di prodotto distribuito, imputando il valore prelevato quale Costo al servizio prelevante. Se la Chirurgia ha prelevato in un anno una quantità di 1.000 confezioni, il costo da imputare sarà di £. 5.000.000. Nell'esempio il Costo è rappresentato dall'effettivo consumo, mentre la spesa dalla quantità completamente acquistata. Ciò ai fini della CONTABILITÀ ANALITICA dei costi; mentre per il fisco e la Contabilità Generale, vige il principio: "possesso vale costo", pertanto il costo si registra già dal momento della reale consegna della merce a magazzino.

*Concetto di costo e spesa

DEFINIZIONE, NATURA, CLASSIFICAZIONE, RAPPRESENTAZIONE, ESEMPLIFICAZIONE DEI COSTI

La Contabilità Analitica trova fondamento sulla Contabilità dei Costi. Occorre pertanto innanzitutto darne una sintetica definizione ed esemplificazione.

CLASSIFICAZIONE DEI COSTI

I Costi si classificano, a seconda la natura, in :

COSTI FISSI (Cf), sono quei costi che restano costanti al variare della quantità prodotta, cioè del volume di produzione, fino al limite della capacità produttiva.

Se riportiamo in un grafico sulle ascisse (X) il Volume Operativo (quantità delle prestazioni erogate) e nelle ordinate (y) il livello di Costo, tali costi si rappresentano con una retta parallela all'asse delle ascisse. Infatti incrementando il volume della produzione tali costi non variano.

Esempio :

In un ambulatorio di Dialisi sono certamente Costi Fissi: gli stipendi di tutto il personale stabilmente impiegato nell'ambulatorio, prescindendo dalle prestazioni dialitiche erogate; l'eventuale canone leasing del rene artificiale utilizzato o la quota di ammortamento, se l'apparecchio è di proprietà, l'affitto dei locali, etc si configurano tutti come costi fissi che comunque sono presenti e si sostengono, prescindendo dai volumi erogati. Se la somma di tali costi ammonta a £ 1 miliardo, allora tale valore è il Costo Fisso Totale della Struttura Ambulatorio Dialisi che sarà sostenuto comunque prescindendo dai volumi erogati.

Dividendo il Costo Fisso Totale per la quantità si ottiene il Costo Fisso Unitario che ovviamente presenta un andamento decrescente all'aumentare dei volumi di prestazioni erogate (X):

Volumi (x)	Costi Fissi tot. (Cft)	Costi Fissi Unitari (Cfu)
0	1.000.000.000	1.000.000.000
1	1.000.000.000	1.000.000.000
1.000	1.000.000.000	1.000.000
2.000	1.000.000.000	500.000
3.000	1.000.000.000	333.333
4.000	1.000.000.000	250.000
5.000	1.000.000.000	200.000

VOLUME DELLE PRESTAZIONI

Ecco come in presenza di Costi Fissi, l'aumento del volume delle dialisi, gradualmente passato da 0 a 5000 (max capacità dell'ambulatorio) ha di fatto diminuito sensibilmente i Costi Fissi Unitari per ciascuna prestazione.

Tale concetto in gergo si definisce: **ECONOMIE DI SCALA** nella produzione con abbattimento dei costi fissi.

Di fatto i DIPARTIMENTI OSPEDALIERI, TROVANO RAGIONE DI ESISTERE SIA SULLA LOGICA DELL'ACCORPAMENTO FUNZIONALE NEL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE E TERAPIE, MA ANCHE SU QUESTA LOGICA DI ECONOMIA GESTINALE SUI COSTI.

COSTI SEMI-FISSI : SONO QUEI COSTI CHE RESTANO FISSI PER UN DETERMINATO PERIODO DI TEMPO E POI VARIANO BRUSCAMENTE VERSO L'ALTO, E CIOE' AUMENTANO, AL VERIFICARSI DI UN EVENTO.

Es.: classico esempio di costo semifisso è il costo di un impianto di preparazione dell'acqua in dialisi tarato per soddisfare le necessità di 10 posti dialisi. Se l'impianto costa £ 50.000.000 annui, l'apertura dell'undicesimo posto dialisi determina l'esigenza di reperire un ulteriore impianto, aggravando la struttura di altri £ 50.000.000 anche per un solo paziente in più'. Graficamente si rappresenta come una spezzata a gradini che sale verso l'alto.

COSTI VARIABILI : o Costi Diretti, sono quelli che variano al variare del volume della produzione. Sono quei costi che variano proporzionalmente al variare del volume della produzione. Se la produzione raddoppia anche questi costi raddoppiano; se triplica, anche questi triplicano, ettc... .

Es.: classico esempio di costo variabile linearmente e direttamente è il costo del filtro di dialisi per effettuare un trattamenti dialitico. E' evidente che aumentando la quantità dei trattamenti si consumeranno più filtri e conseguentemente aumenterà il costo in maniera direttamente proporzionale all'incremento di volume dei trattamenti erogati. Graficamente si rappresentano con una retta la cui inclinazione, e cioè l'angolo sotteso rispetto alle ascisse, rappresenta il prezzo del filtro utilizzato.

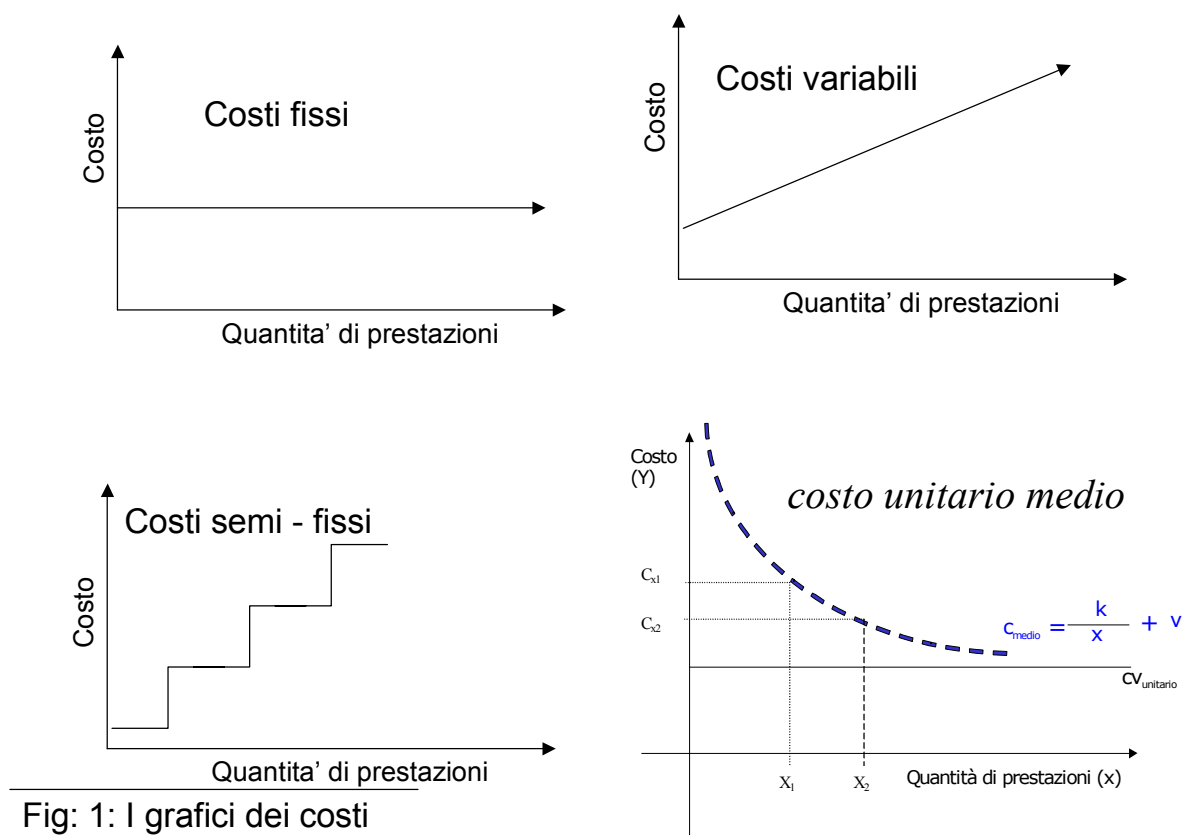


Fig: 1: I grafici dei costi

COSTI SEMI-VARIABILI (C Sv):

Sono quei costi che presentano almeno due componenti: una fissa ed una variabile. Si rappresentano graficamente con una retta inclinata, con l'inclinazione pari all'entità della componente variabile, e da una certa altezza sull'asse delle ordinate, in corrispondenza del livello dei costi fissi sostenuti.

Es.: rientrano in tali categorie le utenze, se costituite da canone fisso e traffico; le manutenzioni delle apparecchiature elettromedicali se pagate con canone fisso (per la manutenzione preventiva programmata) e con le riparazioni su chiamata (costo variabile)

COSTO TOTALE (CT) :

E' una grandezza che somma e sintetizza tutte le diverse tipologie e componenti di costo, così da quantificare il costo totale. Generalmente si calcola sommando Costi Fissi e Costi Variabili, nel caso in cui sono assenti altre tipologie di costo, altrimenti si sommano tutte le componenti così da avere il "costo pieno".

COSTI DIRETTI E COSTI INDIRETTI

Un'altra classificazione dei costi e' quella tra Costi Diretti e costi Indiretti.

Si definiscono costi diretti quelli direttamente imputabili al CdR che "consuma il bene" ad esempio i filtri per dialisi. I costi indiretti sono invece quelli imputabili ai centri di costo intermedi che forniscono prestazioni al CdR finale. Esempio: Un laboratorio effettua solo azotemie e glicemia per la nefrologia e la diabetologia. Il costo finale del laboratorio in-toto si "ribalta" sulla nefrologia e diabetologia in proporzione agli esami chiesti. Una delle conseguenze piu' importanti di questo sistema di ribaltamenti a cascata dei costi (sul laboratorio graveranno i costi della farmacia per i reagenti, sulla farmacia i costi del provveditorato e così via) e' che il costo finale della nostra

prestazione e' la somma totale di tutti i costi ma anche di tutte le inefficienze del sistema. E' per tale motivo che

- A. Dobbiamo sempre preoccuparci di ridurre le conflittualita' e gli sprechi a qualunque livello dell'azienda si verifichino in un ottica di compratore-fornitore interno
- B. Sulla nostra prestazione gravano una miriade di costi "indiretti" che sono spesso sottovalutati da chi calcola i costi in maniera molto semplicistica solo sommando i costi del proprio reparto ed ignorando cio' che viene a monte. Ricordiamoci, solo per battuta, ma non troppo, che nella nostra tariffa di dialisi e' compresa anche una parte del costo del caffe' che il Direttore Generale offre ai suoi ospiti!!!!

TECNICHE CONTABILI PER LA QUANTIFICAZIONE DEL COSTO DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI SANITARI: IL "DIRECT COSTING" ED IL "FULL COSTING".

Definito il concetto di *Costo* ed individuate le diverse tipologie e loro caratteristiche è importante conoscere le tecniche di quantificazione economica del costo. In dottrina aziendale esiste una disciplina dedicata a studiare l'economia dei costi : il "costing". Questa disciplina ha lo scopo di studiare natura, tipologia, andamento, dei costi nonché modalità tecniche di quantificazione e leve operative di contenimento, razionalizzazione, ottimizzazione.

In Azienda, ogni OUTPUT (prodotto finito, bene, servizio o prestazione che sia) è la combinazione di una serie di INPUT (in termine di risorse: manodopera, materie prime, impianti, organizzazione,..) e cioè di fattori produttivi assoggettabili a valutazione economica (valutabili cioè al costo), coordinati dal management (imprenditore, direzione, ..) per assicurare un OUTPUT di qualità caratterizzato per avere un valore economico assoluto superiore alla somma dei singoli valori relativamente a ciascun fattore impiegato nella produzione.

Un processo produttivo per definirsi "economico" deve cioè creare ricchezza (e non distruggerla) cioè dare valore aggiunto alle risorse di INPUT. Deve in Azienda verificarsi :

Valore Finale OUTPUT > Sommatoria dei singoli valori relativo a ciascun fattore impiegato.

Il Valore finale della produzione (OUTPUT), affinché il processo generi ricchezza, dovrà essere maggiore della sommatoria dei valori (Vfp) degli n-esimi fattori impiegati nel processo.

L'economia del profitto è proprio basata sulla creazione di tale "plusvalore" attribuibile al processo di trasformazione.

Ciò non sempre si verifica nella realtà.

Infatti, nelle Aziende di Erogazione di Servizi, soprattutto in quelle Pubbliche, non sempre si riesce a creare ricchezza, cioè a generare profitto, per il fatto che si applicano alle prestazioni erogate prezzi di vendita (o meglio "tariffe") politici, spesso non remunerativi i costi stessi sostenuti.

Per quantificare il costo di un output di un processo produttivo occorre conoscere:

- i fattori impiegati (elenco fattori produttivi.);
- le quantità effettivamente utilizzate ed il relativo costo;
- i soggetti che hanno partecipato al processo in maniera diretta o indiretta (piano c.d.c);
- la tecnica di "costing" che si intende utilizzare.

DIRECT-COSTING (COSTO DIRETTO O COSTO PRIMO VARIABILE):

Considera solo i costi di "diretta imputazione" alla produzione, da "ribaltare" (cioè addebitare) direttamente al Centro di Costo (CdC) che lo ha consumato.

"FULL- COSTING" (O COSTO PIENO) :

Tiene conto di tutte le componenti di costo di tutti i fattori che hanno partecipato alla produzione, cumulando i costi diretti (imputabili direttamente al servizio erogatore finale della prestazione sanitaria), della quota parte dei costi dei Servizi Generali di struttura (pulizie, riscaldamento,

energia elettrica, ristorazione, lavaggio biancheria, amministrazione, con i relativi criteri di “ribaltamento” che rispettivamente sono : i mq. da pulire del reparto in esame, i metri cubi, il numero delle utenze elettriche e delle apparecchiature e relativo assorbimento in base al consumo orario ed al tasso di utilizzazione, n° pasti erogati, kg di biancheria lavata, n° persone in organico, etc.); nonché della quota parte di costo dei Servizi Intermedi, cioè di quei servizi che pur non generando ricavi diretti da “DRG”, partecipano comunque seppur in maniera indiretta, ma determinante alla erogazione della prestazione finale (es.: Laboratorio Analisi, Radiologia, Fisica Sanitaria,... il cui costo è a loro volta quantificabile di “direct-costing” o al “full-costing”).

E' evidente che il costo di una prestazione sanitaria quantificata al “direct costing” è minore del costo di una quantificata al “full-costing”; è importante comunque da subito conoscere tale informazione in quanto ci consente da subito di misurare se la prestazione è o no remunerata dal D.R.G. relativo previsto.

Se la tariffa copre i costi di diretta imputazione allora ciò che rimane va a coprire le altre componenti di costo.

Il problema che affligge la costruzione di un Costo Pieno” e' che le assunzioni e i compromessi a cui bisogna arrivare, seppur condivisi, portano spesso a conclusioni molto opinabili.

Il sistema di Budget

Prima di tutto chiariamo che la parola budget non ha un significato esclusivamente finanziario; non significa infatti, come talvolta avviene nell'uso quotidiano, una certa quantità di denari a disposizione per fare qualche cosa (vacanze, acquisto di una macchina etc), ma significa propriamente "CHI FA CHE COSA E CON QUALI RISORSE SIA MATERIALI CHE UMANE".

Un altro punto fondamentale che anticipiamo, ma che riprenderemo, è che il budget va contrattato; non è quindi un qualcosa calato dall'alto o dal basso, ma qualcosa che si costruisce gradualmente con riunioni, discussioni, negoziazione, verifiche e cambi di percorso.

Il decreto legislativo 502/92 e successive modifiche hanno delineato la necessità di sistemi contabili e gestionali puntuali ed efficaci e più rispondenti al controllo dell'andamento della spesa e della economicità di gestione, introducendo il concetto di sistemi di programmazione e controllo . Il budget, intendendo in tal senso non solo il documento finale, ma tutta l'attività che porta alla sua determinazione (SISTEMA DI BUDGET), e' un sistema di programmazione e di controllo la cui finalità e' A) Coordinamento dei diversi settori all'interno dell'azienda; B) Motivazione, C) Riorientamento, D) Responsabilizzazione,

La “programmazione per budget”, acquista il suo significato fondamentale di valutazione e controllo della gestione, oltre che di guida per la programmazione del lavoro, in quanto favorisce il coordinamento delle decisioni sugli obiettivi e sulla conseguente destinazione delle risorse, sviluppandosi attraverso le seguenti caratteristiche :

- e' un metodo di lavoro basato su una logica di negoziazione e non verticistica, finalizzata ad impegnare e coinvolgere la generalità degli operatori in un disegno partecipato e motivato;

- riguarda il breve periodo (un anno) e consiste nella specificazione operativa dei programmi dell'organizzazione, i quali invece riguardano il medio-lungo periodo;
- definisce le condizioni per l'implementazione dei programmi; i programmi si concentrano essenzialmente sulla definizione di cio' che deve essere fatto, mentre il budget richiede anche la definizione di "come si deve fare";
- e' un processo regolare e sistematico, ovvero le sue fasi si ripetono secondo un modello predefinito, concordato e ricorrente;
- e' strettamente collegato con un sistema di responsabilizzazione sui risultati;
- la programmazione articola le attivita' in termini di programmi, mentre il budget articola le attivita' da svolgere secondo la struttura delle responsabilita' e in funzione delle unita' operative che ne curano l'attuazione;
- e' correlato al processo di controllo della gestione, per cui le informazioni sui livelli di risultato effettivamente conseguiti e sulle risorse impiegate devono essere oggetto di periodica e sistematica rilevazione e di confronto con i corrispondenti valori attesi, al fine di ricercare sulla base dell'analisi degli scostamenti, le piu' opportune azioni correttive e/o di ridefinire gli obiettivi da da perseguire nell'arco temporale residuo.

In sintesi se i programmi esprimono tipicamente gli obiettivi in termini descrittivo-qualitativi, il budget richiede che gli obiettivi siano espressi in termini operativi:

- con riferimento alle specifiche responsabilita' organizzative aziendali (chi e' che fa cosa);
- in termini sintetici e quantitativi o, comunque, verificabili;
- in modo da consentire una visione coordinata e globale della gestione e delle valutazioni economiche, ovvero delle valutazioni circa l'impatto sull'equilibrio economico-finanziario: identificazione delle risorse necessarie, sia in termini di fattori produttivi (spazi, attrezzature, risorse umane e sistema premiante) che finanziari (base per la predisposizione del bilancio economico preventivo), per il raggiungimento degli obiettivi.

La programmazione per budget non intende quindi rappresentare un mero percorso contabile e di distribuzione delle risorse, ma, prima di tutto e sopra di tutto, un modo partecipato e ragionato per stabilire obiettivi e livelli quali-quantitativi della produzione attesa all'interno di ben definite compatibilita' istituzionali e finanziarie. Rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione "a scorrimento", cioe' continuamente da aggiornare in relazione sia alla valutazione dei risultati della produzione, che all'utilizzo delle risorse.

Fase della negoziazione

La fase del budget ha la peculiarità di riferirsi ad un intervallo temporale ben definito, di solito l'anno. Abbiamo già visto l'importanza dei documenti programmatici di carattere politico-sanitario

(PSN, PSR, PAL) sui quali dovremo basarci e che sarà necessario conoscere nel momento in cui saremo chiamati a discutere di budget con la Direzione Aziendale.

Questa fase definisce il “chi fa che cosa e con quali mezzi” e lo strumento individuato per la scelta finale delle decisioni è la “negoziazione” che diviene elemento fondamentale di programmazione.

L'approccio alla negoziazione promuove un intervento che può essere:

- il primo passo lo fa chi chiede di fare (processo top-down);
- il primo passo lo fa chi si offre di fare (bottom-up).

In altre parole può nascere come una richiesta di cose da fare da parte della Direzione Generale (direttiva dall'alto al basso) oppure l'inesco è svolto dalle singole unità operative che, considerata la loro struttura e coscienti delle loro risorse, si offrono per svolgere compiti ben definiti (richiesta dal basso all'alto).

I “sacri testi” considerano quest'ultima modalità come la più corretta perché solo il singolo professionista può avere ben chiaro l'iter operativo del piano assegnatogli sulla base dei principi generali espressi dal PAL anche se la prima, specie in avvio di procedura è molto più veloce e diretto.

La fase di budget è la fase più importante di tutto il management almeno per quello che riguarda il responsabile di struttura complessa (ex primario). È la fase che senza un'adeguata preparazione potrebbe mettere a repentaglio il nostro lavoro e il nostro reparto. È necessario quindi arrivare preparati a tale appuntamento dopo aver soppesato in maniera seria e ripetuta le varie possibilità. Dedicare il pomeriggio precedente l'appuntamento alla preparazione di un “discorso” di circostanza che si esaurisce nel concetto di quanto siamo bravi a livello nazionale ed internazionale con il condimento di frasi come: “quello che decido io va bene e voi non capite niente di medicina” e la morte della attività ed anche della professionalità (quella vera)

Qualunque sia la procedura seguita (top-down o bottom-up) si arriva quindi al punto che deve iniziare la negoziazione. Questo passaggio è spesso e purtroppo completamente disatteso sia dalle Direzioni che dai primari e peggio ancora da tutti gli operatori della sanità. Infatti la negoziazione DEVE avvenire anche in seno al singolo reparto dove sia i paramedici che i medici sono chiamati (e devono esserlo) ad esprimere suggerimenti, consigli, giudizi e valutazioni sul da fare e sul come farlo. Questo non solo è un modo per assegnare le responsabilità sia di struttura che professionali ai singoli collaboratori come previsto anche dal nuovo CCNL QUADRIENNIO 1998-2001, delineando obiettivi e misuratori di risultato, ma anche per organizzare in maniera moderna e produttiva la singola struttura che al proprio interno dovrà ripercorrere, sebbene in misura limitata, la stessa procedura di budget.

Se ad esempio la Direzione Generale di una azienda ospedale, sulla base del PSR e del PAL decide che la dialisi deve essere fatta prevalentemente dalla azienda territoriale che insiste nella stessa area e su questa base ha stretto degli accordi con la ASL stessa e con l'ente Regione, non è pensabile di proporre l'incremento dei posti dialisi, ma sarebbe più saggio individuare quali

pazienti potrebbero giovare dell'alta tecnologia tipica delle aziende sanitarie e/o quali attività non dialitiche si possano sviluppare e potenziare. Sarebbe infatti un errore strategico insistere sulla dialisi (pena il vedersi ridotte le risorse a disposizione) anche se tutta la nostra professionalità dovesse essere nell'ambito della dialisi. Se un accordo di politica sanitaria si è sviluppato prima della budgettizzazione vuol dire che siamo molto in ritardo sugli eventi e che è mancata la nostra vigilanza ed attenzione PRIMA del budget. La risoluzione non è quindi nel sabotare il budget ma nell'assecondarlo, riunendo tutto il reparto in fasi successive. La procedura corretta dovrebbe coinvolgere prima il responsabile di struttura complessa che si riunisce con i responsabili delle strutture semplici e poi questi ultimi con gli altri dirigenti medici e con tutto il resto del personale.

Diverso è il fatto di assecondare richieste che facciano intravedere possibilità che in realtà non esistono. Tipica è la richiesta di trattare più pazienti o di aumentare le prestazioni con lo stesso personale. Senza entrare compiutamente nel merito sarà necessario che, per prima cosa, avvenga una negoziazione all'interno del reparto per esplorare tutte le alternative che possano soddisfare la richiesta, ma una volta stabilito che ciò non è possibile dobbiamo mantenere la posizione assunta anche in presenza di pesanti insistenze. Il fatto di averne discusso all'interno del reparto dà forza al diniego e si ricordi che la capacità di contrattazione è alla base della capacità dirigenziale sia da parte del primario che del DG. Viceversa, se alla fine della negoziazione esaudiremo la richiesta avremo perso molta della nostra credibilità cosa che si ripercuoterà negativamente in futuro in occasione di altre proposte o richieste. Ricordiamoci sempre che i professionisti siamo noi e che un diniego motivato sul piano professionale e mantenuto con onestà e consapevolezza non potrà mai avere ripercussioni negative. Nessun DG si arrogherà mai il diritto di prendere alcuna decisione contro il parere del responsabile di struttura complessa se questi sarà conosciuto come una persona di provata onestà ed autorevolezza professionale. E' chiaro che non si potrà sempre rispondere di no a tutto; se saremo aperti e comprensivi alle necessità delle direzioni generali contribuendo ad attuare, ove possibile, soluzioni anche dolorose per noi allora saremo ascoltati e considerati persone attendibili e credibili.

Un punto fondamentale è che qualunque obiettivo avremo concordato sarà anche necessario concordare sia come lo misureremo sia quale sarà la differenza che determinerà la decisione di raggiungimento o non raggiungimento del risultato. In altri termini se avremo concordato con la DG un aumento della attività dialitica dovremo decidere come ne misureremo l'entità (numero di dialisi effettuate solo in attività ambulatoriale od anche DH e in regime di ricovero, ovvero escluso il ricovero etc, o più semplicemente misurando il numero di filtri o quant'altro) e quale sarà il cut-off del raggiungimento dell'obiettivo. Un esempio di ciò è che se avremo contrattato un aumento di dialisi da 5.000 a 10.000 l'arrivare a 9.800 sarà considerato un raggiungimento o meno dell'obiettivo?

La conseguenza dell'aumento di attività, seppur concordata con la DG, ha delle pesanti ripercussioni su tutta l'attività dell'ospedale che si avvale di numerosi servizi come la lavanderia, la

cucina, i trasporti interni (nei casi di ospedali a blocchi) etc. Ne deriva che se programmiamo un aumento della attività e lo andremo a contrattare con la DG, dovremo anche contattare gli altri reparti da cui “acquistiamo” servizi per sapere se ci potranno supportare nelle nostre scelte; ad esempio dovremo chiedere se la cardiologia, il laboratorio e la radiologia potranno sostenere il carico aggiuntivo che procureremo loro aumentando il numero delle dialisi. Sarà quindi necessario che nella reportistica sia stato inserito il numero di esami strumentali che noi normalmente richiediamo per fare una previsione attendibile perchè è molto frequente sentire poi le lamentele del clinico che non può dimettere perchè quei “vagabondi” dei diagnostici non eseguono gli esami richiesti ovvero le lamentele dei diagnostici contro quegli “accaparratori insaziabili” dei clinici che vogliono solo e sempre fare di più (e non parliamo dei chirurghi).

Durante la negoziazione ci occuperemo anche di chiedere adeguate risorse umane e materiali; dovremo quindi richiedere che ci vengano forniti gli elenchi di tutte le apparecchiature che abbiamo in carico per capire quali potrebbero essere gli investimenti nuovi o le necessità di sostituzione immediata o scaglionata nel tempo, (ricordiamo che per convenzione le apparecchiature per dialisi dovrebbero essere considerate obsolete se impiegate da più di 8 anni), e un report che ci dica quanto personale stiamo impiegando etc.

Come si vede la costruzione di un budget è molto impegnativa e solo marginalmente impegna le valutazioni sui costi a meno che questi non siano il sistema di valutazione della attività. Accade spesso infatti che al reparto richiedente vengano imputati i costi delle prestazioni richieste. A nostro modo di vedere questo modo di fare è errato perchè il responsabile di struttura complessa non controlla il costo della prestazione, ma ne controlla invece, e molto da vicino, la quantità. In altri termini sapere che abbiamo speso cinque milioni in ECG e' ben diverso dal sapere che abbiamo effettuato due ECG per ogni ricoverato!

Una cosa che non dovremo mai assolutamente accettare in fase di budgettizzazione e' che la discussione del budget con il DG si esaurisca nella sola richiesta di ridurre i costi. Questo, ripeto, non e' accettabile. Il responsabile di struttura complessa non e' responsabile dei costi; e' responsabile del consumo di risorse che, a sua volta, comporta un costo. Chiariamo molto attentamente questo aspetto.

Il medico decide di fare dialisi con un filtro con membrana biocompatibile ad alto flusso. Questa decisione comporta un costo che e' determinato dalla scelta clinica e non dal costo in se' Quest'ultimo e' influenzato non solo dalla scelta clinica, ma anche da altri fattori come per esempio la gara per la acquisizione dei presidi (se una gara viene effettuata periodicamente si spuntano prezzi migliori), dal tipo e dalla modalita' di pagamento (se pagheremo a trenta giorni avremo prezzi diversi rispetto a pagamenti molto dilazionati), dalla contrattazione con la ditta fornitrice, dai volumi di consumo previsti, dalla frequenza dell'approvvigionamento, dalla fidelizzazione del fornitore-cliente (acquisto o service) etc. Al medico potrà quindi essere richiesto di adoperare il filtro con appropriatezza, di valutare attentamente le necessità cercando di ottimizzare le

previsioni, di ricercare sul mercato eventuali prodotti con rapporto prezzo/prestazioni piu' favorevole. Ma mai si potra' chiedere di ridurre i costi come tali e MAI il medico deve cadere nel trabocchetto di avventurarsi in ambito economico: correrà il rischio di essere intrappolato in cose che conosce poco e domina ancora meno. Ricordiamoci quindi che i costi sono in relazione alle scelte terapeutiche e alla attivita' sanitaria. Cerchiamo di dirigere il budget su questi binari preparando tabelle di intervento, avendo avuto cura di aver definito appropriati percorsi diagnostico assistenziali e linee guida comportamentali adeguate. Un altro aspetto che attiene ai costi e' il personale. Come abbiamo visto nella sezione dedicata alla tipologia dei costi il personale assorbe una gran fetta delle risorse disponibili. In ambito sanitario questa spesa puo' arrivare al 60-68% di tutta la spesa globale. Il costo del personale viene considerato un costo fisso e quindi, come tale, difficilmente riconducibile ad un controllo del responsabile. Inoltre quanto piu' e' numeroso il personale a noi affidato tanto piu' il costo sara' elevato per "unita' di prodotto". Questo si verifica perche' il personale ha diritto alle ferie, al godimento della malattia e a congedi, tutte cose che vengono amplificate dal numero (schematicamente parlando, su 24 infermieri posso pensare che 3 sono sempre assenti e quindi in realta' non dispongo di tutte le 24 unita' ma solo di 21). Anche in questo caso il costo non dovrebbe entrare nella reportistica ne' nel budget. Cosa diversa sono i carichi di lavoro, l'utilizzo, la rotazione, la interscambialita' tra sezioni (degenza, acuti, dialisi, trapianto) e quant'altro permetta di ottenere economie di scala.

A questo proposito si sente spesso ripetere che un giorno di degenza costa molto e che e' meglio non tenere ricoverati i pazienti un giorno in piu' per non aggravare i costi. Questo e' ovviamente vero ma ricordiamoci che un posto letto "costa" anche se vuoto; la differenza sara' solo nei farmaci e nel vitto che somministreremo al paziente. Cio' che costa e' il mantenere attivo un posto letto, infatti se potessimo ridurre di un solo posto letto per ognii reparto il risparmio sara' minimo, ma se potessimo chiudere una sezione intera accorpendo i pazienti allora il risparmio sara' vero e sostanziale. L'esempio riportato serve solo a far comprendere che un approccio semplicistico spesso dettato da luoghi comuni o peggio da interessi malcelati non risolve davvero i problemi veri. Il problema dei costi, seppur importante, non deve spaventarci ne' indurci a prendere decisioni contro l'interesse dei malati. Dobbiamo basare le nostre scelte sull'appropriatezza, sui numeri, sulla letteratura scientifica e quindi sulla nostra professionalita' ben consci che notevoli risparmi sono possibili e consapevoli di poter trovare noi, e non il "ragioniere" di turno, dove sono le sacche di spreco, di consumi incongrui, di prestazioni ridondanti. Che tuttavia devono essere trovate per ridurre i costi in modo da poter continuare ad offrire a tutti l'accesso ad una sanita' equa e di qualita'. Le sfide che ci aspettano nei prossimi anni in cui si affacciano i problemi del federalismo fiscale, della limitatezza delle risorse, dello sviluppo di nuove e molto piu' efficaci conoscenze e tecnologie, fatalmente con costi superiori, devono indurci a prendere coscienza del problema in modo da gestirlo da un punto di vista sanitario e non solo "contabile". L'errore tragico di abdicare a

questa funzione di controllo, supervisione e sorveglianza ci porterebbe presto a dover rinunciare alla nostra professionalità ed indipendenza senza alcun beneficio per i nostri pazienti.

La descrizione precedente permette di cogliere anche un aspetto molto importante della procedura di budget e cioè che quest'ultima consente di procedere alla progressiva attribuzione di responsabilità di risultato all'interno della struttura, stabilendo per le singole unità organizzative obiettivi congruenti ed esplicitare un modello integrativo comune al quale ricondurre i processi di gestione delegati all'interno dell'Azienda.

Da un certo punto di vista, il sistema di budget rappresenta, quindi, una particolare modalità di assunzione delle decisioni tesa al raggiungimento di una maggiore razionalità di tutto il processo della sanità all'interno della singola azienda sanitaria.

Il riaffermarsi della cultura come governo dei processi attraverso i quali il paziente deve passare e la coscienza che i vari processi non interessano mai solo un'unica struttura complessa è alla base del processo di budgettizzazione che vede quindi esplicitare compiti, responsabilità e risultati attesi.

Reportistica

La reportistica è una componente fondamentale di tutto il processo di budget al pari delle altre fasi anche se purtroppo è spesso considerata di minore importanza. Il classico esempio della importanza della reportistica è il cruscotto dell'automobile. Si potrebbe raggiungere Milano da Roma anche senza le informazioni che ci forniscono i vari indicatori posti sul cruscotto dell'auto, ma nessuno potrà negare che avere a disposizione l'indicatore del carburante, della velocità, dei giri del motore, della temperatura dell'acqua, l'orologio, e quant'altro possa essere segnalato rende più sicuro ed agevole il viaggio. Così deve essere per la reportistica.

Se il budget è la procedura che indica CHI deve fare CHE COSA e con quali RISORSE, la reportistica ci dice non solo se abbiamo raggiunto l'obiettivo, ma cosa ancora più importante, dove siamo rispetto agli obiettivi prefissati e quali e quante risorse stiamo usando.

Da ciò si deduce che il report deve avere alcune caratteristiche fondamentali in mancanza delle quali tutta la procedura rischia di naufragare:

1. deve misurare quello che abbiamo deciso essere l'obiettivo (se l'obiettivo è il consumo di carburante è inutile che il cruscotto dell'auto ci indichi la temperatura esterna o le previsioni atmosferiche: è necessario l'indicatore del livello del carburante)
2. deve essere tempestivo nella informazione (se l'indicatore del livello del carburante ci segnala solo la riserva o addirittura si accende solo quando siamo a secco non serve a niente)
3. deve essere periodico con frequenze stabilite e non cambiare nel tempo in modo che ci si possa abituare alle informazioni contenute e trarne l'adeguato supporto)

4.deve essere preciso quando l'informazione lo richiede (l'orologio non deve avere ritardi od anticipi di ore), ma deve essere tempestivo quando la tempestività é più importante della precisione (non mi interessa quanto ml. di olio ho consumato, ma mi interessa sapere che ho cosi' poco olio da non permettere la marcia).

Tutti questi aspetti sono spesso sottovalutati tranne poi a rimpiangere di non aver pensato in tempo ad indicatori e misuratori; ricordiamo solo per dovere di precisione, che la valutazione dei dirigenti sarà basata su questi aspetti e che la dizione "raggiungimento degli obiettivi" é una frase molto generica che nasconde molte insidie e percorsi perigliosi. Quando un responsabile di struttura complessa firma il contratto che comporta il raggiungimento degli obiettivi deve pretendere che il tutto sia inserito in una procedura di budget e che comunque alcune informazioni gli siano fornite tempestivamente e regolarmente.

Budget in nefrologia

Attualmente la nefrologia ha sviluppato sempre piu' competenze diverse. Alla classica presenza di un reparto con un ambulatorio nefrologico e dialitico si e' aggiunta dapprima la degenza nefrologica, poi la degenza nefrologica con cura intensiva, poi la suddivisioni di vari ambulatori (nefropatie, progressione della insufficienza renale cronica , litiasi, ipertensione, ecografia etc).

Tutti questi aspetti rispondono a delle necessita' cliniche, ma spesso sono mal capite dalle direzioni generali e contrarie alle missioni aziendali.

Abbiamo gia fatto l'esempio della riduzione della dialisi per accordi interaziendali, ma anche la degenza e gli ambulatori devono essere soggetto di budget. E' ovvio che se ogni unita' richiedera' sempre di piu' in termini di risorse umane e materiali si andra' verso il collasso del sistema. La prima azione di un responsabile di struttura complessa e' quella di stabilire delle prioritá sulla base

dei documenti di politica sanitaria e sulla base delle sue competenze. Fare tutto a tutti e' oramai uno slogan desueto e nasconde spesso l'incapacita' a prendere decisioni, individuare prioritá, stabilire programmi di lavoro corretti e razionali.

Dovremo quindi valutare dapprima le professionalita' in gioco; sulla base di queste stabilire le nostre competenze, il nostro bacino di azione e i volumi di attivita'. Non sara' pensabile con tre medici aprire tre ambulatori, la dialisi e

- **Deming:** Adottare ed istituzionalizzare una direzione orientata ad aiutare la gente a far meglio il proprio lavoro. La responsabilita' dei dirigenti e dei capi deve cambiare, passando da freddi numeri alla qualita'. Il miglioramento della qualita' comporta automaticamente un miglioramento della produttivita'. La direzione deve garantire che ci sia un'azione immediata quando viene a conoscenza di difetti cronici, della necessita' di manutenzione, di attrezzature scadenti o deteriorate, di procedure operative incoerenti e di ogni altra condizione che riduca la qualita'.
- **CROSBY :** LA QUALITA' COMINCIA CON LE PERSONE
- **Il sistema qualita' ISO 9000 in sanita' G.Baraghini - M. Capelli:** Insegna a fare le cose bene, definisci i ruoli e i compiti, fornisci gli strumenti giusti e vedrai che l'operatore sanitario fara' le cose bene senza bisogno di imposizioni. Se non impara a fare le cose bene non dare sempre la colpa a << lui che Non ha interesse, non ha voglia, non ha motivazioni...>>
Forse non sei stato capace di insegnarglielo o di responsabilizzarlo, oppure l'esempio del capo non e' appropriato
- **ISO F/DIS 9000:2000 leadership:** I Responsabili devono stabilire l'unita' di intenti e di indirizzi dell'organizzazione. Spetta a loro creare (e mantenere) l'ambiente interno adatto al coinvolgimento di tutto il personale nel perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione
- **Coinvolgimento del personale:** Il personale, a tutti i livelli, costituisce l'essenza di una organizzazione ed il loro coinvolgimento permette di mettere le loro abilita' al servizio dell'organizzazione.

Tab II: La organizzazione , la qualita' e la gestione della conoscenza

magari avere anche 5,6 letti di degenza pena pentirsene dopo e richiedere DOPO la sistemazione di quanto PRIMA abbiamo insistito che fosse accettato. Dobbiamo guardarci intorno, stabilire delle collaborazioni e sinergie con reparti vicini e con colleghi disponibili ad attivare collaborazioni proficue. Se per esempio abbiamo una buona cardiologia non potremo proporre di aprire un ambulatorio di ipertensione quando abbiamo una lista di attesa di settimane nell'ambulatorio di nefrologia! E questo qualunque sia il nostro grado di professionalita' sulla ipertensione a meno che i cardiologi non rinuncino volontariamente a questa attivita' magari per dedicarsi al trattamento dello scompenso. In questo caso sara' la Direzione Generale a stabilire la prioritita' tra trattamento dello scompenso, della ipertensione o delle nefropatie. (budget aziendale). Cosi' anche per le apparecchiature non sara' pensabile di avere un ecografo per fare ambulatorio 4 ore settimanali; molto piu' proficuo sara' negoziare, garante la Direzione Medica, l'accesso ad un ecografo per lo stesso numero di ore. Anche la dialisi potrebbe essere razionalizzata. Se e' vero che il personale e' gran parte della spesa dovremo cercare di razionalizzarlo al massimo adeguando casomai la struttura muraria alle necessita' e non il personale alla struttura muraria. In altri termini se ho cinque stanze da 2 letti che mi impegnano 10 infermieri contrattero' con la DG il riammodernamento logistico per avere un "camerone" da 10 letti che mi impegnera' solo 3 infermieri. Pochissime altre manovre permetteranno di ottenere un simile tipo di risparmio!

Altro problema di enorme importanza e' la gestione delle risorse umane. Questo aspetto e' diventato l'aspetto principe di tutte le attivita di management aziendale. Assodato che non e' possibile licenziare ed e' molto difficile allontanare, sara' necessario che molto del tempo del manager- responsabile struttura complessa sia dedicato al buon uso e alla motivazione della sua forza lavoro. Ricordero' che le ISO/FDIS 9001:2000 recitano al paragrafo 6 dedicato alle risorse umane che la struttura organizzativa e' l'articolazione ordinata di responsabilita', autorita' e relazione tra persone e che i responsabili devono stabilire l'unita' di intenti e di indirizzi dell'organizzazione. Spetta a loro creare (e mantenere) l'ambiente interno adatto al coinvolgimento di tutto il personale nel perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione. E' molto efficace ricordare quello che un vecchio allenatore di baseball americano soleva dire: "E' molto facile far giocare bene una squadra di campioni, il bello e' far giocare bene una squadra di brocchi!!"

Gli esempi da fare sarebbero moltissimi ma penso che ognuno di noi, in tutta onesta' sappia dove e' possibile risparmiare. Quello che vorrei fosse l'ultimo messaggio e' che la nefrologia e' una branca che si dedica alla promozione di salute di un ristretto gruppo di pazienti. In Italia il costo della dialisi sul totale della spesa sanitaria e' di circa 1.5% secondo solo al Belgio (1.8%) e alla Germania (1.6%). De deriva quindi una grossa disproporzione tra pazienti e risorse in quanto lo 0.07% della popolazione consuma 1.7% delle risorse!!! Cio' si rispecchia anche all'interno delle singole aziende sanitarie. In una azienda sanitaria Italiana di media entita' con una spesa totale di circa 320 miliardi ben 22 di essi (circa il 7%) sono assorbiti dalla dialisi. Quest'ultimo costo e' solamente lievemente inferiore al costo di tutto il dipartimento di chirurgia con 5 cliniche e piu' di

6.000 ricoveri!! Questo deve farci riflettere non tanto per lesinare risorse ai nostri pazienti ma per fare in modo di utilizzare le risorse a noi affidate nel modo piu' oculato, corretto ed appropriato possibile. Poiche' siamo in un sistema a risorse finite o limitate solo cosi' potra' essere sostenibile e credibile la scelta da parte della Alta Direzione, di concedere magari un emogasanalizzatore alla nefrologia e non un bisturi elettrico alla chirurgia o una sonda per ecografo o l'ammodernamento di una TAC alla radiologia o quant'altro richiesto da altre Strutture Complesse.

Vorrei concludere questo excursus con la considerazione che e' indubbio che al di la delle accezioni astratte la qualita' della sanita' e della medicina si risolve, alla fine di tutto il processo, nella qualita' del singolo atto medico e quindi la perizia e le decisioni circa i mezzi da utilizzare sono fortemente condizionati dalla conoscenza scientifica e dalle capacita' tecniche dell' operatore che si trova a prendere decisioni riguardo il singolo paziente. Ed e' quindi ovvio che il successo di qualunque tipo di organizzazione che abbia in mente l'obiettivo di assicurare il trattamento e il miglioramento dei problemi di salute di una popolazione dipende sia da un coordinamento adeguato che aumenti le probabilita' che risorse assistenziali di qualita' appropriata si trovino nella quantita' necessaria e al momento giusto dove se ne ravveda la necessita', sia dalla capacita' di perseguire un miglioramento continuo degli operatori sanitari, ed in particolare i medici, dalla cui capacita' dipende in ultima analisi il corretto ed efficace utilizzo delle risorse messe a disposizione.

Bibliografia

1. Anselmi L. e Volpato O.: L' azienda salute ed Giuffrè , Milano 1990
2. Bashshur RL Telemedicine effects: cost, quality, and access.J Med Syst 1995 Apr;19(2):81-91
3. Borgonovi E. et al: Contabilità Direzionale, l' esperienza della regione Emilia Romagna McGraw Hill 1998, Milano
4. Borgonovi E. et al: La programmazione ed il controllo di gestione nelle strutture sanitarie. McGraw Hill1996, Milano
5. Borgonovi E.: Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale. Il controllo economico nelle aziende sanitarie EGEEA 1990
6. Brita-Rossi P, Adduci D, Kaufman J, Lipson SJ, Totte C, Wasserman K Improving the process of care: the cost-quality value of interdisciplinary collaboration.J Nurs Care Qual 1996 Jan;10(2):10-16
7. Brusati L, Casati G.: Il sistema di reporting, il controllo budgettario e la valutazione da: Budget e sistemi di programmazione e controllo in sanita' Modulo Bocconi 1998 PA1506
8. Brusatti L: Il sistema di reporting nelle aziende sanitarie da: Budget e sistemi di programmazione e controllo in sanita' Modulo Bocconi 1998 PA1513
9. Buccoliero L.: I sistemi informativi delle aziende sanitarie: fabbisogni e percorsi evolutivi verso l'adozione degli ERP. Mecosan 28, 1998
10. Burton BA, Williams S ESRD delivery models. Balancing quality and cost: views from the provider, insurer, and the outpatient setting. Nephrol News Issues 1995 Jun;9(6):28
11. Casati G. Vallotti G. Il collegamento tra sistema di budget e sistema di incentivazione nelle aziende ospedaliere: una possibile metodologia Mecosan 17, 1996
12. Casati G. Zavattaro F Il sistema di contabilità Direzionale da Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie CERGAS 1996

- 13.Casati G.: Il percorso del paziente Cergas 1999
- 14.Casati G.: Il sistema di budget Indagine sul processo di aziendalizzazione nel SSN RSS vol II,1998
- 15.Casati G.: Manuale di contabilita' direzionale nelle aziende sanitarie CERGAS 1996
- 16.Castelli P. al al: La costruzione del sistema informativo aziendale Mecosan 28, 1998
- 17.Cravera A, Maglione M, Ruggeri R: La valutazione del capitale intellettuale Ed Sole24ore 2001
- 18.Del Vecchio M: Strategia e Pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: Una introduzione. Mecosan 14, 1995
- 19.Del Vecchio M.: Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche Mecosan 17, 1997
- 20.Dirindin Nerina, P. Venes: Elementi di economia sanitaria Il Mulino 1999
- 21.Dirindin Nerina: Chi paga per la salute degli italiani? Il Mulino 1996
- 22.Gainnino M.M.: Il budget del medico ospedaliero Ed Medico Scientifiche 1998
- 23.Horton Richard - The realpolitik of a new National Health Service for the UK Lancet 1998 Vol 351 – Commentary
- 24.Indicatori per il controllo dell'efficienza e dell'economicita' della spesa nel SSN. Sperimentazione indicatori ospedalieri. Mediobanca 1993.
- 25.Lega F. Activity based costing & Management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attivita' dei processi produttivi in Sanita' Mecosan 22, 1997
- 26.Luce PJ High-quality care or cost-effectiveness? Br J Clin Pract 1995 Jan;49(1):5
- 27.Marchese E : La definizione del costo di prodotto nelle aziende sanitarie Budget e sistemi di programmazione e controllo in sanita' Modulo Bocconi 1998 PA1744
- 28.Mason RO, Swanson EB: Gli indici di valutazione per le decisioni aziendali da Problemi di gestione anno XL n° 10
- 29.Martin I Meltzer: Introduction to health economics for physicians. Lancet 2001; 358: 993-98
- 30.Motta M, Zavattaro F.: Lo sviluppo di un sistema informativo per la direzione in una azienda sanitaria. Mecosan 18,1996
- 31.Myhrvold Nathan: The digital economy promise New York McGraw-Hill 1996,p 60
- 32.Neumann PJ, Stone PW, Chapman RH, et al. The quality of reporting in published cost-utility analyses, 1976-1997. Ann Intern Med : 2000; 132: 964-72
- 33.Newman R: Commentary: balancing quality and cost in the health care market. Am J Med Qual 1995;10(3):155-156
- 34.Primicerio B., M.Tronci: Total quality management in sanita' Ed Luigi Pozzo 1998
- 35.Rappini V, Il processo decisionale e gli organi coinvolti nel sistema di budget "Manuale operativo del sistema di budget nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia" 1998
- 36.Rappini V., Zavattaro F.; Gli schemi informativo-contabili per la formulazione del budget. "Manuale operativo del sistema di budget nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia" 1998
- 37.Rappini V.. Lo schema di presentazione della proposta di budget "Manuale operativo del sistema di budget nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia" 1998
- 38.Rappini V.: L'articolazione tecnico contabile del budget di esercizio. Manuale operativo del sistema di budget nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia 1998
- 39.Rappini V.: Scheda di budget per la formulazione delle proposte di budget da parte del CdR Manuale operativo del sistema di budget nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia 1998
- 40.Scheggi M.: Il controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie. Cidas, Roma 1997
- 41.Stewart T.A.: Il capitale intellettuale Ponte Alle Grazie 1999

42. Vendramini E.: Il budget per i MMG e l'applicazione delle linee guida: una proposta operativa da Budget e sistemi di programmazione e controllo in sanità Modulo Bocconi 1998 PA2128
43. Wagner EH The cost-quality relationship. Do we always get what we pay for? JAMA 1994 Dec 28;272(24):1951-1952
44. Who owns the knowledge economy? Editorial The Economist April 8-2000
45. Wilson JD, Cambell JB: Rapporti di gestione per la direzione d'Impresa. Controllership Wilery & Son 1981
46. Zanetti M. et al: Il medico e il management. Accademia Nazionale di Medicina. Genova 1996
47. Zavattaro F.: Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario Mecosan n5,1995
48. Zoccali Carmine: The cost of knowledge in Nephrology and the importance of clinical databases. J Nephrol 2000; 13:43-45