Poste Italiane SpA - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Roma - Vol. XLV

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

4/2021

www.frgeditore.it

FRG editore

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E DI INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

Mario Greco
Fondatore

Nicola Nante
Direttore responsabile

Direzione Scientifica

AREA LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Mastrobuono Prof. Isabella — *Docente di Organizzazione Sanitaria, LUISS Business School di Roma*

AREA SANITÀ PUBBLICA

Nante Prof. Nicola — *Ordinario di Igiene, Resp. del Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Serv. San., Univ. degli Studi di Siena*

Comitato Scientifico

Agnello Avv. Maria Carmen
Funzionario Amministrativo, Acquisti e Servizi Sanitari, A.R.N.A.S. Garibaldi, Catania

Alvaro Prof. Rosaria
Associata di Infermieristica generale clinica e pediatrica, Università "Tor Vergata", Roma

Braga Prof. Mario
AGENAS Coordinatore Programma Nazionale Esiti e sistemi di valutazione delle performance assistenziali

Bucci Dr. Raffaela
Consulente AGENAS per il supporto tecnico alle Regioni

Cicchetti Prof. Americo
Ordinario di Organizzazione aziendale, Facoltà di Economia, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Damiani Prof. Gianfranco
Associato in Igiene Generale e Applicata, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Dandi Dr. Roberto
Ricercatore di Economia e Gestione delle Imprese presso il Dipartimento di Impresa e Management della LUISS Guido Carli, Roma

Galletti Prof. Caterina
Docente laurea mag.le in scienze infermieristico-ostetriche, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Mascia Dr. Daniele
Associato in Economia e gestione delle aziende sanitarie, Univ. di Bologna

Mastrilli Dr. Fabrizio
Direttore IEO Istituto Europeo di Oncologia

Messina Prof. Gabriele
Ricercatore MED 42, Univ. degli Studi di Siena

Moirano Dr. Fulvio
Direttore AGENAS

Nonis Dr. Marino
Dirigente Medico c/o Direzione Strategica, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma

Ricciardi Prof. Gualtiero Walter
Ordinario di Igiene, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Ruggeri Dr. Matteo
Economista, Unità di Valutazione delle Tecnologie, Policlinico "A. Gemelli", Roma

Testa Dr. Roberto
Direttore Generale ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E DI INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

Health Organization

QUARTERLY STUDIES AND INFORMATION ON HEALTH SYSTEMS

Anno XLV - N. 4 Ottobre-Dicembre 2021

SOMMARIO / *SUMMARY*

Trasformazione della struttura distrettuale di Egna in Centro di assistenza sanitaria e sociale (Distretto Bassa Atesina) 3

I. MASTROBUONO, A. CAPICI, M. SILLER

Transformation of the district structure of Egna into a health and social assistance center (District Bassa Atesina)

L'esternalizzazione nei servizi e nella logistica in sanità, idea di tagliando periodico tra i protagonisti dell'outsourcing 23

G. BORROMEO, W. CAPRISTO

Outsourcing in healthcare services and logistics, idea of periodic cutting among the protagonists of outsourcing

Il Controllo di Gestione nelle ASL e il modello posto in essere presso l'ISMETT 27

F.M. PAGANO

The Management Control in the ASL and the ISMETT model

Organizzazione ospedaliera in emergenza: la risposta dell'Ospedale di Jesi alla pandemia COVID 45

S. BACELLI, M. CIANFORLINI, R. POLITANO

Hospital organization in emergency: the response of the Hospital of Jesi to the COVID pandemic

Trasformazione della struttura distrettuale di Egna in Centro di assistenza sanitaria e sociale (Distretto Bassa Atesina)

ISABELLA MASTROBUONO
Commissario straordinario A.O. Annunziata di Cosenza

ALESSANDRA CAPICI
Vice primario del Servizio Medicina di Base, Comprensorio Sanitario Bolzano

MARIANNE SILLER
Direttrice tecnico-assistenziale Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Riassunto: Il crescente aumento delle patologie croniche ha fatto sì che venissero intrapresi, sia a livello nazionale che a livello locale, interventi atti a rafforzare l'assistenza territoriale, al fine di potenziare la continuità assistenziale garantendo una maggiore qualità nell'assistenza dei pazienti cronici, secondo appropriatezza. Da qui la necessità di identificare strutture di prossimità, ossia "centri d'assistenza sanitaria e sociale" ove integrare interventi sia di tipo sanitario che sociale, attraverso un modello di presa in carico dei pazienti cronici, tramite un approccio multidisciplinare, attraverso percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA), monitorabili grazie al supporto di soluzioni informatizzate. Il centro di assistenza sanitaria e sociale gioca un ruolo fondamentale, dal momento che ospita al suo interno quelle attività che nel tempo potranno portare ad una riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso ospedaliero.

Parole chiave: distretto, pazienti cronici, centro di assistenza, PDTA, AFT, SUAC, PAI, PNRR

Abstract: *The growing number of chronic diseases has led to the implementation, both at national and local level, of interventions aimed at strengthening territorial care, in order to enhance continuity of care and guarantee a higher quality of care for chronic patients, according to appropriateness. Hence the need to identify proximity structures, i.e., "health and social care centers" where to integrate both health and social interventions, through a model of taking care of chronic patients, through a multidisciplinary approach, through diagnostic and therapeutic care paths (PDTA), monitorable thanks to the support of computerized solutions. The health and social care center play a key role, since it hosts within it those activities that over time will lead to a reduction in inappropriate access to hospital emergency rooms.*

Key words: *district, chronic patients, center of care, PDTA, AFT, SUAC, PAI, PNRR*

Introduzione

Il progressivo invecchiamento della popolazione, legata al cambiamento sociodemografico ed epidemiologico, ha determinato un aumento della percentuale di popolazione affetta da patologie croniche e di multimorbidità. In conseguenza di ciò nasce la necessità di implementare il fabbisogno assistenziale attraverso la promozione, progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. In Provincia Autonoma di Bolzano, entro il 2035 saranno cir-

ca 191.000 persone affette da patologie croniche su una popolazione totale di circa 535.000 abitanti (valore tendenziale), partendo dagli attuali 151.000. Il numero di soggetti non autosufficienti è oggi vicino al 4% della popolazione e cioè circa 21.000 persone.

La popolazione residente nella P.A. di Bolzano nel 2019 era pari a 534.624 unità, per una densità di 72,2 abitanti per km², e distribuiti su 116 comuni. In P.A. di Bolzano è operativa un'azienda sanitaria (Azienda Sanitaria dell'Alto Adige), organizzata in 4 comprensori sanitari e 7 ospedali.

Poco meno di metà della popolazione risiede nel comprensorio sanitario di Bolzano (44,4%) circa un quarto in quello di Merano (26,0%), circa un sesto rispettivamente nei comprensori di Bressanone (14,6%) e Brunico (15,0%). Poco meno di un terzo della popolazione si trova nei due distretti sanitari di Bolzano città (20,4%) e Merano (10,8%).

Il 55,0% del territorio provinciale presenta un basso grado di urbanizzazione, il 21,1% è mediamente urbanizzato ed il 23,9% ha invece un alto grado di urbanizzazione (censimento 2011).

Negli ultimi anni la Provincia Autonoma di Bolzano ha avviato una serie di iniziative in materia di politica sociale e sanitaria, con cui sono stati conseguiti importanti obiettivi, che rappresentano dei veri e propri punti di forza del sistema, ossia:

- una fitta rete di strutture per anziani (77 per un totale di oltre 5.000 posti letto);
- gruppi professionali, in ambito sociale e sanitario, molto attivi sul territorio;
- un'assistenza ospedaliera che garantisce buoni risultati assistenziali.

Molte patologie croniche non acute e le prestazioni per le persone non autosufficienti sono garantite prevalentemente sul territorio, ovvero al di fuori del setting ospedaliero: il tema è molto sentito sia a livello europeo che nazionale, tant'è che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha previsto una rafforzamento del territorio con il potenziamento dell'assistenza primaria, da raggiungere anche con l'implementazione di strutture di prossimità (Case della comunità), il maggiore sviluppo dell'assistenza domiciliare e la istituzione di Centrali operative territoriali (COT) per il coordinamento delle diverse attività.

Le criticità che si intendono superare con tali iniziative sono l'insufficiente sviluppo dei servizi territoriali, sanitari e sociali, conseguenza di uno scarso coinvolgimento di diversi professionisti, quali medici di medicina generale e infermieri e di altre figure professionali, che sarebbero indispensabili per la gestione extra-ospedaliera dei pazienti, in particolar modo dei pazienti affetti da patologie croniche e/o non autosufficienti.

L'elevata concentrazione, inoltre, delle attività specialistiche ambulatoriali in ambito ospedaliero, rafforza l'idea che solo l'ospedale possa fornire le risposte appropriate, ciò è anche causa delle lunghe liste di attesa che si registrano in alcune aree. L'integrazione tra l'ospedale ed i servizi territoriali fatica ad affermarsi, determinando non poche difficoltà durante la dimissione dei pazienti dai reparti e la loro successiva presa in carico, sia in ambito sanitario che sociale.

Con l'adozione del *Master Plan Chronic Care* del 4 dicembre 2018 (DGP n. 1281/2018), la Provincia autonoma di Bolzano si è prefissa l'obiettivo di migliorare l'assistenza territoriale, affidata ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, agli infermieri e a tutte quelle figure professionali che operano sul territorio, comprese quelle in ambito sociale, ed agli specialisti medici soprattutto ospedalieri, puntando su un modello locale di assistenza per soddisfare i bisogni dei pazienti, ed in particolare di quelli cronici.

Il modello, incentrato sulla istituzione e funzionamento delle Aggregazioni funzionali territoriali (27 AFT già tutte istituite) dei medici di medicina generale, del personale infermieristico territoriale e del sociale ha già raggiunto importanti obiettivi, ossia:

- adozione di percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali (PDTA), ed in particolare quello del diabete che ha permesso la presa in carico di oltre 14.000 pazienti affetti da tale patologia, che saranno inseriti in flussi informativi specifici (1).
- avvio sperimentale di sportelli di assistenza e cura condivisi tra le diverse professionalità sanitarie e sociali per la rilevazione del bisogno;
- creazione di posti letto di cure intermedie territoriali;
- avvio del flusso per la rilevazione delle prestazioni di assistenza domiciliare.

Per promuovere queste iniziative il piano sanitario provinciale 2016-2020 "Salute 2020. Sicurezza. Assistenza. Qualità", approvato con DGP n. 1331 del 29 novembre 2016, ha previsto la creazione di "centri d'assistenza sanitaria e sociale" dove devono operare équipe interdisciplinari che comprendono medici di medicina generale e/o pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri (anche pediatrici) e altri operatori qualificati per l'assistenza personale, domiciliare, ostetrica, riabilitativa, nutrizionale, sociale, socio-pedagogica e psicologica, oltre al personale amministrativo.

A seconda delle esigenze locali, tali centri possono rimanere aperti per 8, 12 o 24 ore al giorno. La composizione concreta delle équipe, la dotazione tecnica, le prestazioni erogate e gli orari di apertura dei centri d'assistenza sanitaria e sociale vanno definiti in base alle caratteristiche del territorio servito (numero di abitanti, dati epidemiologici, categorie di rischio e relativi flussi di pazienti). In generale, questi centri si possono distinguere, in base alla loro dimensione ed in funzione del loro bacino di utenza in:

- piccolo (per circa 5.000-10.000 abitanti);
- medio (per circa 20.000-25.000 abitanti);
- grande (per circa 40.000-45.000 abitanti).

Il successivo documento provinciale di riorganizzazione dell'assistenza primaria elaborato nel 2019 a seguito del *Master Plan* approvato nel dicembre 2018, nel quale erano previsti 11 Centri di assistenza sanitaria e sociale e 5 Centrali operative territoriali, ha anticipato quanto previsto nel PNRR, che appunto prevede 11 Case della comunità (oggi portate a 10) e 5 COT per la Provincia autonoma di Bolzano (sulle 1.288 case della comunità a livello nazionale, per un costo complessivo stimato in 2 miliardi di euro, pari a circa 1,6 mln di euro per ciascuna casa della comunità).

Già dal 2019 quindi, la Provincia aveva avviato una serie di iniziative concrete di trasformazione di strutture territoriali esistenti in centri di assistenza sanitaria e sociale (future case della comunità) prevedendo, oltre alla costruzione di nuovi e più moderni centri, modelli organizzativi di riferimento che rispettano molti dei requisiti previsti nel recente documento dell'AGENAS "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

Il modello organizzativo dei Centri di assistenza sanitaria e sociale

I centri di assistenza sanitaria e sociale sono strutture polivalenti e funzionali che ospitano, in uno stesso spazio fisico, funzioni dell'assistenza primaria, garantendo la continuità assistenziale e le attività di prevenzione attraverso il lavoro in gruppi multiprofessionali e multidisciplinari del personale dedicato. In particolare, esse rappresentano la sede dove i pazienti affetti da patologie croniche vengono presi in carico in una logica di medicina di iniziativa, in collegamento con altre articolazioni territoriali per garantire il più alto grado di integrazione sociosanitaria, oltre al necessario collegamento con l'ospedale.

Esse debbono garantire il rispetto delle seguenti caratteristiche chiave:

- l'accessibilità ai servizi, ossia la facilità con cui si può fruire di assistenza sanitaria e la possibilità della persona di ricevere assistenza nel momento e nel luogo in cui è necessaria;
- la continuità, per la quale i vari interventi devono essere commisurati ai bisogni di salute delle persone e dei loro familiari ed essere attuati per un tempo sufficientemente lungo e per trattamenti ripetuti;
- il coordinamento e l'organizzazione dei servizi attraverso la costituzione di team multiprofessionali e multidisciplinari orientati alla sanità di iniziativa, alle buone pratiche *evidence-based*, alla valutazione dei risultati;
- la completa copertura dei bisogni dei pazienti in termini di trattamenti terapeutici, riabilitazione, supporto, promozione della salute e prevenzione delle malattie, soprattutto applicando PDTA, monitorati attraverso indicatori di processo e di esito, per i principali target di pazienti cronici. Questi ultimi, per poter costruire PDTA efficaci, efficienti e realmente rispondenti ai fabbisogni assistenziali, devono essere sottoposti ad un processo di "stadiazione" per complessità (stadio di avanzamento nella storia naturale di malattia e carico assistenziale) ed inseriti in PDTA differenziati per intensità di cura.
- l'obbligatorietà di presa in carico per i pazienti affetti da patologie croniche, in particolare dei soggetti più fragili e appartenenti ai target più complessi, individuati sulla base di una stadiazione che tenga in considerazione non

solo il livello evolutivo della patologia, ma anche la complessità assistenziale e l'eventuale presenza di fabbisogni sociali che possono incidere negativamente nella gestione e nell'evoluzione della patologia.

In una prima fase, sono state individuate due strutture pilota sulle quali avviare le prime iniziative: la struttura di Loew Cadonna a Bolzano nel distretto Gries-San Quirino e quella di Egna nel distretto Bassa Atesina. Di seguito si descrive il progetto della struttura di Egna nel distretto socio-sanitario Bassa Atesina (fig. 1).

Analisi epidemiologica del distretto della Bassa Atesina e costi generali

I residenti del distretto e le patologie croniche

Il distretto Bassa Atesina comprende 11 comuni, ha un bacino di 303,3 km^2, conta 25.479 abitanti, di cui il 17,6% over 65 (4.480 persone). Si sono registrati nell'anno 2018 presso il pronto soccorso dell'ospedale di Bolzano (principale di riferimento per l'area) 5.252 accessi di pazienti provenienti dal distretto su un totale di 76.000 accessi circa ai 5.252 accessi se ne aggiungono 1.018 diretti presso altri pronto soccorso ospedalieri. In totale, quindi, oltre 6.200 sono stati gli accessi presso i pronto soccorso ospedalieri di cittadini del distretto Bassa Atesina.

Sulla base dei dati a disposizione dell'Osservatorio per la salute della Provincia che da tempo ha condotto approfonditi studi sulla profilazione della popolazione e permesso di stratificare la popolazione stessa per individuare le principali categorie di pazienti cronici assistiti a livello territoriale e ospedaliero, è stato possibile ottenere preziose informazioni sulla distribuzione dei pazienti cronici nel distretto Bassa Atesina (fig. 2).

In tab. 1 sono riportati i residenti dei singoli comuni (alcuni localizzati in montagna) ed i pazienti affetti da patologie croniche ed in particolare gli anziani del distretto.

I pazienti affetti da patologie croniche sono 7.643 di cui 3.675 over 65. Di seguito si riportano le principali patologie croniche registrate nel distretto sanitario Bassa Atesina nel 2018.

Il 53,1% del totale dei pazienti cronici (7.643) del distretto è affetto da almeno due patologie o più patologie croniche. Sono 2.134 i casi di diabete tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco, anche concomitanti, corrispondenti a 1.966 pazienti; di questi 1.169 sono over 65 (59,5%) (tab. 2).

Le attività dei medici di medicina generale

Nel distretto operano 15 medici di medicina generale organizzati in una AFT. Nel 2018 sono stati seguiti 21.377 assistiti, in numero variabile da circa 700 a 1.800 per medico. L'età media degli assisiti è pari a 47,8 anni, con medici che hanno una popolazione di assistiti più giovane (36,2 anni) e medici che hanno una popolazione di assistiti più anziana (54,0 anni). La percentuale dei pazienti anziani è mediamente del 21,7%, anche in questo caso molto variabile (tab. 3).

Sempre nel 2018, secondo i dati dell'Osservatorio per la Salute, gli assistiti con patologia diabetica seguiti dai medici del distretto erano 1.056, mediamente il 4,9% degli assisti per medico. La percentuale di diabetici per ciascun medico varia in funzione dell'anzianità della popolazione assistita, da un minimo di 1,9% ad un

Fig. 1 – Il distretto socio-sanitario Bassa Atesina

massimo di 6,9%. Circa il 46% dei pazienti diabetici aveva effettuato almeno due test dell'emoglobina glicata indicati dalle linee guida per l'assistenza del paziente diabetico (tab. 4).

Gli assistiti con patologia polmonare cronico ostruttiva (dati dell'Osservatorio per la Salute) erano nel 2018 pari a 726, corrispondenti al 3,4% della popolazione dei medici di medicina generale. Di questi solo il 35,8% aveva una diagnosi confermata strumentalmente dal servizio pneumologico interaziendale con una adesione media alla terapia farmacologica del 19,6% (tab. 5).

Fig. 2 - Profilazione della popolazione P.A. Bolzano (2018)

PROFIL PROFILO	Bevölkerung Popolazione	%	Ø-Alter Età media	Gesamtausgaben Spesa complessiva (Mio €)	Ø-Ausgaben Spesa media (€)	Betreuungsbelastung Carico assistenziale
Unbekannt / Non utente	109.105	20,6 %	34,9	-	-	-
Gelegentlich / Occasionale	228.222	43,1 %	33,7	30,4	133	0,11
Chronisch Kranke ohne stat. Aufnahme / Cronico senza ricovero	131.301	24,8 %	61,3	121,4	924	0,87
Mutter-Kind / Materno-infantile	10.488	2,0 %	32,1*	28,3	2.694	2,39
Akute stat. Aufnahme / Ricovero acuto	16.252	3,1 %	36,5	64,2	3.948	3,50
Chronisch Kranke mit stat. Aufnahme / Cronico con ricovero	**30.780**	**5,8 %**	**65,5**	**306,6**	**9.960**	**9,21**
Chronisch Kranke am Lebensende / Cronico termine vita	2.978	0,6 %	79,9	44,7	15.007	14,94
GESAMT / TOTALE	**529.126**	**100,0%**	**42,7**	**595,5**	**1.125**	**1,00**

** adulti*

Im Jahr 2035 wird die Anzahl an Personen mit chronischen Erkrankungen in Südtirol von aktuell ca. 159.000 auf ca. 191.000 ansteigen

Nel 2035, nella Provincia Autonoma di Bolzano, il numero di persone affette da patologie croniche passerà dal valore attuale di ca. 159.000 a ca. 191.000

Fonte: Sistema informativo sanitario provinciale, 2018

Tab. 1 Residenti negli 11 Comuni della Bassa Atesina

Codice comune	Comune	Popolazione residente*	Malati cronici	% malati cronici	Popolazione over 65	% anziani	cronici over 65	% malati cronici over 65
001	Aldino	1.655	450	27,2%	295	17,8%	238	80,7%
003	Anterivo	399	119	29,8%	82	20,6%	59	72,0%
024	Cortaccia	2.238	663	29,6%	375	16,8%	310	82,7%
025	Cortina	665	207	31,1%	114	17,1%	93	81,6%
029	Egna	5.413	1.721	31,8%	960	17,7%	798	83,1%
045	Magrè	1.276	382	29,9%	203	15,9%	171	84,2%
053	Montagna	1.702	478	28,1%	282	16,6%	238	84,4%
060	Ora	3.824	1.134	29,7%	646	16,9%	530	82,0%
076	Salorno	3.835	1.160	30,2%	658	17,2%	545	82,8%
098	Termeno	3.431	1.022	29,8%	679	19,8%	545	80,3%
102	Trodena	1.041	307	29,5%	186	17,9%	148	79,6%
	Bassa Atesina	**25.479**	**7.643**	**30,0%**	**4.480**	**17,6%**	**3.675**	**82,0%**

Fonte Astat - Anno 2018. Elaborazioni: Osservatorio per la salute - Progetto Mappatura

Nell'anno 2019 i medici di medicina generale della AFT, hanno aderito al PDTA diabete adottato a livello provinciale e hanno selezionato e stanno prendendo in carico 842 pazienti diabetici, un po' meno di quanti segnalati dall'Osservatorio provinciale.

I costi di gestione del distretto

I costi di gestione del distretto Bassa Atesina sono stati pari a 4.186.000 euro nel 2018 e comprendono tutte le attività erogate comprese quelle della medicina generale e della pediatria di libera scelta senza consentire una assegnazione precisa alle singole strutture nelle quali le attività sono garantite (tab. 7).

Escludendo i costi per gli acquisti di servizi sanitari della medicina di base (€ 2.542.658), il distretto Bassa Atesina ha un costo orientativo di circa 1.650.000 euro all'anno, ricavabile dalla struttura dei costi indicata in tab. 8.

Il Centro di assistenza sanitaria e sociale di Egna: trasformazione e potenziamento

La struttura di Egna così come inserita nel distretto Bassa Atesina, se destinata agli attuali residenti (25.000) può essere individuata come centro di assistenza sanitaria e sociale di medie dimensioni (secondo le indicazioni del Piano Sanitario Provinciale) e può ospitare alcune attività territoriali innovative quali l'ambulatorio delle cure primarie (comprensivo delle attività di contenimento del ricorso ai pronto soccorso ospedalieri) e l'ambulatorio infermieristico, purché siano individuati nuovi spazi così come descritti nel paragrafo dedicato. Risulta molto complesso immaginare di inserire anche posti letto di cure intermedie.

Qualora si decidesse di allargare il raggio di azione della struttura ai comuni compresi nel distretto limitrofo di Bolzano, immaginando possa servire una popolazione di circa 50/60.000 abitanti, l'attuale struttura di Egna,

Tab. 2 - Distribuzione delle patologie croniche

Patologia	Nr. di casi	Prevalenza % della patologia*
Diabete	**1.098**	**4,31**
di cui Diabete Tipo 1	*54*	*0,21*
Malattie broncopneumoniche	**1.078**	**4,23**
di cui Broncopneumopatia ostruttiva cronica (BPCO)	*801*	*3,14*
Malattie cardiovascolari	**4.558**	**17,89**
di cui con Scompenso cardiaco	*289*	*1,13*
di cui con Ipertensione	*3.831*	*15,04*
Alzheimer e demenze	257	1,01
Artrite reumatoide	124	0,49
Dislipidemie	1.230	4,83
Epatopatici ed enteropatici	297	1,17
Epilessia	239	0,94
Insufficienza renale	317	1,24
Ipotiroidismo	1.055	4,14
Morbo di Basedow	53	0,21
Neoplasie	1.477	5,8
Parkinson	62	0,24
Sclerosi multipla e atassia cereb.	37	0,15
Tiroidite di Hashimoto	523	2,05
Casi totali	**12.405**	

Elaborazioni: Osservatorio per la salute - Progetto Mappatura
** calcolata su popolazione ASTAT*

per le dimensioni e la localizzazione, non sarebbe più idonea ad ospitare le molte e complesse attività di un centro sanitario e sociale di maggiori dimensioni e sarebbe opportuno pensare ad una nuova costruzione localizzata in posizione baricentrica tra Bolzano ed i comuni della Bassa Atesina. Qui deve essere prevista anche un'area per posti letto di cure intermedie.

Il presente progetto può quindi essere distinto in due fasi: una prima fase che interesserebbe l'attuale struttura di Egna, destinata ad occuparsi di un numero ridotto di pazienti ed una seconda fase, più complessa, che vedrebbe la costruzione di un nuovo edificio con i requisiti rispondenti alle più ampie attività territoriali che vi saranno svolte.

La presente proposta di potenziamento della struttura di Egna sarà incentrata pertanto inizialmente sull'assistenza a 1.169 pazienti cronici anziani e sull'organizzazione di attività volte a ridurre il ricorso al pronto soccorso, in attesa di definire un progetto complessivo che consenta la presa in carico di tutti i pazienti cronici.

Descrizione della struttura di Egna (e delle strutture satelliti): servizi attualmente presenti, volumi di attività e personale impiegato

La struttura, oltre alla parte sanitaria (1.450 metri quadrati), comprende anche:

- servizio sociale;
- biblioteca;
- direzione degli asili;
- ufficio forestale;
- ufficio del lavoro.

La parte destinata alle attività sanitarie è dotata di:

- 9 uffici;
- 39 stanze/ambulatori;
- 19 posti macchina nel garage per le macchine di servizio.

Per il pubblico sono disponibili solo i parcheggi del comune con disco orario ovvero a pagamento.

Tab. 3 – Medici di medicina generale e assistiti della Bassa Atesina

Codice medico	Medico	Assistiti	Età media	% over 65 anni
1373	A.M.	1.599	46,9	19,7
1365	B.G.	1.100	51,1	28,9
1062	B.M.	1.770	41,6	11,4
1363	C.M.	1.777	47,9	21,2
2891	H.J.	1.546	51,5	26,7
1059	H.G.	1.657	46,5	18
1392	M.M.K.	850	51,9	28
1349	N.K.	1.819	50,4	25,1
1248	N.M.	1.810	46,2	18
1397	P.S.	1.075	46,7	25,1
1052	P.C.	712	43,7	16,4
1218	R.A.	1.642	54	32,4
2758	S.A.	1.721	48,2	23,1
2451	S.J.	1.358	50,5	23,9
1378	S.N.	941	36,2	7,1
TOTALE		21.377	47,8	21,7

Di seguito si elencano le attività garantite nella sede principale di Egna e nelle sedi periferiche (nei comuni) (v. anche la tab. 9 riassuntiva):

• *Attività domiciliare*: attualmente il servizio infermieristico domiciliare assiste 100 utenti (di cui 3 bambini) e 98 utenti negli ambulatori di Egna e zonali.

• *Attività ambulatoriali infermieristiche*:

- su appuntamento: Aldino, Laghetti e Termeno;
- 2 volte in settimana (per 30 minuti): Montagna, Magre;
- 3 volte in settimana (per 30 Minuti): Ora, Trodena e Salorno;
- 5 volte in settimana (1 ora e 30 minuti): Egna.

• *Centro prelievi*:

- 1 volta in settimana (2,5 ore): Salorno e Ora;
- 5 volte in settimana (2,5 ore): Egna,

• *Materno infantile*: oltre la sede di Egna sono presenti ambulatori per consulenze nei vari comuni (apertura fissa o su appuntamento), vi lavorano le assistenti sanitarie, ostetriche ed 1 infermiera pediatrica:

- su appuntamento: Trodena e Aldino;
- 2 volte al mese (per 2 ore): Magre, Termeno, Montagna e Cortaccia;
- 1 volta la settimana (per 2 ore): Ora e Salorno;
- 2 volte in settimana (per 2 ore): Egna.

Oltre alle attività di consulenza vengono svolti programmi educativi nelle scuole, corsi

Tab. 4 – Assistiti diabetici per medico di medicina generale

Codice medico	*Medico*	*Assistiti diabetici*	*Diabetici (%)*	*2 test Hba1c (%)*
1373	A.M.	62	3,9	66,1
1365	B.G.	68	6,2	45,6
1062	B.M.	57	3,2	54,4
1363	C.M.	122	6,9	50,8
2891	H.J.	107	6,9	39,3
1059	H.G.	60	3,6	50,0
1392	M.M.K.	42	4,9	45,2
1349	N.K.	110	6,1	55,5
1248	N.M.	58	3,2	36,2
1397	P.S.	59	5,5	50,8
1052	P.C.	41	5,8	34,1
1218	R.A.	100	61,0	34,0
2758	S.A.	78	4,5	32,1
2451	S.J.	74	5,5	41,9
1378	S.N.	18	1,9	72,2
Totale		**1.056**	**4,9**	**45,9**

Tab. 5 – Assistiti per BPCO per medico di medicina generale

Codice medico	Medico	Broncopatici	Broncopatici (%)	Diagnosi strumentali (%)	Aderenza alla terapia (%)
1373	A.M.	56	3,5	30,4	14,0
1365	B.G.	43	3,9	44,7	25,7
1062	B.M.	44	2,5	28,1	6,9
1363	C.M.	57	3,2	39,6	25,0
2891	H.J.	54	3,5	44,7	35,9
1059	H.G.	71	4,3	30,6	16,1
1392	M.M.K.	16	1,9	33,3	20,0
1349	N.K.	64	3,5	35,3	25,0
1248	N.M.	44	2,4	35,0	17,6
1397	P.S.	43	4,0	51,3	13,8
1052	P.C.	22	3,1	40,0	26,7
1218	R.A.	65	4,0	15,8	16,4
2758	S.A.	70	4,1	39,7	17,6
2451	S.J.	54	4,0	39,1	16,3
1378	S.N.	23	2,4	33,3	18,8
Totale		726	3,4	35,8	19,6

preparto, assistenza nel post partum, esecuzione di Pap test e vaccinazioni.

Per tutte queste attività sono coinvolte le infermiere (19 persone pari a 15,25 FTE); le assistenti sanitarie (5 persone pari a 3,20 FTE), infermiera pediatrica (1 equivalente a 0,75 FTE) e ostetriche (3 persone equivalente a 2 ,00 FTE), 1 OTA (50%). In totale nella struttura lavorano circa 50 persone.

Il personale coinvolto è di 63 unità, di cui 53 fisse presso la struttura, ed il restante lavora in altri servizi. La struttura viene frequentata in media al giorno da 440 persone di cui circa 90 al centro prelievi.

Dal 1° gennaio 2019 al 26 luglio 2019 si sono rivolti 73 persone allo sportello di assistenza e cura (orario apertura lunedì e mercoledì 9.00-11.00 e giovedì 15.00-17.00) (tab. 10).

Sintesi

Allo stato attuale il centro di Egna svolge funzioni territoriali concentrate in poche attività

Tab. 6 – Pazienti diabetici per tipologia di percorso (PDTAS diabete)

AFT	*Codice medico*	*Medico*	*Totale pazienti (P1 + P2 + P3)*	*P1*	*P2*	*P3*
10160	1373	A.M.	67	43	21	3
10160	1062	B.M.	47	27	19	1
10160	1363	C.M.	88	54	28	6
10160	2891	H.J.	118	74	25	19
10160	1059	H.G.	68	41	20	7
10160	1349	N.K.	89	45	34	10
10160	1408	N.M.	50	23	21	6
10160	1052	P.C.	20	17	2	1
10160	1218	R.A.	134	68	26	40
10160	2758	S.A.	88	53	28	7
10160	2451	S.J.	56	32	21	3
10160	1378	S.N.	17	14	3	0
10160			**842 (100%)**	**491 (58,3%)**	**248 (29,5%)**	**103 (12,2%)**

Elaborazioni: SABES, Ripartizione Assistenza territoriale

Tab. 7 – Costi del distretto

Tipologia di costo	**Costo** (anno 2018)
CONSUMI BENI SANITARI NON SANITARI (dispositivi medici, dispositivi medico diagnostici in vitro, cancelleria, materiali per la pulizia, ecc.)	45.529 €
AMMORTAMENTI (spese condominiali, rimborso spese a personale dipendente, ammortamenti attrezzature sanitarie e mobili/arredi, manutenzione attrezzature economale, ecc.)	89.829 €
ACQUISTI SERVIZI SANITARI PER MEDICINA DI BASE (Compensi MMG e PLS, oneri sociali, premi assicurativi)	2.542.658 €
COSTI PERSONALE (inclusi costi per servizi di formazione)	1.508.096 €
TOTALE	**4.186.112 €**

Elaborazioni: SABES, Ripartizione Controllo di gestione

scarsamente orientate all'assistenza ai pazienti cronici. Sono infatti garantite le attività di prelievo e di radiologia di base su richiesta dei medici di medicina generale ma tali attività non sono inserite in percorsi assistenziali dedicati. I pazienti assistiti a domicilio sono appena 100 (non sufficiente ai bisogni) senza che vi sia un reale coordinamento tra il personale medico ed infermieristico se non informalmente. Lo sportello SUAC, dove dovrebbe lavorare personale sociale ed infermieristico, funziona per poche ore a settimana per lo scarso afflusso di pazienti.

Il personale, pari a 63 unità (di cui 53 fisse), appare insufficiente a garantire una presa in carico dei pazienti assistiti dai medici di medicina generale.

Le attività specialistiche sono scarsamente garantite e ciò rende ragione del maggiore ricorso ai servizi ospedalieri dove sono concentrati gli ambulatori ai quali i pazienti accedono iscrivendosi alle liste di attesa.

I locali della struttura sono distribuiti in due edifici distinti separati da una grande biblioteca; essi appaiono insufficienti all'accoglienza di un numero di pazienti superiore agli attuali accessi (440 al giorno). Le metrature di alcuni ambulatori sono assai ridotte. La struttura evidentemente non è stata progettata secondo gli scopi e le funzioni previste per i centri sanitari e sociali così come descritti nel Piano Sanitario Provinciale.

START UP DEL CENTRO DI ASSISTENZA SANITARIO E SOCIALE DI EGNA

Premessa

Come sopra riportato ci si riferirà di seguito alla possibilità di potenziare la struttura di Egna, così come oggi è organizzata e strutturata, in modo tale che possa essere da riferimento per alcune tipologie di pazienti cronici affetti da patologie per le quali sono stati definiti dei percorsi assistenziali e a quei pazienti che si rivolgono ai pronto soccorso per urgenze differibili che potrebbero essere trattate dai medici di medicina generale. È evidente che la struttura di Egna non possa oggi farsi carico di tutti i pazienti cronici (oltre 7.000) né degli accessi ai Pronto Soccorso (oltre 6.000).

La struttura di Egna, infatti, non è dotata ad oggi di spazi per ospitare nuove attività, in particolare quelle destinate all'ambulatorio di cure primarie ed all'ambulatorio infermieristico.

Se ci si limita ai 1.169 pazienti cronici che possono essere presi in carico e possano svolgersi presso la struttura tutte le indagini diagnostiche necessarie per garantire la loro assistenza, dovrà comunque essere individuata un'area di almeno 400-500 m² che sia in grado di ospitare le attività ambulatoriali sopra menzionate.

In un secondo tempo è possibile pensare di individuare una struttura più grande, totalmen-

Tab. 8 – Struttura dei costi del distretto

Centro di costo	Costo (anno 2018)
AMBULATORIO DI MEDICINA SPECIALISTICA (CDC 300670)	2.528 €
SERVIZIO INFERMIERISTICO (CDC 300201)	28.900 €
CONSULTORIO PEDIATRICO E OSTETRICO (CDC 300202)	599 €
DISTRETTO COSTI COMUNI (CDC 300266) (include il costo del personale ad eccezione di quello amministrativo)	1.257.000 €
SERVIZIO AMM.vo DISTRETTO (CDC 300706)	348.288 €

Centro di costo	Costo (anno 2018)
SERVIZIO ODONTOIATRICO EGNA (CDC 300682)	6.139 €
TOTALE	**1.643.454 €**

Elaborazioni: SABES, Ripartizione Controllo di gestione

te dedicata alle attività territoriali, in stretto rapporto con l'ospedale di Bolzano, che si rivolga ad un bacino di utenza più ampio e quindi ad un numero di gran lunga maggiore di pazienti cronici dotata anche di posti letto di cure intermedie.

Tab. 9 - Riassunto delle attività garantite

Servizio	Orario apertura	Ore settimanali	Personale coinvolto	Nr. Prestazioni (2018)
Servizio infermieristico domiciliare	7.00-18.00	55	17 infermieri	
Ambulatorio infermieristico	10.00-11.00 15.00-15.30	7,5	1 infermiera	784 accessi
ECG	14.00-16.00 (solo martedì)	2	1 infermiera	346 ECG
Centro prelievi	7.30 – 9.30	10	3 infermieri	17.434 prelievi
Sportello amministrativo prelievi	7.30-8.45	6,25	2 amministrativi	
Sportello amministrativo	8.00 – 12.30 14.30-16.30 (solo giovedì)	24,5	2 amministrativi	
Cassa	8.00-12.30 14.00-17.00 8.00-12.30 (venerdì)	34,5	2 amministrativi	
radiologia	7.45-12.15 14.00-16.45	36,25	2 tecnici di radiologia	
Consultorio assistente sanitarie	9.00-11.00 (martedì) 14.00-16.00 (giovedì)	4	1 assistente sanitaria o inf. pediatrica	697 accessi
Urologo	9.00-12.00 14.00-16.00 Solo giovedì	5	1 medico	
Dentista	Martedì e giovedì 8.30-13.00 14.00-17.00 Venerdì 8.30-13.00	19,5	1 medico 1 assistente alla poltrona	
Consultorio ostetrico	9.00-12.00 Solo martedì	3	1 ostetrica	373 accessi
Pap test	8.00-12.00 solo giovedì	4	1 ostetrica	344 Pap test
Dietista	Lunedì 8.30 - 12.30 13.30 - 15.30 Giovedì 8.30 - 12:30	10	1 dietista	
Logopedia	Lunedì e giovedì 7.45-12.00 12.30-17.30 Martedì e venerdì 7.45-12.45	28,5	1 logopedista	
Fisioterapia	7.30-16.30	45	4 fisioterapiste 2 massofisioterapiste	
Ortottiste/screening	8.00-12.00 13.00-17.00 Solo mercoledì	8	1 ortottista 1 logopedista	
Ergoterapia	9.00-12 .00 13.00-16.00	30	1 ergoterapista	
Servizio psicologico	8.00-12.00 13.00-17.00 3 volte in settimana	21	1 psicologo	
Hands	9.00-12.00 solo lunedì	3	1 psicologo	
PUA	Lunedì e mercoledì 9.00-11.00 Giovedì 15.00-17.00	6	1 infermiera 1 operatore del sociale 1 operatore delle case di riposo (presenti solo 2 operatori a rotazione)	
Servizio igiene / vaccinazioni	Lunedì e giovedì 8.30-12.00 13.30-16.00	12	1 medico 2 assistente sanitarie	
Servizio pneumologico	Martedì e giovedì 8.00-12.00 14.00-16.00	12	1 medico 1 infermiera	
CSM medico	8.00-16.00	40	1 medico	
CSM infermiera	8.00-12.30	22,5	3 infermiere	
CSM psicologo	8.00-14.00	30	1 psicologa	
CSM assistente sociale	8.00-14.00	30	1 assistente sociale	
		TOTALE	63 Persone	

I pazienti destinatari dell'iniziativa

Il distretto presenta una struttura epidemiologica in linea con il resto della Provincia. I pazienti affetti da patologie croniche sono 7.643 di cui gli over 65 sono 3.675. Sono invece solo 2.134 i casi di diabete di tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco che corrispondono a 1.966 pazienti, di cui 1.169 over 65. Al fine di evitare ricoveri impropri e garantire pronte risposte sia di tipo sanitario che sociale, si rende necessario, per tale tipologia di pazienti, che determinati servizi vengano orientati nella struttura di Egna. Ovviamente affinché ciò si possa realizzare è necessario, compatibilmente con gli spazi disponibili, che l'attività specialistica venga potenziata. È da sottolineare che la scarsa presenza di attività specialistica locale è certamente alla base del maggiore ricorso alle strutture ospedaliere, anche perché l'attività specialistica ambulatoriale e le indagini diagnostiche più complesse sono più concentrate in tale ambito.

L'aggregazione funzionale territoriale (AFT) dei medici di medicina generale presente sul territorio, composta da 15 medici, svolge le attività previste dall'Accordo collettivo nazionale e quelli previsti dall'Accordo integrativo provinciale, ma non dispone di una struttura di riferimento per seguire soprattutto i pazienti affetti da patologie croniche. L'accesso ad una struttura che sia di riferimento per i pazienti cronici, garantirebbe una rapida risposta assistenziale ed eviterebbe l'accesso improprio al pronto soccorso dell'ospedale centrale di Bolzano. Come sopra riportato, tutti i medici hanno partecipato alla selezione di pazienti diabetici, identificandone ben 842, i quali sono stati distinti secondo i percorsi P1, P2 e P3 individuati dalla provincia ed attivi in modo omogeneo per tutte le 27 AFT provinciali.

In una prima fase la struttura di Egna potenziata, potrebbe rivolgersi ai 1.169 pazienti cronici delle 3 patologie individuate (diabete di tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco), nei quali sono ricompresi alcuni degli 842 inseriti nel PDTA diabete già formulato.

In questa ottica, il centro di assistenza sanitaria e sociale di Egna può giocare un ruolo fondamentale ospitando al suo interno quelle attività che nel tempo potranno portare ad una riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso. Ciò anche grazie alla presenza di alcuni medici di medicina generale presenti nella struttura, unitamente ad una rafforzata dell'attività infermieristica, che potrebbe concretizzarsi nell'apertura di un ambulatorio infermieristico esteso al controllo dei PDTA e ad una maggiore estensione dell'assistenza infermieristica domiciliare (infermiere di famiglia).

La struttura di Egna svolge oggi molte attività, alcune anche in sedi periferiche. L'orografia provinciale non permetterà di interrompere alcune di esse anche se è economicamente poco

Tab. 10 - Personale fisso distretto Bassa Atesina

Servizio	Persone	Full Time Equivalente
Assistenza infermieristica domiciliare	17 infermiere	13,25
Centro prelievi+ ambulatorio inf	2 infermieri 1 OSS	1,00 0,50
Servizio amministrativo	7 amministrativi	6,25
Radiologia	2 tecnici di radiologia	2,00
Fisioterapia	4 fisioterapiste 2 massofisioterapiste	3,50 1,75
Logopedia	1 logopedista	0,75
Materno infantile	3 ostetriche 1 inf pediatrica 5 assistente Sanitarie	2,00 0,75 3,20
CSM	1 medico 1 psicologa 1 assistente sociale 3 infermieri	1,00 0,75 0,75 2,80
Ergoterapia	1 ergoterapista	1,00
Coordinatrice	1 infermiera	1,00
TOTALE	53	42,25

conveniente mantenerle. L'importante è sviluppare le nuove attività che dovranno essere orientate soprattutto alla presa in carico globale dei pazienti cronici. Ciò non toglie che non debbano essere garantite le attività in essere con particolare riferimento all'area della tutela salute mentale, area materno-infantile e riabilitazione con potenziamento delle attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Di fatto la struttura di Egna dovrebbe diventare il centro di riferimento per i medici di medicina generale per seguire i pazienti affetti da patologie croniche lungo i 3 percorsi definiti (PDTA diabete di tipo 2, broncopneumopatia ostruttiva cronica, scompenso cardiaco). Ciò vale anche per quei medici di medicina generale che non dovessero decidere di entrare nella struttura di Egna, ma che potrebbero comunque inviare i loro pazienti.

La struttura di Egna potrebbe ospitare in spazi adeguati, un ambulatorio per le piccole urgenze differibili gestito dai medici di medicina generale che garantiscono assistenza h12 all'interno della struttura, ciò ridurrebbe l'accesso dei pazienti cronici al pronto soccorso ospedaliero.

In sintesi, i pazienti destinatari dell'iniziativa potrebbero essere in una prima fase 1.169, mentre potrebbero essere assai più numerosi gli accessi per le urgenze differibili. Ecco perché è importante la presenza dei medici di medicina generale h12 per tutta la settimana compresi i giorni festivi.

I servizi sanitari aggiuntivi da garantire

- Area dell'assistenza primaria con la presenza di MMG h12
- Area della specialistica (da implementare)
- Ambulatorio infermieristico dedicato ai pazienti cronici
- Centro prelievi
- Radiologia

L'apertura di un ambulatorio di cure primarie h12 (8.00-20.00) da parte dei medici di medicina generale presuppone un accordo con le sigle sindacali simile a quello che è stato recentemente proposto per migliorare lo stato di affollamento del PS dell'ospedale centrale di Bolzano e che sarà sperimentalmente avviato nel mese di ottobre 2019. L'Accordo deve definire le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale all'interno della struttura.

L'organizzazione dovrebbe comprendere le seguenti funzioni di base e moduli funzionali aggiuntivi:

- *Area dell'assistenza primaria*
  - assistenza primaria;
  - attività specialistiche;
  - ambulatorio infermieristico;
  - attività di assistenza alla famiglia;
  - attività di diagnostica strumentale di primo livello (radiologia già presente);
  - centro prelievi (già attivo);
  - ambulatorio per le piccole urgenze (casi differibili a cura dei medici di medicina generale);
- *Area pubblica*
  - area dell'accoglienza;
  - sportello CUP;
  - SUAC Sportello unico di assistenza e cura (da potenziare);
- *Moduli aggiuntivi*
  - attività di terapia fisica adattata (già presente);
  - odontostomatologia secondo le indicazioni provinciali (già presente).

Di seguito si descrivono le aree aggiuntive ed innovative più importanti.

Area dell'assistenza primaria

I medici di medicina generale presenti nella struttura (spostando i loro studi ovvero dedicando alcune ore alle attività, come già succede per un medico nel Centro di Egna) hanno il principale compito di:

- promuovere l'equità di accesso ai servizi territoriali;
- facilitare l'accesso dei cittadini agli studi dei medici di medicina generale;
- diminuire gli accessi impropri al pronto soccorso tramite percorsi condivisi, altri servizi ambulatoriali e distrettuali;
- organizzare risorse sanitarie e se necessario sociosanitarie complesse;
- sviluppare il governo clinico dell'assistenza attraverso l'adozione condivisa dei PDTA.

L'accesso è consentito a tutti i pazienti afferenti alla AFT di riferimento che non hanno necessità di ricette ripetitive e che non necessitano di certificazione.

In altri termini, stabilite le modalità operativa, alcuni medici potrebbero spostare completamente tutta la loro attività, mentre altri potrebbero mantenere i loro studi periferici, avvalendosi della struttura per lo svolgimento delle

prestazioni necessarie ai loro pazienti e per inviare urgenze differibili. I medici lavoreranno adottando i PDTA.

Per il funzionamento della struttura di Egna saranno attivati, sulla base dei dati epidemiologici, i PDTA diabete mellito tipo 2 (già elaborato), broncopneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco.

La programmazione degli interventi diagnostico-terapeutico-assistenziali e preventivi multidisciplinari avviene secondo un piano assistenziale individualizzato (PAI), ritenuto il più efficace ed appropriato per la persona, utilizzando al meglio le risorse disponibili all'interno della struttura. Il centro prelievi e la radiologia saranno potenziati in modo proporzionale ai casi trattati. Da sottolineare l'importanza che la struttura sia principalmente dedicata ai pazienti cronici selezionati, che non dovranno essere inviati in ospedale.

Ai medici di medicina generale è affidata anche l'attività di rispondere localmente alle piccole situazioni di urgenza differibile e cioè a quelle patologie elencate in Allegato 1, per le quali è previsto un accesso diretto agli studi. Ciò al fine di diminuire il numero di accessi per codici minori soprattutto al pronto soccorso di Bolzano.

Area della specialistica

I principali specialisti coinvolti nei PDTA sopra individuati sono: diabetologo, cardiologo, oculista, nefrologo, angiologo, neurologo, dermatologo, pneumologo.

Altro personale coinvolto: podologo, assistente sociale, dietista, infermiere.

Per i 1.169 pazienti che inizialmente possono essere presi in carico dalla struttura, dovranno essere disponibili specialisti del territorio (Sumaisti ove presenti) o dall'ospedale secondo rapporti condivisi. Può anche verificarsi la possibilità che nelle liste ospedaliere siano dedicati spazi ai pazienti provenienti dalla struttura secondo un calendario stabilito.

Ambulatorio infermieristico e attività di assistenza alla famiglia

In prossimità delle attività dei medici di medicina generale e ad esse strettamente collegate, è istituito l'ambulatorio infermieristico che eroga tutte le prestazioni infermieristiche. Questa attività viene svolta dagli infermieri contestualmente all'attività dell'ambulatorio per le urgenze differibili al fine di fornire tutto il supporto necessario alla soluzione dei piccoli problemi urgenti. L'accesso alle prestazioni dell'ambulatorio avviene in modo diretto e/o tramite la richiesta del MMG, previa regolarizzazione della prestazione richiesta allo sportello CUP. L'ambulatorio è aperto tutti i giorni dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e se necessario per particolari cicli terapeutici che richiedono la somministrazione giornaliera e in ambiente protetto.

Saranno garantite e potenziate le attuali attività infermieristiche di assistenza domiciliare.

Tipologia di prestazioni eseguibili

- medicazione ferite, piaghe, decubiti e suture (con rimozione punti);
- medicazione catetere venoso centrale;
- medicazione ileo-colostomia (PEG) e cambio sacca di raccolta (CVC);
- medicazione cannula endotracheale;
- rilevazione parametri: PA, FC, glicemia con DTX;
- misurazione e monitoraggio del peso corporeo;
- terapia marziale;
- fleboclisi;
- gestione catetere vescicale;
- somministrazione terapia intramuscolo;
- somministrazione terapia endovenosa;
- somministrazione terapia sottocutanea;
- prelievo venoso;
- prelievo ematico per terapia TAO.

L'ambulatorio avrà anche il compito di seguire i pazienti cronici garantendo lo svolgimento dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) e la corretta e puntuale esecuzione delle prestazioni ricomprese, unitamente alla rilevazione dei parametri previsti, da comunicare al medico di medicina generale e da riportare in adatta documentazione (cartella clinica del Centro sanitario e sociale).

I servizi sociali (Sportello unico di assistenza sanitaria e sociale)

Il 1° gennaio 2016 è stato attivato il SUAC di Egna (1 ufficio nella parte sanitaria). Gli attori coinvolti erano infermieri del servizio infermieristico (SID), assistenti sociali del Servizio Sociale e del servizio di assistenza domiciliare (SAD) e rappresentanti delle residenze per anziani (6 strutture di cui 2 gestite da un'unica direzione). L'apertura al pubblico era di 10 ore

(come richiesto nella delibera) con la presenza garantita sempre dall'infermiera e di una rappresentanza della parte sociale a rotazione (vari profili-ruoli: operatore socioassistenziale-OSA, direttore-amministrativo di struttura, responsabile tecnico assistenziale-RTA). Nel mese di giugno 2018 le ore di apertura sono state ridotte a 6, in considerazione del modesto afflusso allo sportello. La sua funzione era più informativa verso i cittadini condividendo con essi un percorso assistenziale ma senza il coinvolgimento della professionalità medica.

Nel futuro, potrebbe essere estesa ad Egna l'esperienza del SUAC (sportello unico di assistenza e cura) di Bolzano secondo indicazioni provinciali. Ciò significherà:

- mantenere il *front office* (ex SUAC) ma con presenza continua di un'infermiera e una assistente sociale con apertura iniziale come già in atto di 6 ore settimanali con accesso diretto dal cittadino;

- attivare il *back office* con la presenza congiunta di un'infermiera, un medico e una assistente sociale con il sostegno di una collaboratrice amministrativa. Il team del *back office* prende in carico le segnalazioni pervenute dal *front office*, delle dimissioni ospedaliere e/o strutture convenzionate o su richieste da terzi (MMG, SID, SAD altro). Nel *back office* si analizza il caso, si valuta la complessità e si attiva, se necessario, l'UPCP (unità per la condivisa predisposizione del piano assistenziale) la quale elabora il percorso assistenziale integrato (PAI) e lo invia ai servizi coinvolti nella presa in carico del singolo.

Per attivare questo SUAC allargato con *back office* e UPCP l'attuale struttura non garantisce gli spazi necessari. Per attivarlo si necessita di una sala multifunzionale (sala riunione, incontro UPCP), tre uffici, una segreteria e sala attesa (al momento solo un ufficio è disponibile). Se poi viene allargato l'attività UPCP su tutto il bacino della comunità comprensoriale (che comprende Laives, Oltradige e Bassa Atesina) la richiesta sia di struttura che di personale dei vari profili sarà maggiore nel rispetto del numero di residenti che vi affluiscono.

Il personale necessario per attivare il *front office*, con il *back office* e l'UPCP per il distretto di Bassa Atesina è: almeno 1 medico, 1 assistente sociale, 1 ammnistrativa e prevedere futuro aumento infermiere (gradualmente come aumenta il bacino utenza).

L'attivazione dello sportello è legata alla condivisione con i Servizi sociali delle attività che debbono essere ivi svolte.

L'informatizzazione

Il successo della struttura, e più in generale del nuovo modello organizzativo di erogazione delle cure che si sta avviando nella Provincia, richiede la buona esecuzione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) e l'attivazione di un processo di verifica continua dello stato di avanzamento delle attività rispetto a quanto pianificato, apportando in caso di scostamenti le necessarie azioni correttive.

La buona esecuzione dei percorsi, stante la numerosità degli attori (pazienti, MMG, specialisti, infermieri, assistenti socio-sanitari, laboratori) e delle informazioni cliniche e sanitarie che devono essere condivise dagli attori, ha urgente bisogno di un supporto informatico adeguato. Senza strumenti informatici è molto difficile garantire il monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA).

I processi di pianificazione ed erogazione delle cure integrate possono funzionare soltanto con il supporto di soluzioni informatizzate che permettano una pianificazione delle prestazioni socio-sanitarie, la sincronizzazione degli attori coinvolti nel percorso, il monitoraggio dello svolgimento del percorso attraverso strumenti di misurazione adeguati, la condivisione di informazioni indispensabili per valutare la struttura di Egna dal punto di vista dell'*outcome* clinico.

Alla luce di quanto sopra esposto è urgente procedere con la programmazione/acquisizione del "sistema informatico per la gestione e monitoraggio dei PDTA", che potrebbe essere adottato nella struttura.

La telemedicina

L'innovazione tecnologica può contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, in particolare attraverso lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio. Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità,

un canale di accesso all'alta specializzazione, nonché un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Telemonitoraggio remoto

Il sistema deve poter essere attivato secondo un modello organizzativo-operativo che prevede di fornire al paziente una valutazione personalizzata sulla base dei bisogni, della patologia e delle eventuali comorbilità. In seguito a questa valutazione viene consegnato al paziente o al *caregiver* il KIT tecnologico opportunamente configurato con i dispositivi necessari (saturimetro, bilancia, sfigmomanometro, ecc.) al fine di poter svolgere in autonomia le attività di rilevazione dei dati biometrici. Le rilevazioni effettuate sono rese disponibili presso la postazione degli operatori sanitari che potranno monitorare e/o modificare le attività svolte dai pazienti.

Assistenza domiciliare integrata tecnologicamente assistita

La soluzione prevede un kit da fornire all'operatore sanitario che va presso il domicilio del paziente per lo svolgimento delle attività di assistenza sanitaria. Sulla base del PAI l'operatore sanitario, dotato del kit strumentale, svolge le proprie attività grazie all'utilizzo dei *devices* per la rilevazione dei parametri clinici, la somministrazione di terapie, diete e questionari, l'invio di fotografie dei tessuti o immagini radiografiche digitalizzate. Il tablet o lo smartphone, in dotazione all'operatore sanitario, deve comunicare in modo automatico con il sistema centrale. Tutte le rilevazioni effettuate sono rese disponibili presso la postazione del medico di riferimento in modo da poter condividere le informazioni, modificare i piani terapeutici e richiedere servizi di second opinion. Tutti i dati rilevati vengono archiviati e messi a disposizione della cartella clinica territoriale del paziente.

Telemonitoraggio (long-term) per pazienti affetti da scompenso cardiaco

Le applicazioni di telemedicina sono state realizzate finora su piccoli nuclei di pazienti e i dati indicano che un sistema di telemonitoraggio integrato con un supporto telefonico è in grado di ridurre il rischio di ospedalizzazioni e morte per qualsiasi causa in pazienti anziani con scompenso cardiaco. La prevalenza di scompenso cardiaco aumenta marcatamente con l'età e i pazienti con scompenso cardiaco hanno in media 73 anni. La comorbilità è la norma in questi pazienti, visto che la metà di loro ha più di 5 malattie concomitanti, e l'approccio geriatrico tipicamente fornisce una cura olistica adatta alla complessità di questi pazienti. Un'altra caratteristica importante di un modello efficiente è l'accesso preferenziale alle visite ambulatoriali che dovrebbe essere attivata in caso di anomalie riscontrate durante il telemonitoraggio o quando insorgono nuovi sintomi. Si può quindi dire che si tratta di un modello di cura, piuttosto che di un semplice sistema di telemonitoraggio.

Descrizione degli spazi aggiuntivi e relativi funzioni

Per garantire le attività ambulatoriali dei MMG comprensive del trattamento delle piccole urgenze differibili e quelle legate al personale infermieristico, sarebbe ideale avere a disposizione di almeno 400-500 m² nei quali localizzare 4-5 ambulatori di medici di medicina generale, 2 grandi ambulatori infermieristici con ovviamente le aree legate all'accoglienza, alla permanenza dei pazienti, dotate dei servizi tipici di un grande poliambulatorio (servizi igienici per il personale e per gli utenti, piccoli depositi, deposito sporco/pulito, almeno due uffici amministrativi, ecc.).

In questa grande area sono da comprendere anche gli spazi per una postazione CUP, mentre rimarrebbero invariate le aree dedicate al centro prelievi ed alla diagnostica strumentale di primo livello (radiologia).

Per quanto riguarda le attività degli specialisti, una migliore dislocazione delle attività ad oggi in essere, accompagnata dallo spostamento di alcune in altre sedi, potrebbe garantirne la presenza in orari da definire sulla base delle necessità (PDTA) tenendo comunque presente la possibilità inizialmente di prenotazioni dirette presso gli ambulatori specialistici presso l'Ospedale di Bolzano.

Il personale aggiuntivo necessario

Per assistere i 1.169 pazienti cronici selezionati e garantire le piccole urgenze differibili servirebbero 12 unità di personale aggiuntive prevalentemente infermieristiche, mentre per le figure specialistiche è necessario prevedere un aumento delle ore di attività per le figure professionali mediche più importanti. Allo stato attuale non è possibile definire con esattezza l'impegno

orario dei medici specialisti in previsione anche della possibilità di sfruttare gli ambulatori ospedalieri. I costi aggiuntivi che la struttura dovrà sostenere sono descritti nel prossimo capitolo e tengono conto delle unità di personale aggiuntivo sopra descritto: metodologicamente ci si è basato su esperienze di altre regioni in merito.

Il personale aggiuntivo è esclusivamente legato all'implementazione dei 3 PDTA (diabete di tipo 2, BPCO, scompenso cardiaco) e quindi all'assistenza di 1.169 pazienti cronici over 65.

Analisi dei costi aggiuntivi da sostenere

L'analisi dei costi per la cura e l'assistenza dei 1.169 pazienti over 65 con patologie croniche individuati per la struttura di Egna, secondo i PDTA (diabete tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco), in mancanza di dati ed esperienze sul territorio provinciale, è condotta sulla base di esperienze di altre strutture a livello nazionale.

Sarà assolutamente necessario, qualora l'iniziativa venga avviata, fare una rilevazione più puntuale dei costi, che comprendano anche quelli legati agli aspetti edilizi.

Di seguito si propone uno schema dei costi che contiene anche quelli relativi all'avvio di attività di urgenza differibile e attività infermieristiche dedicate alle famiglie.

I costi medi indicati nelle esperienze nazionali analizzate sono comprensivi dei costi professionali, delle prestazioni di laboratorio, delle prestazioni diagnostiche strumentali, dei farmaci e dei dispositivi medici, dei costi comuni e dei costi generali (utilizzo degli spazi del fabbricato, degli impianti, delle apparecchiature sanitarie, delle infrastrutture ICT).

A questi costi medi sono stati applicate le seguenti maggiorazioni legate ad un costo più alto in Provincia Autonoma di Bolzano, soprattutto per quello che riguarda il personale. Si configurano pertanto i costi standard annui per ogni paziente, riportati in tab. 11.

Considerando il numero di pazienti cronici over 65 nel distretto Bassa Atesina (popolazione 25.479) i costi complessivi aggiuntivi da sostenere a regime sono presenti in tab. 12.

Questo costo non comprende i costi di edilizia sanitaria legati all'aggiunta di nuove aree ovvero alla ristrutturazione di quelle esistenti.

Per l'assistenza centrata sulla famiglia (*Familien und Gemeinschaftspflege*) sono da prevedere un'infermiera ogni 500 anziani over 65. Per il distretto Bassa Atesina (4.480 over 65) sono da considerare 8,96 infermieri per un costo aggiuntivo stimato di circa 520.000 euro (58.000 €/infermiera).

Per determinare il costo dell'assistenza alle piccole urgenze differibili da parte dei medici di

Tab. 11 - Costi standard annui per paziente

	Costo	Diabete Tipo 2	Broncopneumopatia ostruttiva cronica (BPCO)	Scompenso cardiaco
A	Costi medi professionali	179 €	105 €	130 €
B	Costi medi prestazioni di laboratorio	165 €	11 €	113 €
C	Costi medi prestazioni diagn. strumentale	93 €	91 €	365 €
D	Costi medi farmaci	173 €	656 €	228 €
E	Costi medi dispositivi	476 €	- €	- €
T1= A+B+C+D+E	**Costo standard**	**1.086 €**	**863 €**	**836 €**
F	Costi medi comuni e indiretti	203 €	163 €	157 €
T1+F	**Costo complessivo**	**1.289 €**	**1.026 €**	**993 €**

medicina generale è stato considerato il costo orario di € 60 (così come discusso per l'ambulatorio di cure primarie presso il Pronto Soccorso di Bolzano) ed un'apertura di 12 ore per 365 giorni.

I costi aggiuntivi per il potenziamento della struttura di Egna sono riassunti in tab. 13.

In un secondo momento, prevedendo di prendere in carico tutti i pazienti cronici, non solo quelli over 65, ed ampliando il bacino di utenza anche ai distretti limitrofi (Oltradige, popolazione 30.599; Laives-Bronzolo-Vadena, popolazione 22.028), e considerando che il 70% dei pazienti cronici di questi distretti si rivolge ad una nuova struttura da realizzarsi nella zona di Ora-Egna, i costi aggiuntivi complessivi per la gestione dei pazienti cronici da sostenere a regime sono presenti in tab. 14.

Il presente costo non comprende i costi legati all'edilizia sanitaria per la costruzione di nuove strutture o per la ristrutturazione di quelle già esistenti.

Considerazioni conclusive

Nell'articolo è stato presentato il percorso metodologico che ha portato alla riorganizzazione delle attività del Centro di assistenza sanitaria e sociale di Egna, destinato in particolare alla presa in carico di pazienti cronici, progetto che è stato esteso ad altre strutture provinciali, anche se la tendenza per le città più grandi è quella di intervenire con progetti più articolati e complessi che vedono la creazione anche di aree di degenza territoriale (posti letto di cure intermedie) e la implementazione di servizi per la medicina di prossimità e di iniziativa. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) impone ovviamente una revisione del progetto di Egna,

Tab. 12 - Costi complessivi aggiuntivi a regime

PDTA	Costo complessivo annuo
Diabete Tipo 2	737.051 €
Broncopneumopatia ostruttiva cronica (BPCO)	450.195 €
Scompenso Cardiaco	156.941 €
Totale	**1.344.187 €**

Tab. 13 - Costi aggiuntivi per il potenziamento della struttura di Egna

Tipologia di servizio	Costo complessivo annuo
1.169 pazienti cronici (Diabete Tipo 2, Broncopneumopatia ostruttiva cronica (BPCO), Scompenso cardiaco) over 65	1.344.187 €
Assistenza centrata sulla famiglia	520.000 €
Piccole urgenze differibili	262.800 €
Totale	**2.126.987 €**

che peraltro in parte è stato avviato, per inserire questa iniziativa nel più generale contesto dei requisiti richiesti dal Piano stesso. Preme sottolineare in questa sede un aspetto importante: il PNRR prevede in questo momento, per la fase iniziale, l'individuazione delle strutture per le quali indicare i progetti di ristrutturazione previsti per i centri Hub e Spoke, ma rimane la questione delicata e più difficile della organizzazione delle attività all'interno degli stessi, il che è legato alla istituzione di una rete territoriale efficiente che risponda ad una strategia organizzativa che tenga conto delle tante variabili implicate: la partecipazione dei medici di medicina generale, il ruolo degli infermieri, l'integrazione difficile tra sanitario e sociale (partecipazione attiva dei Comuni, l'integrazione ospedale-territorio) e non ultima la formazione continua del personale.

Nota

(1) Ad oggi è vigente e condiviso solo il PDTA del diabete di tipo 2, il PDTA dello scompenso cardiaco è stato inviato al Comitato provinciale per l'assistenza primaria per l'approvazione e per la formulazione secondo gli stessi criteri del PDTA diabete di tipo 2. Devono ancora essere rivistati ed approvati dal Comitato i PDTA Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e PTDA Malattie reumatiche come previsto dal Piano Sanitario Provinciale.

Bibliografia

Mastrobuono I., Mayr M. (2018): L'assistenza sanitaria e sociale ai pazienti affetti da patologie croniche in Provincia autonoma di Bolzano: il Master Plan Chronic Care (Piano per il potenziamento e l'armonizzazione dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche nella Provincia Autonoma di Bolzano 2018-2020), *Organizzazione Sanitaria*, 4: 13-74.

Riferimenti normativi

Decisione 2007/116/CE 15 febbraio 2007 che riserva l'arco di numerazione nazionale che inizia con 116 a numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati a valenza sociale.

D.L. 19 maggio 2020, n. 34, c.d. *Decreto Rilancio*, convertito con modificazioni nella L. 17 luglio 2020, n. 77.

D.L. 6 maggio 2021, n. 59, convertito nella L. 1° luglio 2021, n. 101. Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti.

Documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 10 settembre 2020. Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex L. 17 luglio 2020, n. 77.

D.P.C.M. 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR). Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

L. 18 dicembre 2020, n. 176. Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 28 ottobre 2020, n. 137, recante ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Tab. 14 - Costi aggiuntivi complessivi per la gestione dei pazienti cronici

PDTA	Costo complessivo annuo
Diabete Tipo 2	3.290.275
Broncopneumopatia ostruttiva cronica (BPCO)	2.009.086
Scompenso cardiaco	702.116
Totale	**6.001.477**

ALLEGATO 1

Patologie per le quali è previsto un accesso diretto all'Ambulatorio per il trattamento delle urgenze differibili

Disturbi muscoloscheletrici (non derivanti da eventi stradali)	lombalgie e rachialgie non traumatiche
	distrazioni muscolari
	sintomatologie algiche osteomuscolari
Dermatologia	punture d'insetto senza reazioni generalizzate sistemiche
	rash cutanei iatrogeni e orticaria di modesta entità
	dermatiti superficiali, prurito diffuso senza manifestazioni cutanee generalizzate
	verruche, nevi, herpes simplex, micosi, foruncoli, cisti sebacee flogosate e non flogosate, paterecci e unghie incarnite, alopecia, eritema solare o da lampada, idrosadenite, cisti pilonidale, parassitosi cutanea
	malattie esantematiche e tumefazione linfoghiandolare non complicate
	ustioni di primo grado di estensione limitata
	ferite superficiali che non necessitano di sutura ed esiti di ferite; abrasioni
	rimozione punti di sutura e medicazioni
Oculistica	congiuntiviti, patologie palpebrali e degli annessi oculari, escluso corpo estraneo
Otorinolaringoiatria	otiti, acufeni, riniti, faringo-tonsilliti e altre flogosi minori
	odontalgia, stomatiti, gengiviti, afte
Urologia e ginecologia	infezioni vie urinarie, uretriti, vaginiti, colica renale addominale
	sostituzione di catetere vescicale
	test gravidici di esclusione
Gastroenterologia	gastroenteriti acute non complicate
	sindrome dispeptica, singhiozzo, stipsi cronica, sindrome emorroidaria
	flogosi delle vie respiratorie, sindromi influenzali; febbre inferiore a 38°C senza complicanze
	rialzo pressorio asintomatico
	ansia, crisi di panico
	richiesta di vaccinazione antitetanica

L'esternalizzazione nei servizi e nella logistica in sanità, idea di tagliando periodico tra i protagonisti dell'outsourcing

GIOVANNA BORROMEO
U.O.S. Patrimonio, Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

WANDA CAPRISTO
Funzionario Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

Riassunto: L'impatto sui principi di economicità di alcune funzioni di approvvigionamento delle risorse necessita il ricorso all'esternalizzazione. Si passa dunque da sistemi gerarchici a complessi sistemi a rete. Il modello scaturente nell'ambito di aziende sanitarie pubbliche potrebbe causare l'abbassamento del livello delle prestazioni offerte. Cosa consente di superare il principio contabile da quello assistenziale? Possiamo parlare di trade-off o i due settori possono sovrapporsi? L'idea di tagliando periodico può far collimare i due ambiti.

Parole chiave: logistica, sanità, esternalizzazione, PPP, acquisti, centralizzazioni, affidamento, sistema, rete

Abstract: *The impact on the principles of economy of some resource procurement functions requires the use of outsourcing. We therefore move from hierarchical systems to tonetwork systems. The model arising in the context of public health companies could cause the lowering of the level of services offered. What makes it possible to overcome the accounting principle from the welfare principle? Can we talk about trade-off or can the two sectors overlap? The idea of a periodic coupon can bring the two areas together.*

Key words: *logistics, healthcare, outsourcing, PPP, purchasing, centralization, reliance, system, network*

Negli ultimi anni la crescente attenzione dedicata in sanità all'impiego delle risorse disponibili e la ricerca di una maggiore efficacia nello svolgimento delle attività hanno alimentato molteplici tentativi di sperimentazioni ed innovazioni organizzative, soprattutto con riferimento alla gestione delle funzioni amministrative e degli approvvigionamenti.

I processi di acquisto, con il loro impatto sui bilanci delle Aziende sanitarie, richiedono infatti alla direzione aziendale uno sforzo continuo al fine di ricercare soluzioni e modelli capaci di garantire una maggiore efficienza sia nell'acquisto sia nella gestione della logistica dei beni e servizi. Rientrano in questa logica alcune iniziative intraprese negli ultimi anni in sanità, riguardanti l'esternalizzazione (*outsourcing*) e la centralizzazione, anche attraverso aggregazioni interaziendali di alcune funzioni. Con queste iniziative anche in sanità si è verificato il passaggio dagli assetti istituzionali di tipo gerarchico a quelli a rete.

L'*outsourcing* consiste nell'affidamento di funzioni ed attività precedentemente svolte dall'Azienda committente a soggetti esterni ed è caratterizzato dalla relazione di cooperazione

che si instaura tra soggetto esterno ed organizzazione *outsourcee*, in cui il fornitore si assume la responsabilità di una o più funzioni svolte precedentemente dallo stesso *outsourcee*. L'esternalizzazione è pertanto uno strumento che consente alle organizzazioni di ridimensionare lo spettro delle attività svolte per focalizzarsi sulle *core competences*, soprattutto se si considera la tendenza in atto, che vede il passaggio dall'*outsourcing* di singole attività, lontane dal *core business* a quello di intere funzioni ed aree, quali la gestione del personale e la logistica.

In ambito pubblico occorre peraltro distinguere il processo di esternalizzazione che prevede il trasferimento dei processi ad un altro soggetto, sempre appartenente all'amministrazione pubblica, da quello che vede coinvolta un'impresa privata; nel primo caso, infatti, tra i vincoli vanno ricomprese anche tutte le rigidità del sistema pubblico.

Oggi, purtroppo, la sanità è diventata un diritto a basso costo. O meglio: tutti vogliono risultati di alta qualità, ma a fronte di una spesa minima. Di conseguenza, l'*outsourcing* è diventato una scelta quasi obbligata che si è poi rivelata anche un'ottima strategia aziendale. Rispetto ad altri settori, però, quello medico necessita di un'attenzione particolare, soprattutto da parte degli organi competenti che ne gestiscono le regole operative. I maggiori disagi, nella partnership *outsourcing*-sanità, sono emersi lì dove il fornitore non è stato in grado di offrire servizi di qualità, facendola anche franca proprio a causa degli scarsi controlli delle istituzioni governative. La migliore previsione è quella che apre le porte ad una forte agevolazione per i fornitori di servizi in *outsourcing*, che consenta loro di entrare in scena nella sanità con il massimo della sicurezza. Il vantaggio sarebbe certamente anche per le strutture ospedaliere e per i pazienti.

Il tema della prevenzione del rischio nelle strutture ospedaliere e sanitarie in genere, ci pone di fronte, soprattutto, al problema di individuare forme di gestione dell'organizzazione e dell'erogazione che non possono essere pensate senza considerare che sempre di più le esternalizzazioni impattano e si integrano nella strutturazione complessiva. Ci sono quindi da considerare rischi specifici legati alla esecuzione ed erogazione dei servizi esternalizzati, ma anche prassi di prevenzione che possono essere più efficaci se interpretate da tutti gli operatori del sistema, ivi compresi quelli che appartengono ai gestori privati.

Come si è detto, le scelte relative all'esternalizzazione possono derivare da considerazioni di carattere strategico: l'outsourcing può, dunque, essere visto come uno strumento a disposizione dei manager sanitari per mantenere un focus sulle competenze core delle proprie strutture.

A questo si contrappone, tuttavia, il rischio di frammentazione del controllo sulle attività *core* e sulle funzioni esternalizzate. Inoltre, non è sempre immediata la distinzione tra attività *core* e *non-core* da esternalizzare e, dunque, è forte il rischio che l'azienda sanitaria esternalizzi competenze che sono critiche al successo dell'organizzazione, pur non essendo fonte di vantaggio competitivo.

Altro fattore di analisi, oltre ai costi, riguarda la qualità dei servizi offerti dagli *outsourcer*; su questo punto è evidente il rischio di una perdita di qualità nelle prestazioni, in caso di mancato rispetto degli standard da parte degli *outsourcer* o di errata definizione delle specifiche al momento del contratto. L'*outsourcing* viene, inoltre, utilizzato - in determinati contesti regolatori - come risposta a pressioni istituzionali, soprattutto relativamente alla gestione del capitale umano. In questo senso, l'*outsourcing* può essere una soluzione ai problemi di turnover, retribuzione, selezione e training e, dunque, rappresentare un modo per "aggirare" le pressioni istituzionali, anche laddove la logica strategica non favorirebbe la scelta verso l'esternalizzazione.

La strategia dell'*outsourcing*, benché venga presentata spesso come soluzione obbligata per il miglioramento dell'efficienza, per essere efficace non può assolutamente trascurare i risvolti organizzativi interni per l'azienda che esternalizza, pena l'annullamento di tutti i vantaggi potenziali.

Il termine *outsourcing* deriva dall'inglese *Outside Resourcing* e significa procurarsi all'esterno. In pratica consiste nell'affidare le attività necessarie per il funzionamento di un'azienda sanitaria, tradizionalmente interne ad essa, alla gestione di organizzazioni esterne specializzate. Tali attività esternalizzate non devono costituire il *core business* dell'azienda sanitaria. Il *core business* di un'azienda sanitaria è assistere e curare i pazienti. Qualora venissero

esternalizzate le funzioni essenziali per raggiungere tale scopo l'azienda perderebbe rapidamente la sua funzione specifica e il peculiare motivo della sua esistenza.

In altre parole, ove la legge lo consenta, l'utente (Azienda-Cliente o *Outsourcee*) può trasferire mediante il contratto di *outsourcing* ad un'azienda esterna (Fornitore Esterno o *Outsourcer*) l'effettuazione di quelle attività "strategiche", ma non di fondamentale importanza, e di quelle "non strategiche" quando queste risultano troppo onerose per essere gestite proficuamente all'interno dell'azienda stessa.

Questa opportunità consente ad un'Azienda Sanitaria di valorizzare le proprie competenze al suo interno e di concentrarsi sulle proprie attività a maggiore valore aggiunto, contenendo i costi ed in modo da avere i mezzi necessari al proprio sviluppo.

Il ricorso all'*outsourcing*, per essere vantaggioso in ambito sanitario, deve necessariamente prevedere la codifica e il rispetto del complesso sistema di interazione.

Nei rapporti di *outsourcing* si distinguono tre soggetti:

1) azienda che assegna il servizio: cliente o committente o *outsourcee*;

2) azienda che riceve l'incarico di eseguire il servizio: fornitore, vendor, partner o *outsourcer*;

3) cliente finale: può essere l'utente interno che usufruisce del processo assegnato in *outsourcing*.

Le tipologie di *outsourcing* più diffuse sono:

Full outsourcing - viene ceduta all'*outsourcer* la gestione di un'intera funzione (es. gestione personale, evoluzione degli applicativi, ecc.), ma secondo criteri e finalità comuni tra cliente e fornitore esterno, mediante una condivisione dell'aspetto organizzativo e degli obiettivi.

Outsourcing di base - il committente affida all'*outsourcer* la totale o parziale gestione di un settore (gestione operativa), conservando al proprio interno il controllo delle operazioni.

Transformational outsourcing - nasce in ambito informatico. Si affida all'esterno per modificare qualcosa all'interno. L'*outsourcer* da un lato mantiene provvisoriamente la funzione dell'area da ristrutturare, evitando il rischio di blocco delle funzioni, e dall'altro lato funge da consulente nell'operazione di cambiamento. Infine questa forma si trasforma in *full outsourcing*.

Outsourcing funzionale - affidamento di singole funzioni o parti di esse (es. sistemi informativi, ufficio legale, risorse umane, telecomunicazioni, amministrazione, formazione, ecc.).

Joint-venture outsourcing - il fornitore e il cliente condividono rischi e remunerazioni.

Stando a queste definizioni, affinché l'*outsourcing* si sviluppi come tecnica di gestione aziendale, è necessario che siano soddisfatte, fra l'altro, due condizioni: la prima ha carattere oggettivo e consiste nella presenza sul mercato di operatori sufficientemente professionali e specializzati, che garantiscano un efficiente espletamento della funzione da esternalizzare; la seconda ha, invece, natura più soggettiva e riguarda il superamento da parte del management societario di varie remore psicologiche, in particolare il timore di un "autoridimensionamento" professionale. L'introduzione dell'*outsourcing* all'interno di un'azienda può generare problematiche organizzative e incontrare resistenze di ogni genere a tutti i livelli della struttura gerarchica aziendale oltre che sindacale.

Principali vantaggi

L'*outsourcing* tende a:

- accrescere l'efficienza e ridurre i costi perché genera competizione;
- fare ricorso a tecnologie più avanzate e accedere a elevati livelli di specializzazione;
- concentrarsi sulle attività strategiche;
- rendere disponibili risorse da indirizzare ad altri fini;
- concentrare l'attenzione su altri aspetti quali la verifica della qualità dei servizi e su livello di soddisfazione dell'utenza;
- soddisfare più rapidamente le richieste dei clienti;
- creare opportunità di investimento e di occupazione al di fuori del settore pubblico e stimolare l'economia di mercato.

Criticità

L'*outsourcing*:

- aumenta la probabilità della corruzione per il maggiore ricorso ad affidamenti anche tramite gare;
- è contrario all'etica del servizio pubblico, per sua natura no-profit, nell'ipotesi in cui il privato che acquisisce il contratto si pone comunque l'obiettivo del profitto;

- accresce il rischio di dipendenza, specie se ci si affida a un unico fornitore;
- genera perplessità sull'affidamento delle responsabilità;
- l'affidamento del servizio all'esterno potrebbe essere vietato dalla legge, specie in relazione a determinati servizi e nel caso in cui si tratti di outsourcer privato (cfr., ad es., L.R. Sicilia 14 aprile 2009, n. 5);
- impone ulteriori obblighi di controllo del cliente sul corretto esercizio delle attività affidate all'esterno e lo espone, conseguentemente, a forme di responsabilità (civili o penali) per *culpa in eligendo* o *in vigilando*.

Tra i maggiori benefici che genera dunque il ricorso all'*outsourcing* vi è la concentrazione dell'attenzione aziendale sul *core competence*: sempre più necessario in un ambiente come quello sanitario, nel quale si fanno sentire sempre più intense le spinte competitive da parte di enti sia pubblici sia privati, e può essere vantaggioso, in questi casi, lasciare ad altri lo svolgimento di compiti sussidiari all'attività caratteristica.

Di notevole importanza è inoltre il supporto nella gestione della complessità della tecnologia, soprattutto in settori nei quali l'evoluzione è talmente rapida da rendere difficile l'aggiornamento continuo.

Tra i rischi invece potremmo ipotizzare la riduzione del potere negoziale nei confronti del fornitore, la smobilitazione di alcuni servizi (soprattutto servizi che abbiano caratteristiche di crucialità) può creare degli *switching cost* così elevati da rendere poco credibile la minaccia di abbandonare il fornitore in caso di mancato rispetto delle clausole contrattuali oltre ad un'eventuale rigidità del fornitore nell'osservanza delle clausole contrattuali, anche di fronte a sopravvenuti mutamenti del contesto.

Analizzati rischi e benefici, occorre tener presente che la pratica dell'*outsourcing* sta diffondendosi sempre più nel mondo sanitario come soluzione a diverse criticità sia organizzative che economiche che sempre più spesso le Aziende Sanitarie sono chiamate ad affrontare. Tale pratica ha incominciato a riguardare settori che tradizionalmente erano considerati come strategici e da erogarsi con risorse interne all'ospedale.

Dunque, è necessario, nel momento in cui si decide di intraprendere questa strada, tenere presente le diverse soluzioni possibili oltre a considerare le conseguenze, fatte di luci e di ombre, che le varie opzioni comportano.

Qualunque strada si intraprenda comunque alcuni aspetti devono essere presenti.

In tale contesto si sviluppa dunque l'idea di "tagliando" periodico tra gli attori del processo che si estrinseca nello stretto rapporto di collaborazione tra la Ditta appaltata e la Direzione di Presidio, ed il rapporto di partnership tra i due attori, dove il decisore pubblico deve sviluppare, oltre la capacità di controllo qualitativo, anche la flessibilità di una continua coprogettazione per la revisione e l'aggiustamento del servizio esternalizzato a seconda delle evoluzioni della normativa. Tali rapporti risulteranno, pertanto, strategici sia nelle fasi immediatamente precedenti la messa in opera del servizio esternalizzato, che nella fase operativa "a regime".

Il Controllo di Gestione nelle ASL e il modello posto in essere presso l'ISMETT

FEDERICA MARIA PAGANO

Responsabile URP e Coordinatore Amministrativo Casa di Cura "Regina Pacis" di San Cataldo (CL)

Riassunto: La crescente attenzione delle forze politiche e dei media alle dinamiche della spesa sanitaria pubblica ha portato, negli ultimi decenni, a profonde modifiche del Sistema Sanitario Nazionale, con l'introduzione di logiche di gestione privatistiche, che sono poi andate consolidandosi negli anni successivi. Da qui la necessità di introdurre, anche con riferimento alle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche, un sistema di controllo di gestione che permetta di analizzarne le performance e di verificare la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite.

Il controllo di gestione, in estrema sintesi, è uno strumento del management che permette di ottimizzare la gestione delle risorse economiche e produttive all'interno dell'azienda, di utilizzare efficacemente le proprie risorse e ottimizzare gli obiettivi aziendali orientando i comportamenti degli operatori verso il perseguimento di obiettivi prefissati.

Il contributo permette di analizzare i documenti di programmazione della Regione Siciliana, mostrando come questa abbia recepito gli indirizzi generali dettati dallo Stato circa il contenimento della spesa e come abbia deciso di procedere, attraverso la fissazione di una serie di obiettivi a medio termine, all'attivazione del sistema di controllo per ridurre gli sprechi. Tale analisi sarà di sussidio alla comprensione delle tecniche di pianificazione, programmazione e controllo nell'ISMETT di Palermo e come esso si è organizzato per attuarle.

Il sistema di controllo di gestione all'avanguardia utilizzato da ISMETT permette di mettere a disposizione del management dati eterogenei opportunamente connessi al fine di guidarne le scelte e produrre report specifici.

I risultati raggiunti dall'ISMETT confermano come sia possibile migliorare la qualità in sanità contenendo gli sprechi attraverso la definizione chiara degli obiettivi di efficienza, efficacia e economicità e al monitoraggio preciso e tempestivo dei risultati raggiunti e delle risorse necessarie allocate e da allocare.

Parole chiave: spesa sanitaria, pianificazione, programmazione, gestione, ISMETT

Abstract: *The growing attention of political forces and the media in recent years with reference to the health sector and in particular to the trends of public health spending has led, in recent decades, to profound changes to the National Health System. Hence the need to introduce a management control system that analyzes performances and verifies the correct and economic management of resources.*

In summary, Management Control is a tool of Health Management that: optimizes the management of economic and productive resources within the local health company (ASL); allows the effective use of resources; directs the behavior of the healthcare managers towards the pursuit of the pre-established company objectives.

This document allows the reader to analyze the planning documents of the Sicilian Region, showing how this has been implementing the general guidelines dictated by the central state on the spending containment. Furthermore, it evaluates how the region has proceeded, through the setting of a series of medium-term objectives, to the activation of a control system to reduce the waste of resources.

(segue)

(segue)

The paper will also give an understanding of which planning, programming and control techniques were adopted by the Mediterranean Institute for Transplantation and Advanced Specialized Therapies (ISMETT) located in Palermo and how it is organized to implement its operating methodologies. The cutting-edge management control used by ISMETT provides its management with a series of heterogeneous and suitably connected data used to guide management choices or design specific reports. The results achieved by ISMETT confirm the Excellency of its management control system, showing how it is possible to improve the quality of the healthcare sector by limiting waste of resources through the clear definition of efficiency, effectiveness and cost-effectiveness objectives, as well as through precise and timely monitoring of the results achieved and of the resources.

Keyword: *public health, planning, programming, control, ISMETT*

Introduzione

Il sistema sanitario dei Paesi europei si sviluppa sempre più velocemente, con riferimento alle innovazioni di natura scientifica, ma risulta tuttavia sempre più limitato a causa della riduzione di risorse disponibili dovuta alla persistente crisi economica degli ultimi anni. Questo ha spinto il legislatore nazionale ad approvare una specifica normativa di settore che ha introdotto strumenti di management tali da permettere di monitorare l'utilizzo delle risorse e guidare i manager e i dipartimenti sanitari verso scelte che consentano di curare il maggior numero di pazienti, evitando gli sprechi e assicurando il maggiore grado possibile di qualità e sicurezza. Il presupposto generale è infatti quello che le aziende sanitarie affondano le proprie radici principalmente sull'aspetto economico della gestione interpretato sia come raggiungimento di un equilibrio tra costi e ricavi, sia come razionalizzazione dei costi. Esattamente in questo contesto si introduce il processo di pianificazione strategica, programmazione e controllo di gestione adottato dalle aziende sanitarie che rappresenta l'insieme di tutte le attività svolte all'interno dell'azienda necessarie a fornire al manager le informazioni per la fissazione degli obiettivi ed il supporto al processo decisionale.

Quello che in primo luogo è opportuno chiarire è che non esiste Pianificazione e Controllo senza Strategia e che quindi il ruolo principale delle aziende è quello di orientare i comportamenti verso il raggiungimento di obiettivi (*in primis* gli obiettivi strategici). I Sistemi di Pianificazione e Controllo - una volta definiti programmazione e obiettivi strategici - permetteranno ai manager di accertarsi che la gestione verrà svolta in condizioni di efficienza ed efficacia tali da permettere il raggiungimento delle finalità istituzionali ed il soddisfacimento dei bisogni. Pertanto sarà necessario individuare i bisogni e, rispetto a questi, si reperiranno le risorse necessarie e si attiverà il processo produttivo.

Avendo risorse a disposizione, bisognerà effettuare una valutazione di efficienza attraverso una attenta analisi che permetterà di capire se le risorse messe a disposizione siano sfruttate e valorizzate al massimo, valutando quindi il rapporto tra quanto l'azienda produce rispetto alle risorse che ha a disposizione (quantità di output/quantità di input).

Un altro tipo di valutazione da fare sarà quella di efficacia. Essa permetterà di verificare se, attraverso la produzione di un dato bene e/o servizio, l'azienda sia riuscita a rispondere ad uno o più bisogni precedentemente individuati (obiettivi attesi/risultati ottenuti).

La valutazione dell'efficacia e dell'efficienza non è però sufficiente all'azienda per capire se ha realizzato una gestione corretta della propria attività. C'è infatti un terzo elemento da tenere in considerazione, ossia l'economicità, condizione che riguarda la capacità di un'azienda di persistere nel tempo e di perseguire le finalità per cui è nata.

L'attività di programmazione e controllo è, quindi, di fondamentale importanza per un'azienda che, nel corso della gestione, può incontrare alcune condizioni di criticità (mancanza di risorse, obiettivi diversi, molteplicità di soggetti da gestire, numerosità di competenze richieste, ecc.) anche nel caso in cui si tratti di un contesto di successo.

Attraverso la pianificazione (che consente di fissare gli obiettivi) ed il controllo (che consente

di verificare se tali obiettivi siano stati raggiunti e in che misura) un'azienda può comprendere l'andamento della sua attività di gestione e capire se e in che modo migliorarla. Tutte le fasi del processo sono collegate tra loro e una non può non prescindere l'altra.

Ciò premesso, l'analisi che segue provvederà a esaminare i singoli aspetti del processo chiarendone le definizioni e relative attività.

Pianificazione strategica

Concordando con la più condivisa definizione dello studioso americano Robert N. Anthony, la pianificazione strategica rappresenta il processo di decisione degli obiettivi di un'organizzazione, analisi delle risorse necessarie per raggiungerli e definizione delle politiche di allocazione delle stesse (Anthony, 1978).

Anche la definizione proposta da Luigi Brusa (2011), facendo leva sugli stessi concetti già introdotti da Anthony, sostiene che la pianificazione rappresenta il processo con cui si definisce l'insieme delle azioni o iniziative che verranno realizzate in un arco di tempo pluriennale prestabilito.

Secondo Brusa, tuttavia, la pianificazione non permette solo di stabilire quali sono gli obiettivi che si vogliono raggiungere in un determinato periodo di tempo, ma anche di predisporre i mezzi necessari per raggiungerli.

Infine la definizione di Sandro Frova aggiunge un elemento importante a quanto già detto, affermando come uno degli obiettivi perseguiti attraverso l'utilizzo degli strumenti di pianificazione è quello di permettere al management di essere costantemente aggiornato in merito alle minacce e opportunità future (Frova, 1992).

Tali definizioni rendono chiaro come la pianificazione, per poter realizzarsi, trovi il suo fondamento nella definizione degli obiettivi e dello scopo dell'impresa: non è infatti pensabile l'implementazione di una qualsiasi strategia senza sapere esattamente dove si vuole arrivare, come ci si vuole arrivare (e dunque quali mezzi utilizzare) e cosa si intende fare.

Programmazione

Questa rappresenta la seconda fase del processo di pianificazione strategica, programmazione e controllo di gestione. Essa permette di trasformare le linee guida contenute nei piani strategici in vere e proprie azioni operative.

I principali *output* di tale fase sono i programmi operativi e il budget. In particolare quest'ultimo rappresenta la formulazione in termini quantitativi e monetari delle informazioni contenute nei programmi aziendali. La sua funzione principale è quella di guidare e responsabilizzare il management al fine del raggiungimento degli obiettivi di breve periodo. Normalmente infatti il budget copre un orizzonte temporale annuale, benché spesso venga arricchito tramite articolazioni trimestrali o addirittura mensili.

L'evoluzione naturale del concetto di budget è rappresentata dal *forecast*, che rappresenta anch'esso uno strumento a disposizione della fase di programmazione, ma che non contiene al suo interno solo dati provvisionali. Accoglie infatti anche dati consuntivi, al fine di permettere al management di verificare in modo tempestivo la coerenza dei dati previsionali con la dinamica gestionale dell'azienda e - se necessario - riformulare le previsioni non considerabili più come valide.

Controllo di gestione

L'ultima fase del processo è definita controllo di gestione, che necessita di strumenti contabili e di rilevazioni extracontabili attraverso i quali esprimere in termini quantitativo-monetari sia gli obiettivi e i programmi di gestione, sia i risultati effettivamente conseguiti, sia gli scostamenti tra i programmi e i risultati. Tale ultima fase può essere distinta in due ulteriori sotto-fasi chiamate:

- controllo antecedente o ex-ante: viene messo in atto prima che i fatti aziendali oggetto di monitoraggio si verifichino;
- controllo susseguente o ex-post: permette l'analisi dei fatti di gestione dopo il loro accadimento.

In questo stadio di controllo un ruolo fondamentale è ricoperto da uno degli strumenti del controllo di gestione: il budget. Esso esprime un possibile modello di bilancio che l'azienda programma *ex ante*: si tratta cioè di dare quantificazione monetaria ai programmi operativi che vengono predisposti dalle diverse funzioni aziendali, e di operare poi una loro sintesi nei documenti costitutivi del bilancio (conto economico,

rendiconto finanziario e stato patrimoniale). Il processo di budgeting viene a essere caratterizzato per la sua componente contabile, nel senso che il processo trova la propria sintesi nella preparazione di un documento contabile (il budget) nel quale trovano composizione e ordine l'insieme dei fattori utilizzati e dei risultati raggiunti.

Per uno sviluppo efficace del processo di budgeting, è doveroso prestare attenzione all'apporto della contabilità analitica cioè a quell'"insieme di determinazioni economico-quantitative con le quali si calcolano i costi, i ricavi e i risultati economici di particolari oggetti, individuabili all'interno del sistema aziendale" (Brusa, 2009).

La contabilità analitica deve essere affiancata da quella generale, la quale permette la rilevazione dei fatti amministrativi che si concretizzano in rapporti di scambio con agenti economici esterni e trova il suo naturale compimento all'interno del bilancio d'esercizio (introdotto con il D.Lgs. 502/1992). Nella tab. 1 sono riassunte le principali differenze tra la contabilità analitica e la contabilità generale.

La fase conclusiva del processo di controllo di gestione è definita analisi degli scostamenti ed è scomponibile nelle seguenti operazioni (Brusa, 2000):

- confronto tra i valori consuntivi e i valori di budget e determinazione degli scostamenti globali;
- scomposizione degli scostamenti globali in scostamenti elementari e delle relative responsabilità;
- definizione delle azioni correttive.

Le finalità che si propone l'analisi degli scostamenti sono quindi quelle di:

- correggere tempestivamente le disfunzioni gestionali;
- mettere in evidenza eventuali fatti nuovi che possano mettere in discussione la validità delle previsioni iniziali e richiedere quindi una revisione del budget;
- responsabilizzare i manager operativi.

Dopo aver analizzato nel dettaglio le singole fasi del processo, lo analizziamo nella sua interezza, concentrandosi sui rapporti reciproci e sulle componenti che ne permettono un'implementazione efficace.

La prima di tali componenti è senza dubbio la struttura organizzativa la cui complessità è determinata dal grado di decentramento decisionale. Ad un maggior grado di decentramento decisionale deve sempre essere accompagnata una chiara distribuzione delle responsabilità da effettuarsi nell'ambito del processo di pianificazione e successiva programmazione.

Tab. 1 - Analisi comparata di contabilità generale e contabilità analitica

Criterio distintivo	Tipo di contabilità	
	Generale	*Analitica*
a) epoca di riferimento	Passato	Passato e futuro
b) oggetto	Fatti di gestione dell'azienda nel suo insieme, aventi manifestazione numeraria, e in particolare scambi di mercato	Utilizzo di fattori produttivi nei processi interni di gestione
c) classificazione dei costi	Per "natura" fisico-economica dei fattori produttivi	Per "natura" e secondo altri criteri utili ai fini operativi
d) precisione e tempestività	Dati "precisi" più ancora che tempestivi	Dati tempestivi più ancora che "precisi"
e) utilizzo direzionale	Saltuario (per ciò che concerne i costi e i ricavi rilevati durante l'esercizio in base alla loro manifestazione numeraria)	Continuativo, nei processi decisionali e, più in generale, di controllo di gestione
f) obbligatorietà	Obbligatoria per legge	Non obbligatoria per legge
g) metodologia di rilevazione	Contabile in senso stretto, cioè in partita doppia	Contabile o extra contabile

A tale scopo l'azienda deve essere suddivisa in centri di responsabilità, la cui analisi permetterà, nel corso della fase di controllo di gestione, di verificare e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dal vertice. Tali centri di responsabilità possono essere distinti tra:

- *centri di spesa*, la cui valutazione si concentrerà principalmente sulle performance legate alla corretta utilizzazione delle risorse attribuite;
- *centri di costo*, in questo caso la principale responsabilità individuabile è quella relativa all'efficienza e quindi al contenimento dei costi;
- *centri di ricavo*, responsabilizzati sui risultati di vendita realizzati;
- *centri di profitto*, con l'accento posto sui margini di contribuzione.

In secondo luogo risulta di importanza fondamentale per l'intero processo di pianificazione, programmazione e controllo che l'azienda sia dotata di un sistema informativo efficace. Solo in questo modo chi ne è responsabile potrà prendere decisioni tempestive e appropriate.

Attualmente nelle maggiori imprese l'utilizzo delle tecnologie informatiche ha permesso di implementare sistemi informativi altamente integrati (Saita, 1996) composti normalmente da una componente extra-contabile e da una componente contabile.

L'introduzione *ex-lege* del processo di controllo di gestione in ambito sanitario

Come detto, la necessità di introdurre un sistema di controllo di gestione che permetta di analizzare le performance delle aziende sanitarie è connessa all'introduzione delle logiche di gestione privatistiche, previste dal D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni. In particolare secondo l'art. 3, comma 6 il conferimento di autonomia e responsabilità sui risultati alle strutture del Sistema Sanitario Nazionale richiede di "verificare la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite" alle ASL, anche attraverso "valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati" (Nebiolo, 2006).

Inoltre all'art. 5 è stata prevista l'introduzione di alcuni strumenti propri del controllo di gestione e in particolare:

- il piano programmatico che definisce le linee strategiche delle ASL;
- il bilancio pluriennale di previsione che traduce in termini economico-patrimoniali le scelte inserite nel piano programmatico;
- il bilancio economico preventivo;
- la contabilità analitica per centri di responsabilità.

L'introduzione di tali strumenti, e l'obbligo di rispettare il vincolo di bilancio, è ritenuta necessaria per facilitare le analisi comparative.

Il D.Lgs. 29/1993 ha inoltre previsto (art. 20) l'istituzione di un apposito servizio di controllo interno. Seguiva il D.Lgs. 286/1999 che considerava, invece, il controllo di gestione lo strumento con cui "verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati". In particolare, all'art. 4, veniva introdotto l'obbligo per tutte le amministrazioni pubbliche, tra le quali sono ricomprese quindi anche le ASL, di attuare il controllo di gestione, al fine di verificare che la gestione aziendale si svolga in condizioni di efficacia e di efficienza, tali da permettere il raggiungimento degli obiettivi aziendali prestabiliti.

Nel 2009 la L. 42 e il cosiddetto "Decreto Brunetta" affermavano la necessità, per le ASL, di produrre dati e informazioni precise e tempestive che possano supportare il processo di determinazione dei costi standard e le analisi sulle performance (Vagnoni, Maran, 2013).

Va rammentato che il settore sanitario non soltanto risulta particolarmente complesso da governare, ma è necessario per garantire alcuni diritti fondamentali della collettività. Rappresenta inoltre una delle voci più importanti dei bilanci statali e un settore strategico per le nazioni. Proprio per questi motivi va da sé che su di esso si concentri in modo significativo l'attenzione dell'opinione pubblica e che i provvedimenti normativi che nel tempo si sono succeduti abbiano posto al centro del sistema l'utente e i temi dell'efficacia e dell'efficienza della gestione.

I servizi sanitari assumono dunque la conformazione aziendale al fine di responsabilizzare gli attori rispetto ai risultati e assicurare l'equilibrio economico. Per permettere tutto questo è necessario che gli strumenti propri del controllo di gestione vengano declinati sulla base della specifica natura del settore sanitario, come verrà descritto nel prosieguo.

Il processo di budgeting

Nel corso di tale processo vengono fissati gli obiettivi di breve periodo e tradotti in grandezza economico-finanziarie. Tramite il budget, che, come detto, rappresenta l'*output* principale del sistema di controllo di gestione, è possibile assegnare le risorse ai diversi settori di attività e riepilogare gli obiettivi riferiti ad un determinato periodo di tempo.

Nell'ambito delle ASL la formulazione del budget deve tenere in considerazione le peculiarità gestionali specifiche, *in primis* la necessità di autonomia clinica per il personale medico, che rendono impossibile l'applicazione di metodi *top-down*, tramite i quali gli obiettivi aziendali vengono definiti solo dalla direzione strategica. Al contrario è necessario applicare la logica *bottom-up*, perché il processo decisionale si realizzi attraverso la collaborazione di tutti i dirigenti aziendali. Inoltre tale formulazione deve prendere avvio dalla definizione sia degli obiettivi aziendali, sia di quelli stabiliti dalla Regione (Cesaroni, 2000).

Il processo deve iniziare da una definizione chiara dei macro obiettivi che l'azienda sanitaria deve perseguire, i quali possono ad esempio essere stabiliti dalle Regioni. In seguito i sotto obiettivi devono essere assegnati ai singoli centri di responsabilità, permettendo la creazione di budget settoriali.

Il processo di budget può essere quindi declinato nelle seguenti fasi:

- stima della domanda di servizi sanitari, necessaria per procedere all'identificazione delle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'analisi della domanda può riguardare sia i centri di responsabilità che svolgono attività di erogazione di servizi agli utenti finali, sia i centri cosiddetti di staff, benché la domanda di servizi di supporto dipenda direttamente dalla domanda di servizi sanitari;
- definizione dei budget dei centri di responsabilità, con particolare riferimento a obiettivi e risorse da attribuire. Tali previsioni non vanno formulate però solo dal punto di vista quantitativo, ma anche tenendo conto dell'aspetto organizzativo e qualitativo. Esistono infatti, in ambito sanitario, attività per cui è possibile effettuare stime del volume necessario per rispondere ad uno specifico fabbisogno, ma anche attività che devono seguire una logica di tipo contingente. Individuate le diverse tipologie di attività è necessario poi valorizzarle sulla base delle tariffe regionali;
- verifica della compatibilità economico-finanziaria e del rispetto degli obiettivi programmati, attraverso un confronto tra le risorse disponibili e quelle richieste dai centri di responsabilità;
- negoziazione delle proposte di budget provenienti dai diversi centri di responsabilità;
- formulazione del budget complessivo aziendale.

L'analisi della gestione aziendale tramite il processo di budgeting può riguardare le operazioni di gestione esterne, attraverso le quali l'azienda acquisisce fattori produttivi attraverso cui è possibile l'erogazione dei servizi, oppure le operazioni di gestione interne, relative invece all'organizzazione dei fattori produttivi al fine dell'erogazione dei servizi sanitari.

Alla prima esigenza è possibile rispondere attraverso la contabilità generale, che ha l'obiettivo di monitorare le attività di scambio tra l'azienda e l'ambiente esterno. La contabilità analitica fornisce invece informazioni sul consumo di risorse e permette:

- la conoscenza dei costi dei prodotti e dei servizi acquisiti dall'azienda;
- la valutazione delle performance economiche;
- l'analisi della redditività;
- l'espressione di giudizi di convenienza economica;
- di supportare il contenuto informativo della contabilità generale;
- l'analisi dei costi di prodotti e servizi erogati;
- la valutazione di performance e responsabilità;
- di esprimere giudizi di convenienza economica.

Nella pratica operativa il sistema di contabilità analitica permette di rilevare i costi che devono successivamente essere imputati ai diversi centri di responsabilità sulla base della loro partecipazione alla realizzazione della prestazione sanitaria.

I centri di responsabilità: centri di costo

I centri di responsabilità, con particolare riferimento ai centri di costo, sono considerabili come le unità contabili minime alla base del funzionamento del sistema di controllo di gestione.

Per definire un piano dei centri di responsabilità è necessario partire quindi dall'analisi organizzativa della ASL, identificando le diverse linee di responsabilità.

Nelle aziende ospedaliere il sistema di contabilità analitica risulta orientato *in primis* alla misurazione del consumo di risorse e dei costi. Per fare questo il sistema aziendale viene suddiviso in centri di responsabilità di costo o di spesa.

Un centro di costo è infatti un'unità organizzativa destinataria di risorse e alla quale devono essere imputati i relativi costi, che devono essere rilevati tramite criteri chiari e immediati, senza dover procedere ad elaborazioni intermedie.

Ogni centro di costo deve avere un responsabile e i centri di costo devono essere classificati tra:

- centri di costo di prestazioni finali, come nel caso delle diverse divisioni ospedaliere;
- centri di costo di prestazioni intermedie, come ad esempio i laboratori di analisi;
- centri di costo di supporto, come per esempio gli uffici amministrativi.

I costi da imputare possono invece essere classificati secondo le diverse modalità di imputazione ai loro oggetti oppure in base al loro comportamento.

Nel primo caso i costi si distinguono tra diretti - che risultano attribuibili in modo oggettivo e immediato ad uno specifico oggetto di riferimento - e indiretti, che possono essere attribuiti ad uno specifico oggetto di riferimento in modo mediato, tramite l'utilizzo di criteri di riparto.

Per quanto riguarda la seconda classificazione possiamo definire variabili i costi che variano in proporzione al volume di output prodotto e fissi, se non variano al variare del volume di output prodotto.

La tipologia di contabilità analitica delle ASL dipende dalla configurazione di costo prescelta per l'imputazione ai centri di costo. Le principali configurazioni sono:

- *Direct costing*, sulla base della quale vengono imputati ai diversi centri di costo solo i costi diretti;
- *Full costing*, sulla base della quale vengono imputati ai diversi centri di costo i costi pieni, che cioè includono tutti i costi di conto economico attribuiti ad uno specifico oggetto.

Tuttavia, le basi di imputazione tradizionalmente impiegate possono rilevare criticità poiché - essendo adottata un'unica metodologia di ribaltamento, rappresentata da variabili fisiche quali ad esempio le superfici (metri quadri dei locali utilizzati) o da variabili temporali (ore di camera operatoria, ore di utilizzo di un macchinario) - queste si rivelano spesso non in grado di misurare l'effettivo fabbisogno produttivo.

Al contrario il metodo di imputazione denominato *Activity Based Costing* (ABC), benché più complesso, permette un grado di precisione maggiore in quanto la sua applicazione richiede che la ripartizione dei costi comuni sia effettuata in relazione al *cost driver* di ciascun ciclo produttivo.

L'analisi delle performance

Il principale aspetto che viene preso in considerazione quando si effettua l'analisi delle performance di un'azienda sanitaria è quello dell'economicità, che può essere definita come la capacità - mantenuta nel lungo periodo - di soddisfare i bisogni di pubblico interesse facendo affidamento su un flusso di risorse economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità. Più nello specifico si intende quindi la capacità dell'azienda di perdurare nel tempo in modo autonomo, senza interventi terzi. Inoltre è possibile definire il concetto di economicità applicato alle aziende sanitarie facendo riferimento al mantenimento di un equilibrio dinamico tra risorse impiegate, quantità e qualità dei servizi erogati e effetti prodotti sulla collettività. Le valutazioni di economicità devono quindi basarsi anche su informazioni di natura extra contabile, come ad esempio la soddisfazione dell'utenza, ed essere integrate con indicatori di qualità.

Oltre al citato aspetto dell'economicità, le aziende sanitarie devono, tuttavia, ricercare anche:

- l'efficacia nel perseguimento degli obiettivi;
- l'efficienza declinabile in due differenti tipologie:
  - allocativa: che riguarda la modalità di distribuzione delle risorse tra impieghi alternativi all'interno del sistema aziendale,
  - produttiva: che riguarda la massimizzazione degli output;
- l'equilibrio economico, cioè la capacità di commisurare il consumo di risorse derivanti

dall'impiego dei fattori produttivi e i costi sostenuti per l'acquisizione dei fattori produttivi;

• l'equilibrio patrimoniale, finalizzato a garantire un'adeguata copertura del fabbisogno finanziario tramite un opportuno bilanciamento tra consistenza e composizione delle fonti di finanziamento e degli impieghi;

• l'equilibrio finanziario, che fa riferimento alla capacità dell'azienda di coprire in modo tempestivo ed economico i fabbisogni finanziari derivanti dalle operazioni di gestione.

Il controllo di gestione in ambito sanitario in Sicilia

Per entrare maggiormente nel dettaglio dell'applicazione delle dinamiche del controllo di gestione nell'ambito del sistema sanitario e per comprendere l'utilizzo del Controllo di Gestione presso l'ISMETT si sintetizza la realtà della Regione Sicilia.

Nel nuovo assetto del Sistema Sanitario Nazionale, il ruolo delle Regioni ha assunto maggior rilievo tanto dal punto di vista istituzionale, la gestione del sistema sanitario e gli strumenti della governance sono regolati dalle alleanze politiche che amministrano le regioni, quanto da quello economico, essendo demandata a quest'ultime la gestione di capitali e proventi attraverso processi di sussidi, investimenti, stanziamenti di somme, finanziamenti degli erogatori nonché di ripiano di eventuali disavanzi.

È il fenomeno della cosiddetta "regionalizzazione" del sistema, che ha trovato piena attuazione nel processo di federalismo avviato con il D.Lgs. 56/2000, la riforma del Titolo V della Costituzione e da ultimo con la legge delega n. 42 del 5 maggio 2009 in materia di federalismo fiscale e i successivi decreti attuativi.

La riforma ha infatti attribuito alle Regioni italiane - già a partire dai primi anni '90 - grande autonomia nell'organizzare i servizi sanitari sul proprio territorio per poi avviarsi - dal 1995 in poi - a un doppio fenomeno: quello della regionalizzazione e della aziendalizzazione. Da allora i governi regionali si sono effettivamente serviti - cercando di trarne vantaggi - di tale autonomia, adottando strategie anche molto differenti tra loro tanto che gli orientamenti presenti nei sistemi sanitari adottati dalle regioni sono, spesso e volentieri, totalmente dissomiglianti tra di loro.

Il governo regionale siciliano ha emanato una serie di linee guida per permettere la precisa definizione della metodologia e delle regole di rilevazione e rendicontazione delle prestazioni del Sistema Sanitario Regionale.

La validità e l'applicabilità del Modello di controllo di gestione proposto dall'Assessorato della Salute della Regione possono essere declinate a livello:

a) regionale, in quanto - al fine di adottare scelte coerenti con gli obiettivi nazionali - la programmazione regionale è necessaria anche per effettuare dei confronti tra regioni;

b) aziendale, il modello infatti permette la definizione di obiettivi coerenti con la programmazione regionale e la misurazione delle performance delle diverse aziende;

c) intra-aziendale, le attività di programmazione e controllo risultano infatti necessarie anche a livello di Unità Operative e Distretti.

L'implementazione del Modello richiede infine:

- la definizione di una metodologia uniforme a livello regionale, coerente con il dettato delle previsioni normative vigenti e con le metodologie definite a livello nazionale;
- l'applicazione della metodologia in tutte le aziende sanitarie;
- la produzione sistematica di dati.

Tenendo in considerazione sia la domanda di servizi sanitari, sia la relativa offerta, il Modello si articola su tre dimensioni: prestazioni, risorse e strutture (fig. 1).

In particolare, la vista per Offerta (fig. 2) è finalizzata al monitoraggio delle prestazioni erogate agli assistiti da parte di ASL e AO e delle risorse utilizzate a fronte di tali prestazioni. In questo modo è infatti possibile analizzare i livelli di efficienza e produttività delle cosiddette unità aziendali elementari omogenee, rappresentate per esempio da presidi, ambulatori, unità operative e distretti. Tale livello di dettaglio è richiesto al fine di permettere confronti tra ASL e AO, tenendo comunque in dovuta considerazione le specificità dei territori considerati.

Al contrario la vista per Domanda (fig. 3) permette di effettuare analisi assumendo la prospettiva dell'assistito cui sono erogate le prestazioni. In particolare in questo modo è possibile monitorare la capacità delle ASL di garantire i LEA nell'ambito dei finanziamenti ricevuti.

Per mettere in atto tale prospettiva gli assistiti devono essere classificati progressivamente per:

Fig. 1 – Gli elementi fondanti del modello di controllo di gestione regionale

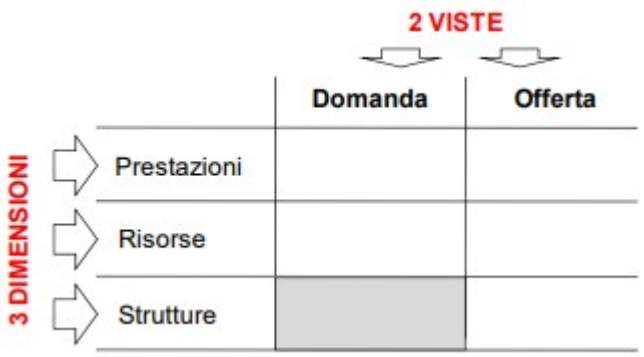
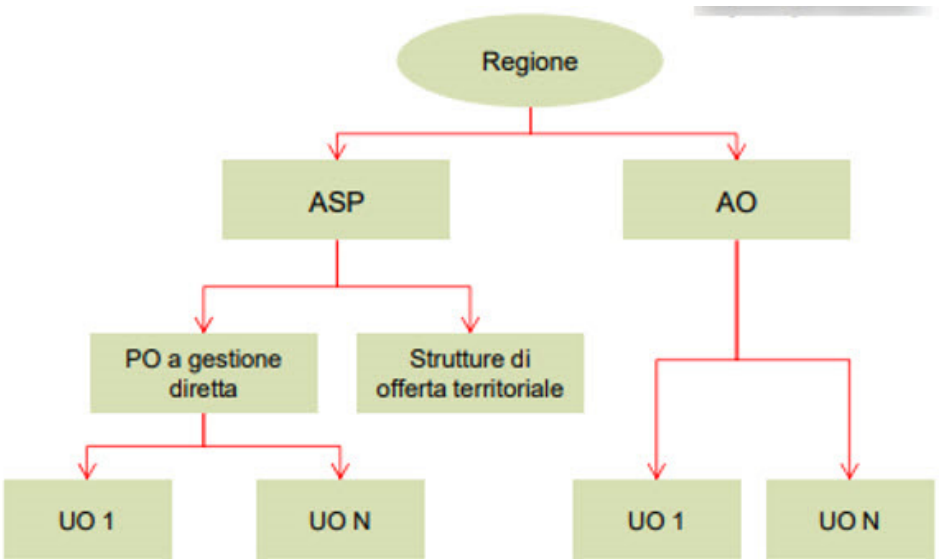


Fig. 2 – Vista per "offerta"



- Aree omogenee di provenienza;
- ASL di residenza;
- Distretto di appartenenza;
- Medico di medicina generale da cui sono assistiti.

Il Modello si compone di quattro macro aree riepilogate in fig. 4.

L'area "Strumenti e Anagrafiche" permette di rilevare in modo uniforme le grandezze accolte nel modello attraverso l'elaborazione del Piano dei Centri di Rilevazione e del Piano dei Conti di Contabilità Analitica.

La struttura del Piano dei Centri di Rilevazione è definita in modo da permettere:

- il mantenimento di un ragionevole grado di aggregazione che permetta tuttavia di effettuare le rilevazioni prendendo in considerazione un'unità minima gestionale comune ai diversi contesti aziendali;
- l'impostazione di oggetti di rilevazione che tengano conto delle specificità tipiche del contesto regionale;
- la rappresentazione sia della prospettiva dell'offerta sia della prospettiva della domanda;
- una risposta efficace alle esigenze informative nazionali.

Il Piano dei Centri di Rilevazione è quindi suddiviso in:

- centri finali, tra cui ricordiamo principalmente i centri finali ospedalieri, rappresentati dai reparti ospedalieri dotati di posti letto che erogano prestazioni finali - di ricovero o assistenza specialistica ambulatoriale - agli utenti. ad ognuno di tali centri è possibile attribuire - in modo oggettivo e senza ricorrere ad operazioni di allocazione sulla base di driver di ripartizione - ricavi propri derivanti dall'attività di dismissione e assistenza specialistica ambulatoriale.

Fig. 3 – Vista per "domanda"

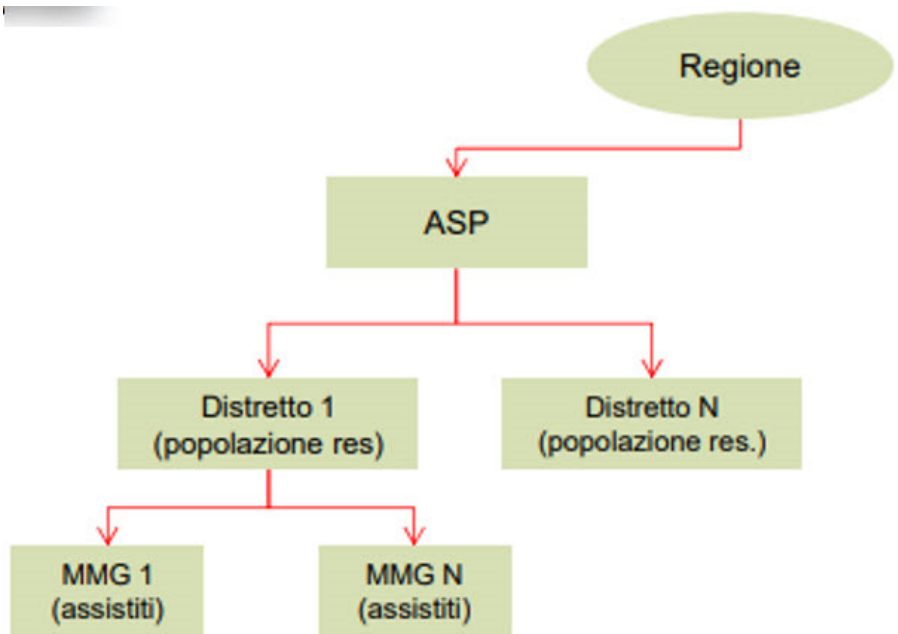
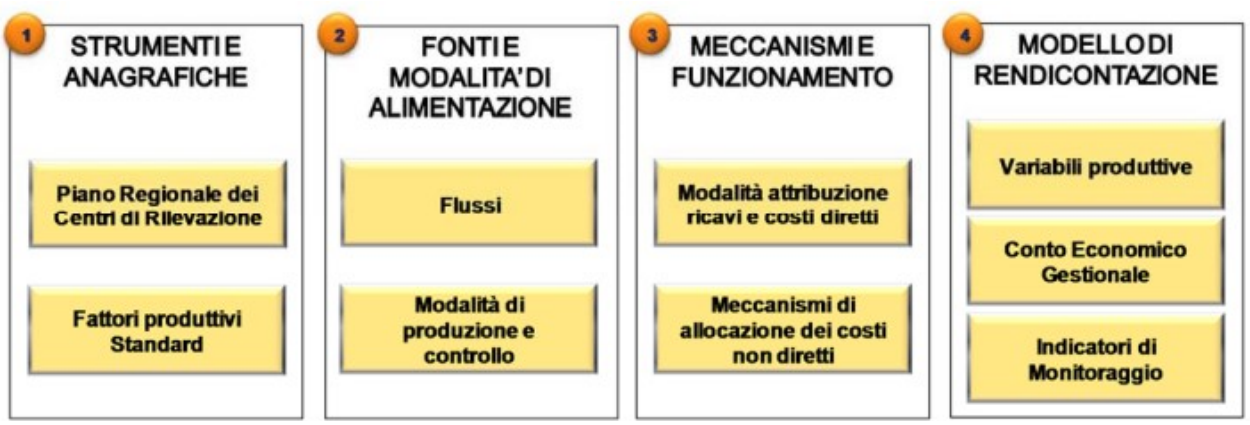


Fig. 4 - Schema logico del modello di controllo di gestione regionale sintetizzato per macroaree



inoltre è possibile identificare, per ogni centro finale ospedaliero, la quantità di risorse da esso assorbite, sia in termini fisico-tecnici, sia in termini economici;

- centri diagnostico-terapeutici, rappresentati da centri ospedalieri non dotati di posti letto che svolgono attività di diagnosi e cura e forniscono agli utenti prestazioni intermedie richieste dai centri finali;

- centri di supporto sanitari, forniscono servizi sanitari funzionali e accessori all'attività dei reparti o servizi di tipo diagnostico-terapeutico;

- centri di supporto alberghieri, che accolgono tutti i costi riferibili alla gestione dei servizi alberghieri aziendali, generalmente comuni a più centri;

- servizi generali, che comprendono - a livello di azienda, presidio e distretto - le strutture di direzione, coordinamento, supporto tecnico e amministrativo comuni a più centri;

- centri di supporto per la gestione della domanda, presenti nelle ASL a supporto della funzione di committenza delle prestazioni acquistate da erogatori esterni;

- centri di rilevazione della domanda soddisfatta, presenti nelle ASL al fine di rilevare le prestazioni acquistate dall'esterno e quelle prodotte internamente.

Il Piano dei Conti di Contabilità Analitica permette poi di rilevare per destinazione i parametri fisico-tecnici ed economici, predisponendo un Conto Economico Gestionale (fig. 6).

Fig. 5 - Struttura e tipologie di centri previsti dal piano dei CRIL viste nell'ottica di domanda e offerta

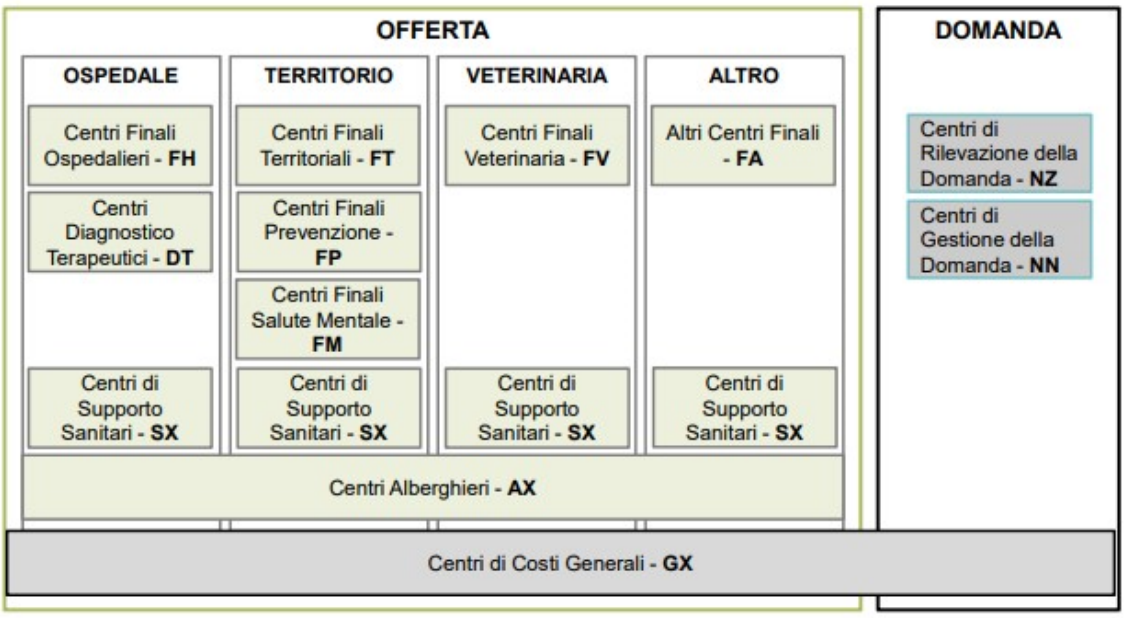


Fig. 6 - Piano dei Conti di Contabilità Analitica

Codice conto	*Descrizione conto*
R	**Ricavi**
R.01	Ricavi della gestione caratteristica
R.50	Ricavi interni
R.50.01	Ricavi interni per scarico costi
R.50.02	Ricavi interni per prestazioni
R.90	Ricavi della gestione non caratteristica
C	**Costi**
C.01	Costi della gestione caratteristica
C.10	Costi generati
C.10.01	Costi generati esterni alla ASL
C.10.02	Costi generati interni alla ASL
C.50	Costi indiretti
C.50.01	Costi interni per scarico costi
C.50.02	Costi interni per prestazioni
C.90	Costi della gestione non caratteristica

In particolare i ricavi della gestione caratteristica rappresentano i ricavi derivanti da tutte le prestazioni oggetto dell'attività *core* dell'Azienda erogate a soggetti esterni. Questi sono attribuiti interamente al centro finale che conclude il processo produttivo. Alcuni esempi sono:

- i contributi in conto esercizio ricevuti dalla Regione;

- le prestazioni sanitarie erogate in regime SSN da ciascun centro finale o diagnostico-terapeutico.

I ricavi interni (per scarico costi o per prestazioni) derivano invece dagli scambi interni verificatisi nel corso dei diversi processi produttivi. Si rilevano con riferimento ai centri che erogano servizi intermedi a fronte di costi indiretti attribuiti al centro finale che conclude il processo produttivo.

Infine i ricavi della gestione non caratteristica sono relativi alle operazioni estranee alle attività core che si verificano nel corso dell'esercizio quali ad esempio i proventi finanziari e le sopravvenienze attive.

A livello di costi la suddivisione viene effettuata tra:

- costi della gestione caratteristica, relativi all'impiego dei fattori produttivi all'interno dei processi propri dell'azienda e direttamente attribuibili ai centri di rilevazione con riferimento alle diverse aree gestionali (personale, consumo di farmaci e dispositivi medici, servizi di manutenzione, utenze);

- costi, interni ed esterni, generati dalle prestazioni sanitarie acquistate o erogate dalle ASL;

- costi indiretti, derivanti dagli scambi interni all'azienda nel corso dei diversi processi produttivi. vengono rilevati (per scarico costi o per prestazione) ai centri finali in cui si concludono i processi produttivi, a fronte dei ricavi interni rilevati ai centri che erogano i servizi intermedi;

- costi della gestione non caratteristica, relativi alle operazioni estranee alle attività core come ad esempio le spese amministrative e generali, gli oneri finanziari e le sopravvenienze passive.

La seconda area che compone il Modello di controllo di gestione proposto è definita "Fonti e modalità di alimentazione" le quali fonti di alimentazione risultano essere:

- i flussi nazionali e regionali riguardanti la produzione di attività assistenziale, i costi e le risorse a disposizione. Alcuni di tali flussi sono integrati e permettono l'alimentazione diretta del Modello, altri non sono invece ancora stati integrati e contengono quindi informazioni limitate e non sufficienti all'alimentazione diretta del modello: devono perciò essere integrati tramite l'utilizzo di altre fonti di rilevazione;

- i flussi gestionali, che garantiscono l'alimentazione del modello a livello di singolo fattore produttivo, destinazione e nel rispetto della competenza economica;

- i flussi locali *ad hoc*, necessari al fine di ricomprendere nel Modello informazioni connesse alle particolari esigenze di rendicontazione e controllo delle ASL, basate sulle specificità locali.

Ciò che non viene alimentato tramite tali flussi di natura gestionale deve essere rilevato attraverso l'utilizzo della prima nota contabile. Le relative registrazioni dovrebbero tuttavia - perché l'informazione possa essere utilizzata in modo efficace all'interno del processo di controllo di gestione - essere integrate con il dettaglio del Centro di Rilevazione di riferimento.

Viste le diverse fonti di provenienza, perché i flussi informativi descritti possano essere utilizzati in modo efficace il Modello prevede delle procedure di controllo ad hoc caratterizzate da un processo di controllo e riconciliazione tra la contabilità gestionale e la contabilità analitica.

Con riferimento ai ricavi la voce più significativa è quella dei contributi in conto esercizio, la cui quota capitaria, definita per singola ASL in base alla delibera di riparto regionale, deve essere attribuita ai Centri di Rilevazione intestati ai diversi distretti territoriali in base alla popolazione residente.

Per quanto riguarda i costi diretti questi sono attribuiti al Centro di Rilevazione corretto (es: il *costo del personale* deve essere rilevato per ruolo e per profilo professionale e in relazione al tipo di rapporto di lavoro esistente e dunque sarà imputato direttamente a tutti i Centri di Rilevazione dell'offerta di supporto alla gestione della domanda utilizzatori delle risorse; i costi relativi al consumo di materiale sanitario saranno rilevati per singolo Centro di Rilevazione, sulla base delle estrazioni provenienti dalla contabilità di magazzino, ecc.)

L'allocazione dei costi indiretti avviene tramite un metodo definito "a cascata" che permette di attribuire a ciascun Centro di Rilevazione le quote di costi sostenuti da altri centri. L'individuazione dei Centri di Rilevazione riceventi deve essere costruita sulla base delle relazioni causali o funzionali esistenti con i Centri di Rilevazione cedenti, che dipendono dalle configurazioni organizzative e contabili che caratterizzano ogni Azienda.

Infine, il cd. "Modello di Rendicontazione" consente la comunicazione adeguata e tempestiva delle informazioni all'interno dell'azienda e a livello regionale. Esso si compone di tre documenti che permettono la completa rappresentazione dei fenomeni gestionali:

- la Scheda delle Variabili Produttive, che raccoglie, con riferimento all'offerta, i dati relativi alla capacità produttiva, agli output generati, al mix dell'attività prodotta e alle risorse utilizzate. Al contrario, con riferimento alla domanda soddisfatta, raccoglie le informazioni relative alle prestazioni ricevute dagli assistiti;
- il Conto Economico Gestionale, che dal lato dell'offerta riporta costi e ricavi di competenza del singolo reparto o servizio, evidenziando ricavi esterni e interni, costi diretti ed indiretti, incidenza economica e margini, mentre, dal lato della domanda evidenzia i costi di competenza del singolo distretto e la relativa incidenza economica sulla base della popolazione assistita;
- gli Indicatori di performance, con cui è possibile analizzare la prestazione delle strutture anche effettuando dei confronti temporali o spaziali.

Per approfondimenti si rimanda il lettore allo studio delle Linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di Controllo di Gestione, Dipartimento per la Pianificazione Strategica delle Regione Sicilia, D.D.G. n. 835 del 23 maggio 2014.

Il caso ISMETT

Si è offerta finora una panoramica generale, ma di fondamentale importanza, sull'evoluzione del processo di pianificazione strategica, programmazione e controllo nel sistema sanitario pubblico in Italia con alcuni accenni al sistema di controllo di gestione nella regione a statuto autonomo Sicilia. La Regione, assumendo sempre più un ruolo centrale nel governo del sistema, diventa la principale referente istituzionale delle aziende, ed è pertanto chiamata a sviluppare, a sua volta, logiche e strumenti di tipo aziendale.

Ciò detto, se è vero che le Regioni godono di ampia discrezionalità e hanno potenzialmente un maggior potere di governo e di organizzazione del sistema sanitario regionale, non significa che esse siano totalmente in grado di assumerlo e di svolgerlo in modo efficace. Oltretutto, la capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione e il livello di sviluppo delle politiche e dei servizi sanitari sono fortemente differenziati tra le aree del Paese, soprattutto nel Sud Italia.

Un'eccezione nel Mezzogiorno è costituita dall'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (ISMETT) di Palermo, centro d'avanguardia nato nel 1999 da una "sperimentazione gestionale" pubblico-privato con il Medical Center dell'Università di Pittsburgh (UPMC), un colosso della sanità statunitense con un fatturato di 12,8 miliardi e 60 mila dipendenti. Palermo è stata la prima esperienza per UPMC di gestione di un centro al di fuori del territorio federale americano. L'allora ministra Lorenzin lo definì il primo ospedale italiano dedicato interamente ai trapianti un "istituto all'avanguardia, un'assoluta eccellenza a livello nazionale, un punto di riferimento per tutto il paese" accreditando l'ISMETT come l'unica struttura a cui, in quattro anni, è stato riconosciuto l'accreditamento IRCCS, riconoscimento che premia l'eccellenza del Centro siciliano per lo sviluppo della ricerca in campo biomedico, la formazione, la qualità delle cure e l'organizzazione della gestione delle cure.

Indicato altresì come centro di eccellenza nel Mediterraneo, la struttura coniuga l'eccellenza clinica e gestionale con l'innovazione e la ricerca, contribuendo così allo sviluppo del sistema sanitario del domani. In una regione come la Sicilia dove - grazie all'impegno del Centro Regionale Trapianti e di tanti operatori pubblici e privati - i numeri indicano un sensibile miglioramento del settore della sanità, significa che si è stati in grado di sviluppare una positiva sinergia fra le realtà socio-sanitarie, le istituzioni, il mondo del volontariato e, non di meno, l'economia regionale e italiana. L'Istituto rappresenta infatti un esempio di gestione sanitaria innovativa ed efficiente con un rilevante impatto sull'economia e sull'immagine della Sicilia e del Paese. Basti sapere che, con il secondo accordo di programma tra Regione Siciliana, ARNAS Civico e AO Cervello e UPMC International Holdings, ad ISMETT è stato affidato non solo il compito di fornire cure di eccellenza, ma anche di essere motore di miglioramento del sistema regionale della sanità, della ricerca e della formazione.

Business Model e Sistemi di controllo di gestione nell'ISMETT

L'Istituto è stato anche uno dei primi ospedali in Italia ad utilizzare un percorso clinico completamente informatizzato, senza l'utilizzo di documenti clinici cartacei e che ha implementato un sistema di *Business Intelligence* (BI). Laddove, tra le varie accezioni di BI, si suole alludere ad un campo molto ampio di processi aziendali volti a raccogliere dati ed analizzare informazioni strategiche.

Difatti la locuzione BI (o anche *Business Analytics*) include nelle sue accezioni tanto i sistemi informativi aziendali quanto le tecnologie informatiche finalizzate a supportare, e in qualche caso ad automatizzare:

- i processi di misurazione, di controllo e di analisi dei risultati e delle performance aziendali (come, ad esempio, i sistemi di reporting);
- i processi di decisione aziendale in condizioni variabili di incertezza (ad esempio: i sistemi di previsione, di simulazione e tutte quelle tecniche che forniscono alle strutture sanitarie indicazioni per la comprensione dei risultati e la messa a punto delle strategie evolutive) (Parrella, Leggeri, 2007).

Strumenti, questi, che hanno dimostrato un grande valore a supporto dei processi decisionali e tutte le informazioni vengono raccolte per scopi direzionali interni e per il controllo di gestione.

Come dichiarato in una recente intervista del Direttore del Dipartimento di Programmazione e Gestione di Controllo in ISMETT (Astrid Pietrosi), il centro trapianti è un leader nel settore tanto da essere stato premiato dal Politecnico di Milano per il progetto di controllo di gestione che ottimizza il processo di allocazione delle risorse, grazie a un tool di BI capace di "convertire il grande quantitativo di dati disponibili in reportistiche a supporto della direzione" (fig. 7).

Il BI di ISMETT si basa su una contabilità analitica che ha come riferimento la "produzione su commessa". Termine con il quale si intende la realizzazione di prodotti unici, realizzati in base a disegni specifici dei clienti/utenti/pazienti. In questo contesto, obiettivo primario del controllo di gestione è la valutazione di costi preventivi, costi consuntivi, e la conseguente marginalità della singola commessa.

Fase 1: preventivazione. In questa fase i costi sono stimati sulla base dei progetti preliminari e quindi inseriti direttamente in contabilità analitica attribuendole direttamente alla nuova commessa in analisi. Tali costi potranno essere dettagliati in contabilità analitica a seconda del livello di preventivazione che l'azienda è in grado di gestire.

Fase 2: consuntivazione. Una volta approvato il preventivo si dà inizio alla realizzazione del progetto e quindi alla registrazione nel sistema di controllo di gestione dei relativi costi di commessa (ad esempio, costo relativo all'acquisto dei *medical device*, costi degli interventi clinici, costi del personale, ecc.), divisi principalmente tra attività (progettazione e lavorazione) ed acquisti (materiali e lavorazioni esterne). L'approccio analitico del calcolo dei costi (*long term costing*) consente di dare rilevanza ai costi sommersi come quelli legati ai tempi di produzione, ai costi della tecnologia, ai costi della complessità del processo (ad esempio, quelli relativi ai setup dei macchinari, alle modifiche di progetto, alla gestione delle urgenze, agli investimenti, ecc.), ai costi delle attività aziendali (ad esempio, gli interventi clinici) (Rossano, 2001).

Il filo conduttore dell'intero flusso di gestione della commessa è però sempre il budget, la cui essenza deriva dallo sforzo comune di definire obiettivi che sono raggiungibili solo se coordinati, e dalla consapevolezza che il funzionamento del complesso dipende dall'andamento di ogni sua componente. Il budget è an-

Fig. 7 - Sistema di Business Intelligence

che l'elemento che mette in relazione la fase iniziale e finale della pianificazione di una commessa, ovvero quelle della preventivazione e della consuntivazione.

Le aziende che producono su commessa, si trovano ad operare con una rilevante complessità, sia dal punto di vista organizzativo che gestionale. Tale complessità è motivata, appunto, dall'elevata incertezza e dalla imprevedibilità della domanda.

Nel modello implementato da ISMETT, il paziente è considerato committente, cioè l'unità di riferimento al quale vengono erogate prestazioni personalizzate relazionate alle esigenze di ricovero. La valutazione dell'efficienza è effettuata attraverso la ponderazione dei ricoveri per DRG, a scanso del numero dei ricoveri o della somma delle giornate di degenza, sia perché più affine all'idea del servizio di care che le strutture ospedaliere dovrebbero fornire, sia perché più coerente con l'attuale regime tariffario delle prestazioni ospedaliere per acuti che prevede una remunerazione sulla base dei ricoveri e solo marginalmente rispetto alle giornate di degenze.

La ponderazione per DRG permette di tenere conto della complessità relativa dei ricoveri e quindi del grado di assorbimento dei costi per ciascun raggruppamento diagnostico omogeneo. Il DRG è un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (isorisorse). Tale aspetto permette di quantificare economicamente l'assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. Ogni DRG ha un "peso" numerico cui equivale un rimborso che il sistema sanitario paga alle strutture di cura. Le malattie o le prestazioni sono "pesate" in base alla quantità di risorse (personale, farmaci, ecc.) che assorbono. Complessità maggiori sono associate a pesi e rimborsi maggiori.

Per una stessa tipologia di ricovero, è possibile sostenere costi decisamente e assai diversi. Tale differenziazione di costi deriva da più elementi intrecciati tra loro quali, tra questi, si considerino particolarmente: le specificità proprie del singolo soggetto, le cure che sono (o sono state) a questo erogate, l'insorgenza di eventuali complicanze (ad esempio, le infezioni, il rigetto dell'organo, manifestazioni di intolleranze e/o allergie, ecc.). Suddetti elementi, spesso imprevedibili, sono tutti fondamentali per l'analisi effettuata dal controllo di gestione, tanto che, per la particolare casistica dei pazienti trattati da ISMETT, il *business model* potrebbe essere classificato come un complesso modello ad alto assorbimento di risorse finanziarie e, di conseguenza, estremamente costoso. Non è un caso che ad ISMETT è costantemente imputato di avere costi di gestione spropositati rispetto alle dimensioni. La stima dell'efficienza è un elemento di fondamentale importanza nei processi di valutazione obiettiva dell'uso e allocazione delle risorse. Allo scopo di confrontare l'efficienza di ISMETT rispetto ad altri ospedali per acuti è stata usata la metodologia indicata da un recente studio della Banca d'Italia sull'efficienza tecnica degli ospedali pubblici italiani che utilizza la ponderazione per DRG come strumento di valutazione della complessità delle prestazioni. Facendo un confronto tra il rapporto costo operativo/posti letto di ISMETT con quello di altre aziende ospedaliere pubbliche, rapportato alla complessità dei casi trattati (peso DRG dei trapianti di organo) e considerando l'efficienza del sistema organizzativo esplicitato anche per l'elevato tasso di occupazione, ISMETT diviene *best practice* nell'ambito dell'ottimizzazione dei costi.

La complessità dei pazienti trattati, delle prestazioni erogate e dei percorsi di cura ha comportato la necessità di implementare un sistema di controllo di gestione a supporto della leadership avanzato al fine di ottimizzarne l'uso delle risorse e dei processi interni. I numerosi sistemi informativi disponibili consentono di poter registrare un'enorme mole di dati; il controllo di gestione ha sfruttato questa grande opportunità utilizzando un software di *Business Intelligence*. Tale sistema, anche detto *Business Intelligence Evoluto* (BIE), permette la gestione al suo interno di più modelli di *cost accounting* tra loro tutti collegati, tra i quali emergono quelli di:

- contabilità analitica a costi diretti e costi pieni;
- *activity based costing* orientato al singolo paziente;
- budgeting.

Introducendo il sistema di BIE, l'ISMETT ha avviato una logica legata al reale costo di produzione sostenuto per ogni singolo paziente e, conseguentemente, ogni singolo episodio di ricovero che diviene confrontabile con il ricavo diretto da DRG. Il sistema assume il paziente come "aggregato di costi" di riferimento al

quale vengono attribuiti in modo diretto i diversi eventi sanitari, le prestazioni dei medici, i consumi di farmaci e dispositivi medico/chirurgici. In pratica: ogni evento è valorizzato economicamente. Un metodo che, oltre a raffigurarsi efficace, permette di ricostruire l'esatto percorso sanitario di ogni paziente integrando tutte le informazioni prodotte (Il Sole-24 Ore, 2011).

Si noti bene che tutto questo è stato possibile grazie alla diffusione del sistema di digitalizzazione della cartella clinica elettronica, contenente tutti i dati del percorso di cura seguito da ogni paziente, di cui ISMETT si era già dotato da tempo al fine di garantire la miglior assistenza e sicurezza al paziente.

Il sistema di BIE prevede un modello organizzativo composto di due parti (fig. 8):

- il *Data Source* che è costituito da tutti gli applicativi aziendali tramite i quali sono tracciati i dati a partire dalla cartella clinica;

- il *Datawarehouse*, nel quale sono raccolti i dati per poter essere impostati secondo indicazioni del controllo di gestione al fine di ottenere il *Reporting* e l'*Analysis*.

Sul lato della reportistica economica, il conto economico gestionale viene elaborato in assoluta coerenza con i dati della contabilità generale. Questa, quindi, diviene una delle fonti alimentanti per la valorizzazione del conto economico gestionale e contribuisce alla determinazione dei costi correlati agli episodi di ricovero.

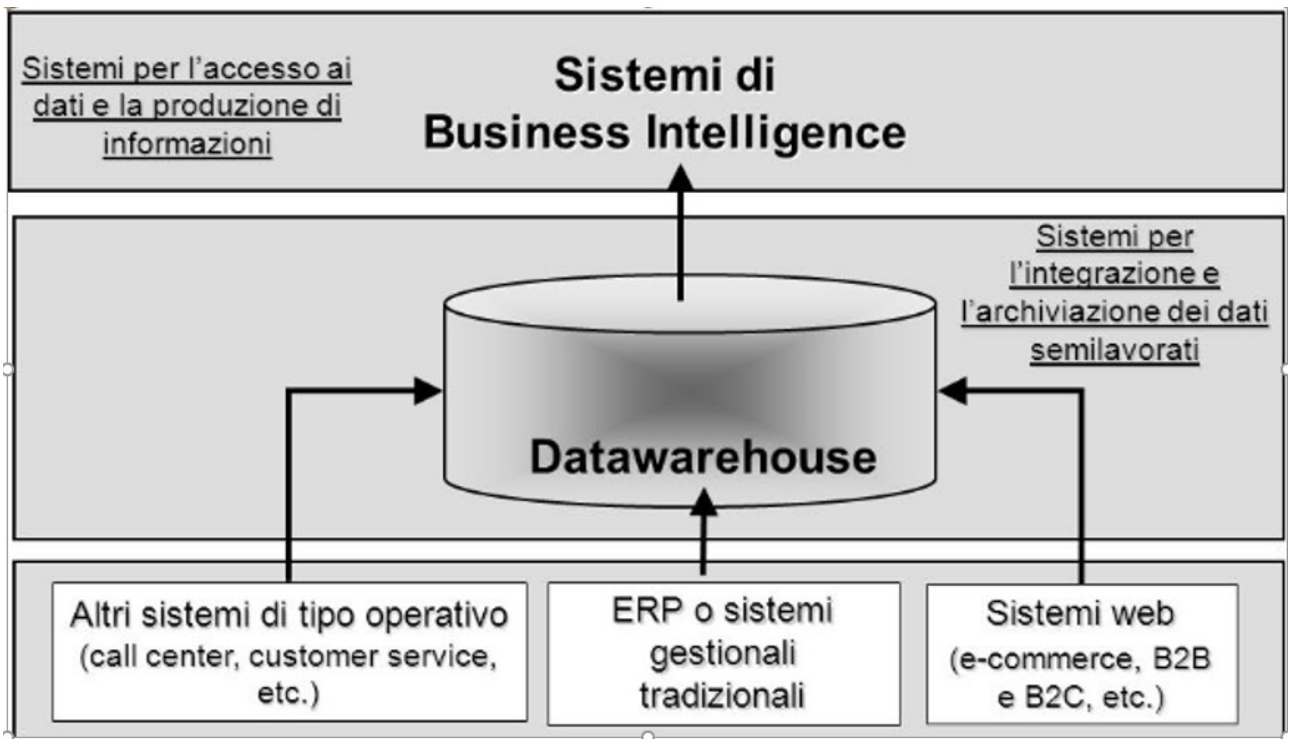
Inoltre, un elemento di innovazione amministrativa deriva dall'impostazione della contabilità generale in modo tale da contribuire, tramite una opportuna rilevazione dei fatti aziendali, a rendere "diretti" il maggior numero dei costi generali, consentendo quindi di poter ridurre la quota parte di questi che, in quanto indiretti, devono essere allocati secondo *driver* specifici. La contabilità generale e la contabilità analitica sono quindi due strumenti collegati, correlati e riconciliabili che, ancorché nati con finalità diverse svolgono un ruolo combinato per la qualità e la quadratura dei dati.

Il progetto - si riportano le parole della Pietrosi - è stato realizzato con lo scopo di "fornire al management di un'azienda ospedaliera un sistema di controllo operativo integrato ed efficace nel governo dei costi" (1).

Il Budget Flex

Strumento degno di nota a sostegno del controllo di gestione utilizzato dall'Istituto è il *Budget Flex*, con il quale ISMETT vince il Premio

Fig. 8 – L'architettura dei sistemi di BI e DWH



"Innovazione S@lute 2016" nella categoria amministrativa/gestionale.

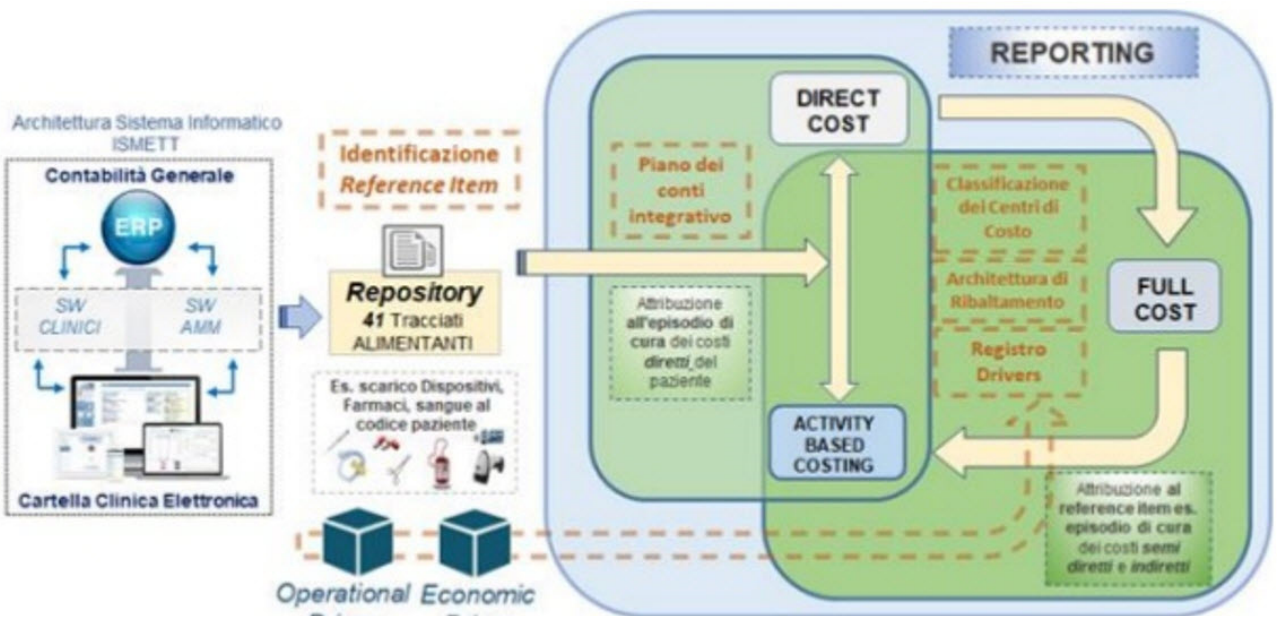
La necessità di avere risposte quanto più attendibili in un contesto dove i cambiamenti dettati dalle esigenze di ricovero, dal numero dei pazienti malati, dalla scienza medica sempre più in evoluzione, sono all'ordine del giorno, ha reso fondamentale implementare i sistemi di controllo di gestione che garantiscano informazioni tempestive. Ciò deve avvenire nella prospettiva di verificare anche la congruità dei consumi e costi sostenuti con l'attività svolta. Si è riusciti a implementare un sistema di valutazione del consumo dei presidi rilevato per singola combinazione specialità clinica - DRG - prima procedura, al fine di assegnare le risorse in modo congruo e di monitorare l'uso delle risorse per garantire l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dell'utilizzo stesso (2). Si tratta, più specificatamente, di uno strumento volto alla valutazione della congruità della spesa dei dispositivi medico-chirurgici che rientra nel sistema di controllo dell'uso delle risorse. Per utilizzare le stesse parole della Dr.ssa Pietrosi (ideatrice del sistema) il *budget flex* è un "modello di analisi che consente di avere le informazioni fondamentali e tempestive per la gestione di un sistema dinamico suscettibile di repentine modiche a causa dell'elevata presenza di ricoveri in urgenza che, insieme alla complessità della casistica dei pazienti ricoverati e delle procedure eseguite, richiedono da un lato una riprogrammazione continua delle attività nel rispetto del finanziamento assegnato alla struttura e dall'altro la necessità di rimodulare rapidamente il budget assegnato alle specialità cliniche in coerenza con la nuova produzione".

Conclusioni

L'analisi svolta ha permesso di evidenziare gli elementi peculiari di un'azienda sanitaria all'avanguardia come l'ISMETT di Palermo, il cui sistema di pianificazione e controllo traccia le linee ben definite per il raggiungimento della *mission* aziendale e costituisce un presupposto necessario ed indispensabile per la buona gestione della Azienda Ospedaliera. Il tutto, attraverso un eccellente livello di innovazione in campo tecnologico che rappresenta un punto di forza tanto all'interno della azienda stessa e su tutti i fronti dirigenziali di governabilità, quanto nell'economia della Regione se non addirittura del Paese.

I risultati oggettivi raggiunti dall'azienda confermano infatti come sia possibile migliorare la qualità in sanità riuscendo a limitare gli sprechi attraverso la definizione chiara degli obiettivi di efficienza, efficacia e economicità e al monitoraggio preciso e tempestivo dei risultati raggiunti e delle risorse necessarie allocate e da allocare.

Fig. 9 - Integrazione tra sistema informatico e strumenti di controllo



L'utilizzo del sistema gestionale di controllo di gestione è oggi - e lo sarà sempre più in futuro - una priorità per tutte le imprese sanitarie, permettendo ad esse di svilupparsi e produrre sempre di più e sempre meglio. L'implementazione del proprio sistema di controllo di gestione, come dimostra l'azione condotta da ISMETT, non deve rappresentare un punto di arrivo ma un'occasione per evolversi continuamente attraverso l'apertura a nuove idee e l'investitura in progetti e tecnologie validi. Non deve quindi mai rappresentare un onere per l'azienda, bensì un'opportunità.

Note

(1) "ISMETT - sistema di controllo integrato 2017". Estratto da una lezione tenuta da Astrid Pietrosi, Direttore del dipartimento Programmazione e Controllo di gestione ISMETT IRCCS.

(2) "Il Budget Flex, strumento per la valutazione della congruità della spesa dei dispositivi medico-chirurgici". Estratto dalla presentazione del contest "Innovazione S@lute2016" per la categoria amministrativa gestionale vinto da ISMETT nel novembre 2016.

Bibliografia

Anthony R.N. (1978): *Sistemi di pianificazione e controllo. Schema di analisi*, Etas Kompass.

Brusa L. (2000): *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*. Giuffrè Editore.

Brusa L. (2009): *Analisi e contabilità dei costi*. Giuffrè Editore.

Brusa L. (2011): *Mappa strategica e business plan*. Giuffrè Editore.

Business Intelligence bussola della gestione. *Il Sole-24 Ore*, 1° novembre 2011.

Cesaroni F.M. (2000): *Strumenti per il controllo di gestione nelle aziende ospedaliere*. Giappichelli.

Fovra S. (1992): "Pianificazione", in *Economia delle aziende industriali e commerciali* (a cura di Guatri L.). Egea.

Nebiolo P. (2006): *Indicatori di performance per definire il budget delle aziende sanitarie*.

Parrella G., Leggeri R. (2007): *La caccia e la lotta agli sprechi in sanità. Metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private*. Franco Angeli, pag. 64.

Rossano L. (2001): *Il processo produttivo sanitario: schemi ed automatismi di un modello di gestione e controllo per il miglioramento della qualità e il contenimento dei costi*. Franco Angeli, pag. 51.

Saita M. (1996): *Configurable Enterprise Accounting*. Giuffrè Editore.

Vagnoni E., Maran L. (2013): *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche. Il lungo cammino*. Maggioli Editore.

Sitografia

Assessorato della Salute della Regione Siciliana (Dipartimento per la Pianificazione Strategica): Linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione - http://pti.regione.sicilia.it.

Ministero della Salute: Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - IRCCS, http://www.salute.gov.it.

Organizzazione ospedaliera in emergenza: la risposta dell'Ospedale di Jesi alla pandemia COVID

SONIA BACELLI
Direzione Medica, Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi

MARCO CIANFORLINI
U.O. Ortopedia, Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi

ROCCO POLITANO
U.O. Ortopedia, Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi

Riassunto: L'Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi è dotato di circa 280 posti letto ed ha tutte le discipline previste dal D.M. n. 70/2015 per gli Ospedali di primo livello.

Durante la prima ondata pandemica COVID-19, che aveva fortemente interessato il nord della Regione Marche, l'Ospedale di Jesi ha dovuto mettere in atto, in condizioni di emergenza, un'importante riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per garantire la cura di un elevato numero di pazienti affetti da questa nuova patologia. In poche settimane, metà dei posti letto ospedalieri sono stati progressivamente riconvertiti per il ricovero dei pazienti COVID-positivi, mentre l'altra metà continuava a garantire le attività essenziali per tutte le altre tipologie di patologie e di pazienti.

Nel periodo della prima ondata epidemica sono stati ricoverati presso l'Ospedale di Jesi un totale di 248 pazienti COVID, la cui durata media della degenza è risultata essere pari a 14,5 giorni.

L'impatto della riorganizzazione dovuta all'emergenza COVID-19 all'interno del complesso sistema ospedaliero è stato molto gravoso, ed ha pesato soprattutto sugli operatori sanitari che hanno comunque dimostrato un altissimo livello di professionalità nell'adeguarsi alle nuove necessità che la situazione emergenziale aveva determinato.

Parole chiave: COVID-19, organizzazione ospedaliera in emergenza, operatori sanitari

Abstract: *The "Carlo Urbani" Hospital in Jesi has about 280 beds and has all the disciplines required by Ministerial Decree no. 70/2015 for a First-Level hospitals.*

During the first COVID-19 pandemic wave, which had strongly affected the north of Marche, the Jesi Hospital had to implement, in emergency conditions, an important reorganization of hospital assistance to ensure the care of a high number of patients affected by this new pathology. In a few weeks, half of the hospital beds were progressively converted for the hospitalization of positive COVID-patients, while the other half continued to guarantee essential activities for all other types of pathologies and patients.

In the period of the first epidemic wave, a total of 248 COVID-19 patients were hospitalized at the Jesi Hospital, whose average length of stay was 14.5 days.

The impact of the reorganization due to the COVID-19 emergency within the complex hospital system has been very burdensome, and has weighed above all on health professionals who have in any case shown a very high level of professionalism in adapting to the new needs that the emergency situation had determined.

Key words: *COVID-19, emergency hospital organization, health workers*

Introduzione

L'organizzazione ospedaliera costituisce una grossa parte del lavoro della Direzione medica.

In ambito organizzativo, già nel 2014 era stato affrontato un evento "straordinario" quale il trasferimento del vecchio ospedale di Jesi nella nuova struttura in cui si trova oggi, dopo averne curato, negli anni precedenti, l'allestimento, l'attribuzione e la destinazione d'uso degli spazi.

Nel mese di marzo 2020 ci si è trovati ad affrontare un evento ancora più straordinario, oltretutto in maniera del tutto imprevista e in tempi brevissimi, ovvero la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera necessaria per garantire la cura dei pazienti con patologia COVID in tempo di pandemia, che già nella sua prima fase aveva fortemente colpito la parte nord della Regione Marche.

1. Il contesto di riferimento: l'emergenza pandemica

Il 31 dicembre 2019 la Cina comunica all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo stato di emergenza per una epidemia di polmonite non ben identificata, che in pochi giorni ha colpito la cittadina di Wuhan.

Il resto del mondo resta a guardare e assiste così all'identificazione di un nuovo virus che viene chiamato 2019-nCov, che appartiene alla famiglia dei Coronavirus e che si trasmette da uomo a uomo. I contagi crescono a macchia d'olio e iniziano ad essere identificati casi anche in Corea, Giappone e Thailandia.

Alla fine del mese di gennaio la regione di Wuhan entra in *lockdown*, seguita da altre regioni cinesi: scatta l'obbligo di non uscire di casa e di indossare mascherine.

Nonostante in Italia siano stati sospesi tutti i voli da e per la Cina, Il 31 gennaio il Presidente del Consiglio dei Ministri conferma i primi due casi di contagio riscontrati in Italia: si tratta di due turisti cinesi che vengono ricoverati all'Ospedale Spallanzani di Roma.

Il 30 gennaio 2020, l'OMS dichiara l'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale per l'epidemia di coronavirus in Cina. Il giorno successivo il Governo italiano proclama lo stato di emergenza e mette in atto le prime misure di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale.

A febbraio l'OMS modifica il nome del nuovo virus in SARS-CoV-2 e la malattia causata da esso prende il nome di COVID-19 (*CORonaVIrusDiseas*).

Il 21 febbraio 2020 risulta positivo al Coronavirus un uomo residente a Codogno e da lì in avanti vengono registrate progressivamente un numero sempre maggiore di persone positive in diversi comuni situati fra la Lombardia e il Veneto: scatta così in questi territori la zona rossa, ovvero il divieto di accesso e allontanamento dal territorio comunale e la sospensione di tutte le attività che prevedono aggregazioni di persone.

In pochi giorni la situazione in Italia precipita: i casi aumentano, così come i decessi, e gli ospedali delle Regioni colpite si ritrovano a far fronte ad una emergenza completamente imprevista.

Il 4 marzo il Governo annuncia la sospensione delle attività scolastiche in tutta Italia, estendendo così al resto dell'Italia le misure già in vigore in alcune Regioni del Nord a partire dal 22 febbraio. Il 9 marzo viene dichiarato il *lockdown* per l'intera Italia.

L'11 marzo l'OMS dichiara che quella di SARS-CoV-2 è una pandemia.

il 27 marzo 2020 si registrano in Italia 86.000 casi di positività al SARS-CoV-2 e il più alto numero di decessi giornalieri, ovvero 969: da quel giorno inizierà una lenta discesa sia dei nuovi casi di positività, sia dei decessi correlati al COVID.

2. L'emergenza pandemica nella regione Marche

Nelle Marche la preparazione all'allerta per il nuovo Coronavirus passa per le competenze tecniche del Gruppo Operativo Regionale per le Emergenze Sanitarie (GORES), tavolo tecnico che la Regione Marche ha costituito da tempo in modo strutturale per dare risposte tempestive alle emergenze sanitarie, tramite l'interfaccia tra operatori sanitari esperti e protezione civile regionale.

A seguito del verificarsi di casi di positività nella limitrofa Emilia Romagna, il 25 febbraio un'ordinanza del Presidente della Giunta Re-

gionale dispone la sospensione di tutte le attività scolastiche e delle manifestazioni pubbliche e affida ufficialmente al GORES, già attivato in merito a partire dal 27 gennaio 2020, il compito di monitorare la situazione nazionale e regionale, definire e trasmettere le indicazioni operative di presa in carico di un potenziale caso sospetto di Coronavirus, le relative modalità di isolamento, diagnosi e trattamento e l'attuazione delle più idonee misure di sanità pubblica per contenere l'infezione ed evitare eventuali ulteriori casi.

3. L'esperienza dell'Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi

3.1 L'organizzazione ospedaliera prima del COVID-19

L'Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi è stato inaugurato nella sua piena operatività nel mese di novembre 2014. Ha una struttura articolata in 5 livelli e accoglie circa n. 284 posti letto, distribuiti nelle seguenti n. 20 unità operative di degenza:

- cardiologia - UTIC con n. 18 posti letto;
- chirurgia con n. 30 posti letto;
- medicina interna e degenza post acuzie con 52 posti letto;
- medicina fisica e riabilitazione con 4 posti letto;
- medicina oncologica con 9 posti letto di day hospital;
- nefrologia e dialisi con 5 posti letto;
- neurologia - Stroke Unit con 20 posti letto;
- ortopedia e traumatologia con 28 posti letto;
- ostetricia e ginecologia con 24 posti letto e pronto soccorso ostetrico-ginecologico;
- pediatria e neonatologia con 16 posti letto e OBI pediatrica;
- pneumologia con 18 posti letto;
- psichiatria con 12 posti letto;
- reumatologia con 16 posti letto;
- terapia intensiva con 7 posti letto;
- urologia con 11 posti letto;
- pronto soccorso e medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza con 7 posti letto per osservazione breve/medicina d'urgenza;

Il blocco operatorio è dotato di 6 sale operatorie e un ambulatorio per la chirurgia ambulatoriale; è inoltre presente un blocco parto dotato di 4 sale travaglio e 3 sale parto.

Sono attivi ambulatori ospedalieri e servizi di day surgery afferenti alle branche chirurgiche, quali ORL, odontostomatologia, oculistica, chirurgia, dermatologia, ginecologia, ortopedia ed anche servizi ambulatoriali e di day hospital afferenti a quelle mediche quali pediatria/neonatologia, neurologia, reumatologia, cardiologia, dialisi, oncologia, medicina interna.

Gli altri servizi/unità operative presenti nella struttura sono: diagnostica per immagini (TAC, RMN, RX, ecografia, mammografia, ecc.), laboratorio analisi dotato di punto prelievi, anatomia patologica, centro trasfusionale, servizio farmaceutico, dialisi e centrale di sterilizzazione.

3.2 La riorganizzazione

Le prime indicazioni che le Direzioni Mediche Ospedaliere ricevono dalla Direzione Generale ASUR fanno riferimento alle circolari del Ministero della Salute del 3 febbraio 2020 e del 22 febbraio 2020, al D.P.C.M. 23 febbraio 2020 e alla nota del GORES del 25 febbraio 2020 e riguardano soprattutto la riorganizzazione del pronto soccorso, dove deve essere individuata un'area dedicata per il triage dei pazienti con sospetta diagnosi di polmonite da COVID-19.

Pertanto, dal 26 febbraio i percorsi del pronto soccorso dell'Ospedale di Jesi vengono riorganizzati per garantire la separazione fra i casi cosiddetti "puliti" e quelli COVID. Dal momento che la struttura edilizia del pronto soccorso non permette di duplicare il triage, la separazione dei percorsi viene organizzata a livello logistico. Gli utenti con sintomatologia respiratoria vengono subito isolati in stanza singola, dove il medico accede il prima possibile per valutare il caso e dove, se necessario, viene eseguita anche la radiografia del torace con apparecchio portatile. Nel caso di necessità di ricovero, gli ospedali di riferimento individuati dalla Regione sono l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona, l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" e il Presidio Ospedaliero "Murri" di Fermo in quanto dotati di unità operative di malattie infettive.

Il numero dei cittadini marchigiani contagiati è in rapidissima crescita e la Regione Marche mette in atto ulteriori misure per contenere il più possibile la trasmissione del virus fra pazienti, visitatori e operatori sanitari alle quali

anche l'Ospedale di Jesi si adegua. Dal 28 febbraio vengono quindi limitati i ricoveri programmati e gli accessi dei visitatori e degli accompagnatori, l'accesso ai punti prelievo avviene solo su prenotazione, le aree di attesa vengono verificate per definirne la capienza massima e vengono dotate di erogatori di gel a base alcolica, le agende ambulatoriali vengono riorganizzate per ridurre al minimo gli affollamenti.

Nei giorni successivi, considerato il proseguire in crescendo della gravità della situazione epidemiologica, l'ASUR dispone che negli ospedali marchigiani le attività chirurgiche siano limitate alle patologie urgenti (ovvero chirurgia oncologica di classe A, traumatologia e chirurgia d'urgenza): l'obiettivo è quello di permettere agli ospedali di prepararsi al potenziale incremento dei casi COVID che richiedono ospedalizzazione anche in area critica.

Il 4 marzo 2020 risulterà essere una data cruciale per l'Ospedale Urbani. Infatti, se già dalla fine del mese di febbraio, era iniziato presso il pronto soccorso di Jesi l'accesso di pazienti con patologia SARS-CoV-2 che venivano quindi via via trasferiti presso le strutture dedicate al loro ricovero, il 4 marzo di fronte alla non disponibilità di posti letto COVID in tutto l'ambito regionale, si registrava a Jesi il primo ricovero di un paziente con grave insufficienza respiratoria da COVID.

L'aggravarsi della patologia respiratoria, aveva reso necessario procedere all'intubazione del paziente e quindi al suo successivo ricovero nel box di isolamento della terapia intensiva di Jesi.

L'andamento epidemiologico continua ad aggravarsi e ben presto, a Jesi, si deve prendere atto della insufficiente capacità di continuare a trattare i pazienti solo in ambito di pronto soccorso/medicina d'urgenza.

Viene istituita un'Unità di Crisi composta dalla Direzione medica, dalla Direzione dell'Area infermieristico-ostetrica e dai Direttori delle unità operative di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, terapia intensiva, medicina interna e pneumologia con il compito di valutare e attuare in tempi brevissimi le scelte strategiche necessarie a sostenere l'aumentato afflusso dei pazienti COVID presso il pronto soccorso.

Le proposte scaturite nell'ambito delle riunioni dell'Unità di Crisi vengono poi condivise con tutti i Direttori delle unità operative ospedaliere e solo successivamente rese operative, in maniera tale da potere accogliere eventuali osservazioni proposte dai colleghi e attuare le migliori azioni possibili. Questo *modus operandi* condiviso è risultato essere fondamentale nel mantenere l'intero ospedale informato di ciò che stava accadendo, anche quando non riguardava direttamente la propria unità operativa di appartenenza: nessuno si è sentito tagliato fuori dall'emergenza e questo ha permesso di creare un clima collaborativo di squadra che è risultato fondamentale per realizzare l'efficacissima risposta dell'Ospedale di Jesi all'emergenza COVID.

La prima azione strategica messa in campo è stata l'attivazione, in data 7 marzo 2020, di un reparto COVID dedicato, denominato COVID1 e dotato di 24 posti letto. La sede individuata per questo nuovo reparto è il settore precedentemente occupato dall'U.O. ortopedia - il più vicino al pronto soccorso - e permette quindi di circoscrivere un percorso esclusivo per il passaggio di pazienti COVID positivi che devono essere ricoverati. Inizialmente, al nuovo reparto COVID viene assegnato il codice disciplina 51 (medicina d'urgenza/astanteria). la responsabilità clinico-organizzativa viene affidata allo specialista infettivologo e la continuità assistenziale medica del reparto viene garantita dai medici delle U.O. di medicina interna e pneumologia mentre l'assistenza infermieristica e OSS è organizzata e gestita dal servizio infermieristico-ostetrico.

L'U.O. di ortopedia viene contestualmente trasferita presso il reparto di chirurgia-urologia: alla luce della sospensione delle attività chirurgiche programmate, infatti, 28 posti letto sono sufficienti per le residue attività di urgenza delle branche chirurgiche.

Il numero di accessi di pronto soccorso per patologia COVID continuava però a crescere e quindi il 10 marzo si procedeva ad una ulteriore riorganizzazione ospedaliera per dedicare un secondo reparto all'accoglienza dei pazienti con patologia COVID. L'U.O. cardiologia-UTIC viene trasferita nel settore della medicina interna per quel che riguarda le degenze ordinarie e nel settore della Stroke Unit neurologica per quello che riguarda i pazienti intensivi

dell'UTIC. L'attuale assetto organizzativo di accorpamento di queste unità operative di area medica comporta una riduzione di posti letto disponibili per il ricovero di pazienti non COVID: tuttavia questa situazione non risulta critica, in quanto il numero degli accessi di pronto soccorso dei pazienti con patologie diverse da quella respiratoria sospetta COVID sembrano essere in progressiva riduzione. Il nuovo reparto COVID 2 viene inizialmente attivato con 7 posti letto ordinari, con codice disciplina 51, che saranno presto ampliati a 12.

Durante le riunioni dell'Unità di Crisi e con i Direttori delle U.O. ospedaliere emerge anche il problema della necessità di garantire l'assistenza medica nei reparti COVID: il numero di specialisti infettivologi, internisti e pneumologi non è sufficiente per assistere i pazienti di due nuovi reparti. Sentito il parere del Direttore sanitario ASUR, si decide quindi che la continuità assistenziale medica dei reparti COVID sarà garantita sia dai medici delle U.O. del Dipartimento medico ma anche da quelli del Dipartimento specialità mediche, del Dipartimento chirurgico e del Dipartimento specialità chirurgiche. La Direzione medica si fa quindi carico di programmare la turnistica medica diurna e notturna dei reparti COVID, affiancando al medico internista o pneumologo un collega di un'altra specialità. Con questo tipo di organizzazione l'intero Ospedale riesce a mantenere attivi sia i reparti di degenza per tutte le tipologie ordinarie di pazienti, sia i nuovi reparti COVID attivati a causa dell'emergenza pandemica.

Nel frattempo i posti letto della terapia intensiva, che è dotata di 5 box isolati e una stanza di 3 posti letto, iniziano ad ospitare un numero sempre crescente di pazienti COVID che arrivano in pronto soccorso con grossa compromissione respiratoria o che si aggravano durante la degenza nei reparti COVID ordinari.

3.3 Il riconoscimento del ruolo strategico dell'Ospedale "Carlo Urbani" in ambito regionale

Nei giorni 11 e 12 marzo, a seguito della saturazione ricettiva dei presidi ospedalieri dell'A.O. "Marche Nord", la Direzione ASUR disponeva la centralizzazione verso Jesi dei trasporti della Centrale Operativa 118 di Area Vasta 1 determinando un notevole aumento di pazienti con necessità di ricovero in area COVID.

Di conseguenza, in data 14 marzo si procedeva ad ulteriore riconversione di un altro reparto di degenza per creare il reparto COVID 3 dotato di 26 posti letto: le degenze delle U.O. pneumologia e nefrologia vengono trasferite presso il settore di medicina interna del 4° piano e al nuovo reparto COVID 3 viene assegnato il codice disciplina 26 Medicina generale. La continuità assistenziale medica del reparto COVID è 3 affidata a due dirigenti medici delle U.O. di medicina interna e due dirigenti medici dell'U.O. pneumologia.

Da quel momento anche agli altri due reparti COVID viene assegnato il codice disciplina 26, Medicina generale. Tale decisione ha fatto seguito alla pubblicazione della delibera della Giunta Regionale n. 320 del 12 marzo 2020 (1) che ha ufficialmente individuato l'Ospedale "Carlo Urbani" quale struttura tenuta a garantire le necessarie attività assistenziali rivolte ai pazienti COVID positivi.

Nella giornata del 18 marzo si registra un massiccio afflusso di pazienti COVID trasportati dal 118 di Pesaro presso il pronto soccorso di Jesi a seguito delle indicazioni ricevute dall'ASUR. Si rende quindi necessario rispondere prontamente con l'attivazione immediata di un settore di Osservazione Temporanea presso il reparto day surgery/preospedalizzazione che nei giorni precedenti aveva visto sospese le proprie attività. In questo settore viene quindi realizzata un'estensione dell'U.O. medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza dotata di 9 posti letti per i quali l'assistenza medica viene garantita dal medico di pronto soccorso.

Il giorno successivo, preso atto dell'elevato numero di pazienti COVID positivi presenti, si ritiene opportuno procedere alla chiusura dell'Osservazione Temporanea e attivare un quarto reparto COVID. Il settore che fino a quel momento aveva ospitato le U.O. chirurgia, urologia e ortopedia viene svuotato ed allestito per il ricovero dei pazienti COVID. Il nuovo reparto COVID 4 è dotato di 22 posti letto e viene affidato al personale dell'U.O. pneumologia con codice disciplina 68.

Le attività delle U.O. di chirurgia, urologia e ortopedia vengono riorganizzate su un totale di 10 posti letto, principalmente per garantire le urgenze, individuati all'interno di un settore collocato nell'ala est dell'Ospedale assieme alle U.O. di nefrologia, medicina e pneumologia.

Il 18 marzo, a seguito della consegna dei nuovi ventilatori respiratori forniti dalla Protezione Civile, è finalmente possibile attivare il secondo reparto di terapia intensiva presso l'ex settore UTIC dotato di 6 posti letto.

Contemporaneamente, i posti letto del reparto COVID 2, adiacenti alla terapia intensiva 2, vengono convertiti in posti letto semintensivi, per migliorare l'assistenza sia dei pazienti in condizioni più gravi che necessitano di valutazioni rianimatorie immediate, sia dei pazienti che vengono dimessi dalla terapia intensiva, ma necessitano ancora di monitoraggio.

Per migliorare la separazione dei percorsi COVID e non-COVID al pronto soccorso, nel frattempo, si era provveduto alla richiesta di una struttura campale alla Protezione Civile, da posizionare nello spazio esterno dell'Ospedale, in contiguità di un accesso che permettesse poi la comunicazione diretta con i servizi diagnostici e i reparti ospedalieri. Terminato l'allestimento della struttura campale con attrezzature mediche e gas medicali, il 20 marzo viene attivato il pronto soccorso 2. Qui vengono indirizzati tutti i pazienti che presentano sintomatologia diversa da quella respiratoria, mentre i pazienti con patologia sospetta per infezione da COVID, ovvero la maggior parte dei pazienti che accedono al pronto soccorso in quei giorni, vengono accolti e assistiti presso il pronto soccorso principale.

3.4 Le principali criticità organizzative

Il raddoppio dei posti letto di terapia intensiva, la creazione di posti letto di terapia semiintensiva e la duplicazione del pronto soccorso rendeva necessario un importante reclutamento di personale medico, infermieristico e OSS. Non essendo possibile in tempi così brevi l'assunzione di nuove figure, l'unica alternativa era quella di trasferire nei nuovi reparti il personale che era impegnato in attività che - in conseguenza alle direttive regionali - erano state ridotte, ovvero le attività ambulatoriali ospedaliere e territoriali e le attività di sala operatoria. In particolare, gli infermieri del blocco operatorio, già all'inizio del mese di marzo erano stati affiancati ai colleghi della terapia intensiva per supportarli nel loro aumentato carico di lavoro, ma anche per permetterne l'addestramento in previsione dell'apertura di una seconda terapia intensiva. Tale scelta si è rivelata quindi strategica per permettere di avere personale infermieristico già formato al momento dell'apertura di un secondo reparto intensivo che fin da subito è risultato parimenti efficiente alla terapia intensiva già attiva.

A seguito del perdurare del massiccio afflusso di pazienti trasportati dal 118 di Pesaro presso il pronto soccorso di Jesi, nella giornata di venerdì 20 marzo si è proceduto ad attivare un quinto reparto per l'accoglienza dei pazienti con patologia COVID presso l'Area Medica del 4° piano: si tratta del reparto COVID 5, dotato di 22 posti letto codice con disciplina 26 Medicina interna ed è situato nell'ala est dell'Ospedale che fino a quel momento era stata risparmiata. In questo caso la nuova attivazione è stata resa possibile non dal trasferimento di un'altra unità operativa, ma dal fatto che presso il pronto soccorso gli accessi dei pazienti erano quasi tutti per patologia COVID, ovvero l'accesso dei pazienti con altre patologie internistiche aveva subito un drastico crollo e quindi il reparto di area medica del 4° piano si era andato progressivamente svuotando con la dimissione di quanti erano già ricoverati.

All'interno dell'Ospedale, le altre discipline di area medica vengono quindi riorganizzate in due soli reparti che ospitano le U.O. medicina interna, degenza post acuzie e nefrologia in 26 posti letto e le U.O. neurologia, medicina fisica e riabilitativa, reumatologia e cardiologia in 20 posti letto: un'attività minima rispetto al dato storico, ma comunque sufficiente alle attuali esigenze di salute della popolazione di riferimento.

La situazione più critica si registrava invece per la contrazione dei posti letto di area chirurgica in quanto erano stati temporaneamente collocati in quello stesso settore di area medica dell'ala est che ora veniva riconvertito ad area COVID. Non essendo più possibile quindi garantire un mini reparto chirurgico all'interno dell'Ospedale di Jesi, la Direzione sanitaria ASUR provvedeva a dare disposizione alla Centrale Operativa 118 di Ancona di far riferimento allo Stabilimento Ospedaliero di Fabriano e all'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Ancona per i percorsi chirurgici e ortopedici di urgenza-emergenza in quanto, a seguito dell'importante riconversione in ospedale COVID, presso lo Stabilimento Ospedaliero di Jesi non erano più garantite attività chirurgiche e ortopediche, se non

per condizioni di emergenza indifferibile. Nell'organizzazione interna dell'Ospedale, ciò si traduce nel fatto che le U.O. di chirurgia, urologia e ortopedia non hanno al momento più assegnati posti letto di degenza ordinaria, ma - in caso di necessità di posto letto per pazienti con patologie urgenti indifferibili - dovranno concordare il ricovero con i colleghi delle aree mediche utilizzando i letti loro assegnati. Tutti gli interventi chirurgici indifferibili per patologia oncologica chirurgica e urologica e gli interventi di traumatologia sono invece eseguiti presso lo Stabilimento di Fabriano previo accordo con i direttori delle analoghe unità operative e dell'U.O. anestesia di Fabriano.

Vengono invece garantite a Jesi le attività chirurgiche su pazienti COVID positivi che afferiscono ai tre stabilimenti ospedalieri di AV2. Come già esposto in precedenza, la forte riduzione delle attività di sala operatoria era stata dettata, oltre che all'adempimento alle indicazioni regionali, anche dal fatto che il personale infermieristico assegnato al blocco operatorio era stato trasferito presso la terapia intensiva riconvertita COVID. Di fatto quindi, con l'apertura della seconda terapia intensiva COVID, sia il personale infermieristico che gli anestesisti-rianimatori per le attività di sala operatoria erano a livelli minimali, e si riuscivano a garantire solo gli interventi di emergenza nonché i pochi interventi chirurgici di pazienti COVID positivi che nella maggior parte dei casi erano ortopedici (Cianforlini et al., 2021).

Il 20 marzo 2020, l'ospedale "Carlo Urbani" ha raggiunto quindi la sua massima capacità ricettiva di pazienti COVID con questo numero di posti letto:

- 14 posti letto di terapia intensiva;
- 12 posti letto di terapia semintensiva;
- 94 posti letto di degenza ordinaria;

per un totale complessivo di 120 posti letto, ovvero la metà di quelli mediamente attivi nell'intero ospedale.

In tutto questo periodo non hanno mai subito modifiche le attività ospedaliere dell'area materno-infantile, dell'oncologia, della dialisi e della salute mentale tutte collocate prevalentemente nell'ala est dell'ospedale. La riorganizzazione COVID dell'Ospedale ha invece riguardato principalmente l'ala ovest dello stesso, dal 3° al 5° piano, in quanto logisticamente i collegamenti con il pronto soccorso, la terapia intensiva e la diagnostica Rx e TAC dedicate al COVID erano più rapidi e diretti. Altro vantaggio di questa collocazione era inoltre la possibilità di escludere completamente l'accesso di qualsiasi utente o visitatore esterno, poiché in quella zona non vi erano altre attività se non quella di ricovero COVID.

Nella fig. 1 sono riportate le collocazioni dei reparti e della diagnostica dedicati al COVID e i percorsi di collegamento verticali realizzati tramite ascensore dedicato ed esclusivo per i pazienti COVID.

Nella riorganizzazione per l'apertura dei reparti COVID, è stato previsto di dedicare anche un settore, precedentemente occupato dalle attività di preospedalizzazione, come spogliatoio secondario del personale che lavora nei reparti COVID. In questo spogliatoio erano disponibili i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) da indossare ad inizio turno e alcuni locali relax dove il personale poteva trascorrere il periodo di pausa durante il turno lavorativo, per poi indossare di nuovo di DPI e tornare nel proprio reparto.

La svestizione dei DPI contaminati viene invece effettuata subito dopo l'uscita dal reparto COVID, e i DPI vengono subito smaltiti nei contenitori predisposti lì collocati.

Nell'area vestizione DPI sono inoltre presenti dei locali con doccia dove gli operatori possono lavarsi e indossare una divisa pulita prima di recarsi allo spogliatoio centrale.

Alla fine del mese di marzo, l'Unità di Crisi dell'Ospedale Urbani si fa promotrice di una lettera indirizzata alle Autorità Sanitarie Regionali, firmata da tutti i direttori delle unità operative ospedaliere, per chiedere un'integrazione di personale, di DPI e di attrezzature che consentano di continuare a garantire quanto già realizzato per l'assistenza e la cura dei pazienti COVID. La risposta a questa lettera non si fa attendere, e dopo pochi giorni viene comunicato che presso l'Ospedale di Jesi sarà all'allestito un ospedale campale della Marina Militare Italiana. L'allestimento della struttura campale avviene in tempi molto rapidi e nel frattempo il personale sanitario militare inviato a Jesi viene affiancato a quello dei reparti COVID ospedalieri per ricevere un'adeguata formazione. L'Ospedale Militare viene attivato in data 8 aprile e accoglie pazienti nella fase post-acuta per cui il codice

disciplina assegnato è il 60 lungodegenza: la disponibilità di posti letto, nella fase iniziale, è di 10, ma con il proseguire delle attività di allestimento si arriverà ad un totale di 26 posti letto che non verranno però mai completamente occupati (2).

Il ruolo affidato alla Protezione Civile Nazionale nell'ambito dell'emergenza ha riguardato non soltanto la fornitura centralizzata dei DPI e dei dispositivi elettromedicali per l'allestimento di nuovi reparti di terapia intensiva e semintensiva, ma anche il reclutamento di personale medico e infermieristico volontario che veniva poi inviato negli Ospedali italiani maggiormente coinvolti dell'emergenza. Anche l'Ospedale di Jesi si è visto quindi ricevere questo tipo di supporto con l'invio di due medici volontari, un cardiochirurgo in pensione di Lecce e un chirurgo d'urgenza di Napoli, che dal 4 aprile al 4 maggio hanno partecipato alla turnazione nei reparti COVID 2 e COVID 3.

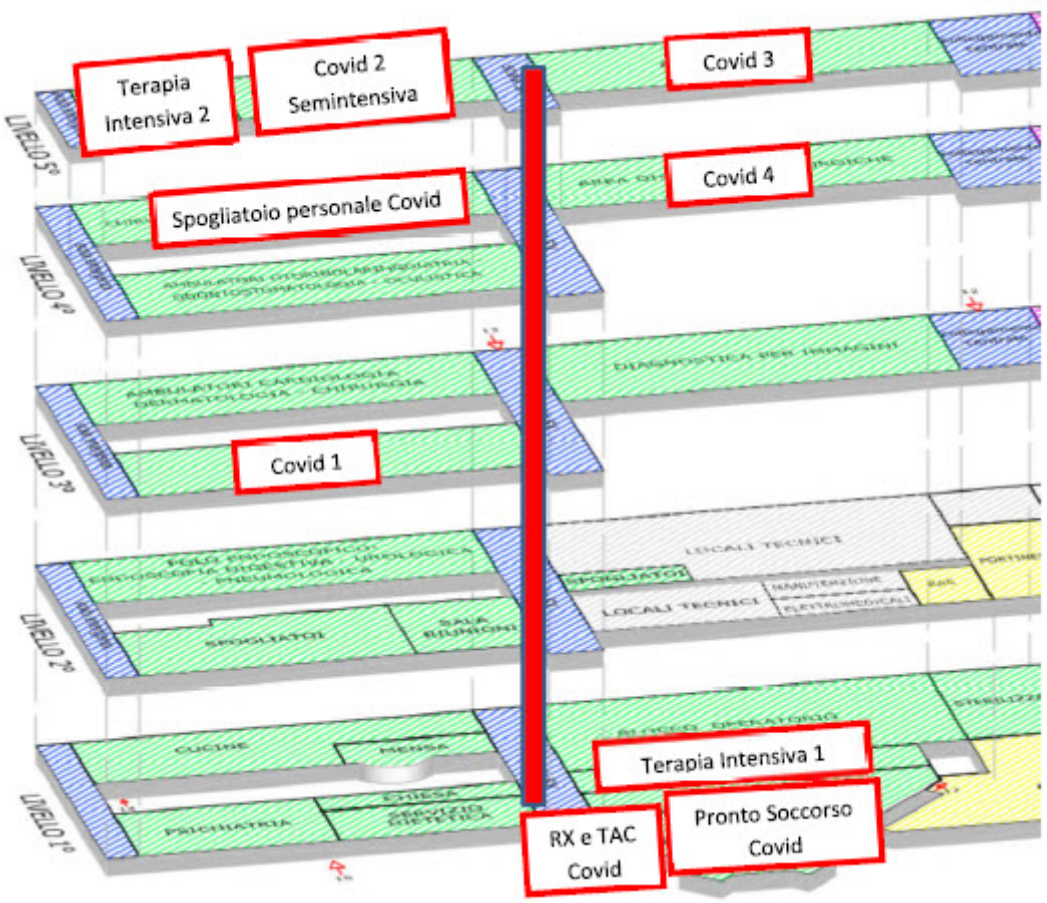
A partire dalla metà del mese di aprile, con la riduzione del numero dei pazienti con patologia COVID, si è passati a quella che è stata definita la "fase 2" ovvero la progressiva riconversione dei reparti COVID in reparti di attività ordinaria per i pazienti non COVID. Anche per questo processo, le azioni riorganizzative sono state progressive e complesse e la chiusura dell'ultimo reparto COVID è avvenuta il 18 maggio 2020.

3.5 Dati di attività

Nel periodo di marzo-luglio 2020, l'Ospedale di Jesi ha fatto registrare i seguenti dati di attività resa a favore dei pazienti con patologia COVID:

- numero ricoveri in regime di degenza ordinaria: 248;
- età media dei pazienti: 70,3 anni (range 29-98 anni);
- durata media della degenza: 14,5 gg (range 0-85 giorni);

Fig. 1 – Spaccato tridimensionale dell'Ospedale di Jesi: reparti riconvertiti per il ricovero di pazienti COVID-e percorsi di collegamento con Pronto Soccorso, Terapia Intensiva e Servizi di diagnostica radiologica



- decessi: n. 55 (ovvero il 22,1% dei pazienti ricoverati);
- età media dei pazienti deceduti: 77,6 anni (range 57-97 anni).

L'ultimo paziente ricoverato a Jesi per patologia COVID, dopo aver effettuato in regime di ricovero anche il percorso di riabilitazione in un reparto non-COVID, è stato dimesso in data 23 luglio 2020.

4. Conclusioni

La riorganizzazione dell'Ospedale di Jesi nell'emergenza COVID è stata realizzata in tempi brevissimi grazie alla fondamentale condivisione delle scelte da parte di tutti i direttori/responsabili delle unità operative ospedaliere, laddove, inoltre, ciascun reparto ha garantito un indispensabile apporto nell'affrontare questa imponente ed imprevista emergenza. Ciò ha reso il "Carlo Urbani" di Jesi la prima struttura ASUR in grado di accogliere il maggior numero di degenti COVID positivi, raggiungendo quindi l'obiettivo richiesto dai vertici aziendali in tempi rapidissimi e permettendo quindi di dare un'efficace risposta all'emergenza, e nonostante questo, sono state comunque mantenute tutte le attività delle unità operative ospedaliere, come ad esempio quelle di presa in carico dei pazienti con patologie croniche nonché quelle dell'area materno-infantile.

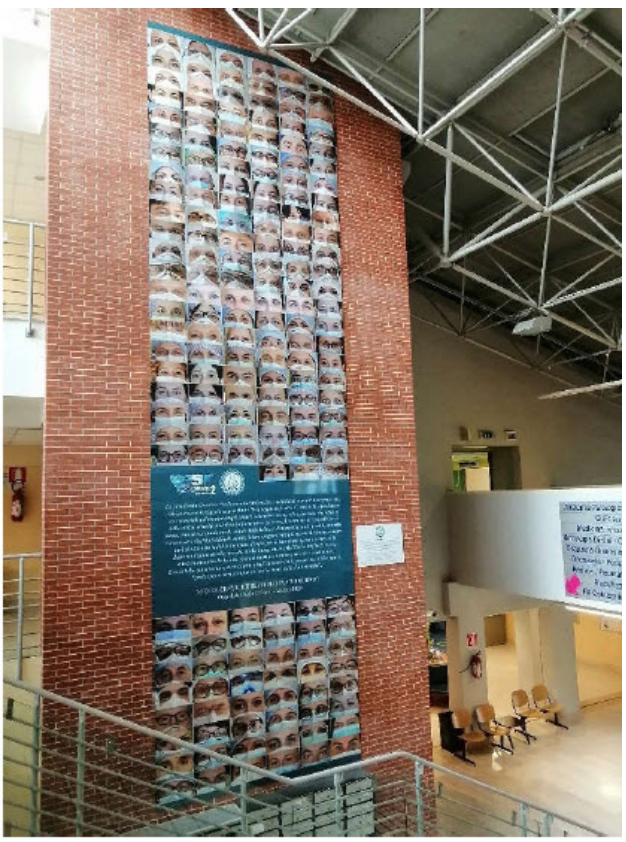
Nel periodo in cui l'Ospedale ha raggiunto la sua massima capacità ricettiva per i pazienti COVID, la metà dei posti letto era stata oggetto di riconversione e il pronto soccorso raddoppiato: un solo ospedale è stato quindi praticamente trasformato in due ospedali, che avevano due differenti target di pazienti e che disponevano di percorsi e servizi dedicati e differenziati.

È facile comprendere quanto gravoso sia stato l'impatto di questa riorganizzazione all'interno del complesso sistema ospedaliero, soprattutto sugli operatori sanitari che in molti casi, nel giro di pochissimo tempo, hanno visto stravolgere la propria routine lavorativa e - dimostrando un altissimo livello di professionalità - si sono adeguati alle nuove necessità che l'emergenza aveva determinato.

Se la risposta dell'Ospedale di Jesi si è dimostrata così efficace, il merito è degli operatori sanitari, di tutte le qualifiche professionali, includendo fra questi anche gli operatori dei servizi in appalto, soprattutto gli addetti alle pulizie.

Laddove la criticità più importante nell'affrontare l'emergenza COVID è stata indubbiamente quella legata alla carenza di personale sanitario, va sottolineato che gli operatori sanitari presenti hanno lavorato anche oltre le loro possibilità, non esitando nel rinunciare a stare vicino ai propri familiari pur di tutelarli evitando la trasmissione del virus che potenzialmente potevano contrarre durante l'attività lavorativa e sopportando con sacrificio lunghi turni di lavoro consapevoli che la scarsa disponibilità di DPI gli consentiva al massimo un solo cambio della tuta idrorepellente e della mascherina FFp2.

Nonostante la paura nei confronti di una malattia di cui si conosceva ben poco, nonostante i sacrifici, la frustrazione e la stanchezza che si accumulavano dopo ogni turno lavorativo, nonostante la necessità di dover gestire anche la grandissima sofferenza dei pazienti e dei loro familiari, il personale ospedaliero ha dimostrato di saper reagire e rispondere all'emergenza, costruendo al contempo un forte spirito di squadra e senso di appartenenza al proprio Ospedale.



Si può, con certezza, affermare che la buona riuscita di ogni azione organizzativa, anche in situazioni di emergenza, è determinata dal coinvolgimento e dalla motivazione delle persone che devono realizzarla.

Per non dimenticare i preziosi insegnamenti che ciascuno di noi ha ricevuto in questa drammatica esperienza e rendere onore a tutti quelli che hanno permesso di realizzare tutto ciò che è stato descritto in precedenza, è stato realizzato il "Pannello degli occhi", che è appeso all'ingresso dell'Ospedale "Carlo Urbani".

Note

(1) Delibera della Giunta della Regione Marche n. 320 del 12 marzo 2020 *Aggiornamento del "Piano Regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19"* di cui alla DGR 272 del 9 marzo 2020.

(2) Determina ASUR 9 aprile 2020, n. 168/DG *Accordo tra l'ASUR MARCHE e la Marina Militare Italiana - Definizione delle attività congiunte per il funzionamento dell'Ospedale da campo della Marina Militare Italiana installato a Jesi - Determinazioni*.

Bibliografia

Cianforlini M., Rotini M., Quarta D., Schimizzi A.M., Bacelli S., Pacetti E., Politano R. (2021): Chirurgia traumatologica in paziente positivo al COVID 19: organizzazione ed esperienza clinica. *Organizzazione Sanitaria*, XLV, 2: 52-55.

NORME PER GLI AUTORI

Organizzazione Sanitaria è un trimestrale accreditato presso l'ANVUR che pubblica esclusivamente articoli originali. La responsabilità del contenuto è esclusivamente dell'Autore. La proprietà degli articoli viene ceduta alla Casa Editrice e ne è vietata la riproduzione non autorizzata, anche parziale, in qualsiasi forma e con qualunque mezzo.

Gli articoli vengono valutati dal Comitato Scientifico e dai Revisori.

I manoscritti accettati possono andare incontro ad una revisione editoriale e, se necessario, a riduzioni della lunghezza, comunque concordate con l'Autore. L'Autore riceverà una risposta sull'accettazione o meno del manoscritto entro quattro settimane.

Ogni articolo viene valutato da almeno due Revisori indipendenti. In caso di accettazione, l'Autore riceverà le bozze di stampa in formato pdf tramite posta elettronica. Eventuali correzioni dovranno essere comunicate entro la data indicata nel modulo di accompagnamento che contiene anche l'autorizzazione alla stampa e che deve essere sottoscritta dall'Autore.

A stampa avvenuta, l'Autore riceverà una copia in pdf del fascicolo nel quale compare l'articolo a sua firma.

Norme generali per l'elaborazione dei manoscritti

Il manoscritto, realizzato in word, deve pervenire tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@frgeditore.it e deve essere strutturato come segue:

1) *la prima pagina* deve contenere:
   a) titolo (in italiano e inglese)
   b) nome e cognome dell'Autore/i
   c) istituzione di appartenenza e qualifica rivestita
   d) parole chiave (non più di 5, in italiano e inglese)
   e) indirizzo per la corrispondenza con: nome dell'Autore a cui inviare la corrispondenza; indirizzo; telefono; e-mail;
2) *riassunto strutturato* (obiettivi, metodi, risultati, conclusioni) di massimo 250 parole (in italiano e inglese);
3) *testo*, suddiviso in:
   a) introduzione
   b) materiali e metodi
   c) risultati
   d) conclusioni
4) *ringraziamenti* (eventuali);
5) *bibliografia*, limitata alle voci essenziali.

I riferimenti devono essere identificati nel testo con l'indicazione del cognome dell'autore seguito dall'anno di pubblicazione. In caso di più di due autori si indicherà il cognome del primo seguito dalla dizione "et al.".

Gli autori vanno indicati con il cognome, seguito dall'iniziale del nome e, tra parentesi, l'anno di pubblicazione. All'interno dell'ordine alfabetico vale l'ordine cronologico; in caso di pubblicazioni relative allo stesso autore e allo stesso anno si utilizzino le lettere (es. 2018a, 2018b).

Di seguito si riportano alcuni esempi di citazione:

- *rivista*: Mastrobuono I., Mayr M. (2018): L'assistenza sanitaria e sociale ai pazienti affetti da patologie croniche in Provincia autonoma di Bolzano: il Master Plan Chronic Care, *Organizzazione Sanitaria*, XLII, 4: 13-74, FRG Editore, Roma.
- *libro*: Monteduro F. (2006): *Le aziende sanitarie non profit. Rilevanza, ruolo e collaborazione con il settore pubblico*, McGraw-Hill, Milano.
- *capitolo di libro*: Caruso B. (1997): "L'Europa, il diritto alla salute e l'ambiente di lavoro", in Montuschi L. (a cura di): *Ambiente, salute e sicurezza: per una gestione integrata dei rischi da lavoro*, Ed. Giappichelli.

Tabelle/figure, con didascalie adeguate ed eventuale citazione della fonte, numerate con numeri arabi. Dovranno essere realizzate tenendo conto del formato della rivista. Andranno citate nel testo come segue (tab. 1/fig. 1).

Acronimi e riferimenti legislativi. Si utilizzino le formule più semplici. Per gli acronimi, ad esempio: SSN, PSN, ASL, AO, DRG, ROD, FSN. Per le norme, ad esempio: L. 833/1978; D.Lgs. 29/1999; D.M. 15 aprile 1994, L.R. 4 agosto 1997, n. 42.

ORGANIZZAZIONE SANITARIA

rivista trimestrale

Direzione, Redazione e Amministrazione
FRG Editore - Viale Gorgia di Leontini, 30 - 00124 Roma
Tel.: (39) 06.50912071 - Fax: (39) 06.50932756 - http://www.frgeditore.it - e-mail: info@frgeditore.it

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Roma

Tribunale di Roma, n. 16664 del 27 gennaio 1977 (1ª registrazione)
Tribunale di Roma, n. 144 del 25 giugno 2013 (2ª registrazione)

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2021

Distribuzione: Vendita esclusiva per abbonamento

LISTINO 2022

(importi comprensivi di IVA 4% come previsto dal comma 637, art. 1, L. 28 dicembre 2015, n. 208 ad eccezione dell'abbonamento cartaceo che prevede l'IVA c/Editore)

Abbonamenti Riviste	ISSN	Importo Italia/Estero	Fascicolo in pdf	Articolo in pdf
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (Vol. XLVI – trimestrale on line)	1827-9724	160,00	35,00	20,00
MONDO SANITARIO (Vol. XXIX - mensile 11 fascicoli on line)	1970-9374	220,00	30,00	20,00
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO on line		300,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO (cartaceo + on line)		450,00		
CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (Vol. XXXII - on line)	1970-9722	280,00		

Acquisto Libri	Formato	Prezzo di vendita
Quaderni OS/02 - Considerazioni e riflessioni su PNRR e Organizzazione Sanitaria (di M. Nonis) 2021	print	28,00
	pdf	15,00
Appunti di medicina narrativa. La pratica applicata (di U.M.S. Caraccia, M. D'Innocenzo, F. Colavita) 2021	print	18,00
	pdf	9,00
La medicina di genere (a cura di F. Colavita) 2021	print	20,00
	pdf	9,00
La presa in carico della cronicità e fragilità in Lombardia: nascita, evoluzione ed esiti di una riforma (di G. Belleri) 2021	print	25,00
	pdf	18,00
Quaderni OS/1 - COVID-19 - Riflessioni sulla pandemia ed esigenza di revisione del sistema sanitario (a cura di I. Mastrobuono) 2020	pdf	19,00

COME ABBONARSI O ACQUISTARE UN LIBRO:

BONIFICO BANCARIO - Banca Popolare di Sondrio (**IBAN IT 34 Z 05696 03209 000010918X94**) intestato a **FRG Editore**, indicando nella causale il titolo della rivista e inviando copia del pagamento alla e mail **info@frgeditore.it** o al fax 06.50932756 segnalando un indirizzo email valido. Per l'acquisto del Codice dell'Ospedalità Privata verrà inviata una scheda di sottoscrizione da compilare e sottoscrivere. Trattandosi di abbonamenti on line, in mancanza di pagamento anticipato, non verranno attivati i codici di accesso alle pubblicazioni.

ACCESSO ON LINE - Per gli Abbonati dotati di apposito *IP statico*, l'accesso potrà avvenire tramite identificazione e riconoscimento della rete autorizzata. In assenza di detta comunicazione, entro 24-48 ore dalla ricezione del pagamento verranno comunicate user e password per l'accesso on line alle Riviste acquistate.

FATTURAZIONE - Per ricevere la fattura è indispensabile comunicare codice fiscale, partita iva e codice univoco contestualmente al pagamento.