

# IL SISTEMA DEI SERVIZI IN ITALIA

A CURA DI

MARINA BIANCHI  
RINO FASOL

PARTE PRIMA

Servizi sanitari e cultura del cambiamento  
A dieci anni dalla riforma sanitaria



QUADERNO 15  
Dipartimento di Politica Sociale  
Università di Trento

I Quaderni del Dipartimento di Politica Sociale costituiscono una iniziativa editoriale finalizzata alla tempestiva diffusione in ambito universitario di *materiale di ricerca, riflessioni teoriche e resoconti* di Seminari di studio di particolare rilevanza. L'accettazione dei diversi contributi è subordinata all'approvazione di un'apposita Commissione scientifica, che si avvale anche del parere di *referees* esterni al Dipartimento. Responsabile della serie dei Quaderni: Prof. Marino Livolsi, Ordinario di Sociologia, Trento. Le richieste dei Quaderni vanno inviate ai rispettivi autori.

1. E. BAUMGARTNER, *L'identità nel cambiamento*, 1983.
2. C. SARACENO, *Changing the Gender Structure of Family Organization*, 1984.
3. G. SARCHIELLI, M. DEPOLO e G. AVEZZU', *Rappresentazioni del lavoro e identità sociale in un gruppo di lavoratori irregolari*, 1984.
4. S. GHERARDI, A. STRATI, (a cura di), *Sviluppo e declino: La dimensione temporale nello studio delle organizzazioni*, 1984.
- 5/6 A. STRATI (ed.), *The Symbolics of Skill*, 1985.
7. G. CHIARI, *Guida bibliografica alle Tecniche di ricerca sociale*, 1986.
8. M. DEPOLO, R. FASOL, F. FRACCAROLI, G. SARCHIELLI, *L'azione negoziale*, 1986.
9. C. SARACENO, *Corso della vita e approccio biografico*, 1986
10. R. PORRO (a cura di), *Le comunicazioni di massa*, 1987.
- 11/12. G. CHIARI, P. PERI, I modelli log-lineari nella ricerca sociologica, 1987.
13. S. GHERARDI, B. TURNER, Real men don't collect soft data, 1987.
14. D. LA VALLE, Utilitarismo e teoria sociale: verso più efficaci indicatori del benessere, 1988.

Dipartimento di Politica Sociale  
 Università di Trento  
 via Verdi 26, I-38100 Trento  
 Tel. 0461-881111/881322  
 telex 400674 UNIVTN I  
 Italia

Composizione: Copisteria Paradisi Trento  
 © Copyright Dipartimento di Politica Sociale, 1988

## Indice

Premessa	pag.	5
Introduzione (R. Fasol)	pag.	7
La valutazione della qualità delle cure e il cambiamento nel Servizio Sanitario Nazionale (A. Gardini)	pag.	13
Quality Assurance nelle strutture ospedaliere (P. Ghiselli)	pag.	31
Sistema informativo e indicatori di funzionamento (F. Prandi)	pag.	55
Allegato: Sintesi degli indicatori dei servizi dell'U.S.L. 9 - Reggio Emilia (a cura di M. Ravelli)	pag.	103

## Premessa

Presentiamo in questo numero dei Quaderni il prodotto di due iniziative didattiche organizzate dal Dipartimento nell'anno acc. 1987/1988: il ciclo di seminari dal titolo «Il sistema dei servizi in Italia. Modelli di analisi e filoni di ricerca» (a cura di M. Bianchi) e quello dedicato a «Servizi sanitari e cultura del cambiamento. A dieci anni dalla Riforma sanitaria» (a cura di R. Fasol). Entrambi erano rivolti, oltre che agli studenti e ai colleghi interessati a queste tematiche, ad amministratori e responsabili di enti locali ed operatori sociali e sanitari.

I due cicli seminariali si sono svolti quasi contemporaneamente, tra l'inverno del 1987 e la primavera del 1988, e questa dimensione temporale «intensiva» sia delle presenze esterne, degli esperti chiamati ad intervenire, che del dibattito e della riflessioni sviluppatasi a partire dai diversi interventi, ci ha facilitato nel cogliere intrecci e interdipendenze tra aspetti metodologici, concettuali, storici presenti in entrambi.

L'esigenza da cui erano derivate le due iniziative era quella, comune, di affrontare il tema, così vasto, frammentato e complesso che continuiamo a chiamare genericamente «dei servizi», cominciando con l'esplicitare e porre a confronto da un lato modelli di analisi, schemi interpretativi, possibilità di lettura, dall'altro lato modelli organizzativi applicati, problemi ed effetti inerenti ai processi di realizzazione. Sullo sfondo vi era l'impressione che negli anni più recenti l'attenzione si fosse concentrata con un'enfasi eccessiva sul versante delle «politiche» sociali e sanitarie, spesso intese in modo dualistico e riduttivo: in breve, avendo come riferimento privilegiato alcuni criteri di compatibilità economico-finanziaria riguardo ai servizi pubblici, il costo dei servizi e le possibilità di redistribuzione tra Stato, cittadini utenti, organizzazioni del «terzo settore». Ci è sembrato utile e necessario - sia in forma didattica, che, ora, con questa raccolta di contributi - tornare a volgere l'attenzione e l'interesse ai processi attuativi di al-

cune politiche, avviate nel nostro paese nel decennio delle riforme, concentrandoci sul caso della Riforma sanitaria del 1978.

Alcuni tra gli interventi proposti affrontano processi e fenomeni dal versante delle organizzazioni. La prima delle due parti in cui si articola il *Quaderno*, curata da R. Fasol, è interamente dedicata a questo versante, con particolare attenzione ai problemi della valutazione dei servizi sanitari, nei suoi aspetti di definizione e di applicazione. Altri interventi, contenuti nella II Parte, curata da M. Bianchi, puntano l'attenzione sugli attori sociali: utenti, operatori, popolazione, gli abitanti, più o meno centrali o marginali, del «sistema dei servizi», sui loro comportamenti e le loro strategie.

Optando per il quadro concettuale di «sistema dei servizi», infine, abbiamo inteso ricondurre il filo della riflessione alla complessità dell'insieme, alla utilità di un approccio non settoriale, cercando di scrollarci di dosso le delimitazioni e contrapposizioni, per certi aspetti artificiose, tra «pubblico» e «privato».

Le relazioni costitutive di ciascuno dei due cicli di seminari sono state raccolte, per comodità del lettore, in due volumi, di cui appare per primo «*Servizi sanitari e cultura del cambiamento. A dieci anni dalla Riforma sanitaria*». Tutte sono state stese e riviste dagli Autori per la presente pubblicazione. Intendiamo ringraziarli anche qui per la loro partecipazione, attenta e puntuale, a questa versione scritta del nostro progetto seminariale.

(m.b. - r.f.)

## Introduzione

Con l'organizzazione del seminario su "Servizi sanitari e cultura del cambiamento" abbiamo inteso mettere a disposizione un luogo "neutro" in cui potessero essere discussi anche materiali di ricerca e riflessioni non necessariamente "definitivi". In questa breve nota richiamerò alcuni dei temi affrontati nei tre interventi qui pubblicati, al fine di individuare gli aspetti più controversi e quindi le possibili linee di ricerca da privilegiare in questo ambito.

A. Gardini illustra i presupposti della valutazione della qualità delle cure sanitarie, presupposti su cui occorre dare atto che la Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria ha svolto un'importante azione divulgativa. Nel fare questo, così come nel riportare un caso concreto di valutazione, Gardini presta particolarmente attenzione al problema delle finalità della valutazione.

Quello che rileva a questo proposito, è che i tre principali attori (amministratori, operatori, utenti) che intervengono nel settore dell'assistenza, si rifanno nelle loro scelte a logiche potenzialmente conflittuali. Anche nel caso della valutazione, moventi, aspettative, ma soprattutto criteri e priorità tendenzialmente non coincidono (Taroni, Liberati, 1988).

Importante è dunque che per Gardini sia essenziale, prioritario il requisito del consenso degli operatori sulle scelte, sui contenuti dell'attività di valutazione; l'iniziativa stessa sembra così di fatto inevitabilmente riservata agli operatori.

Anche se non va contrapposta a quella del 'consenso', centrale mi sembra però in questa prospettiva la dimensione 'istituzionale' del processo di valutazione. Il nodo da sciogliere infatti è proprio quello del rapporto che deve realizzarsi fra la valutazione 'intraprofessionale' -cui

fa riferimento Gardini- e le responsabilità (gestionali, ma anche politiche) dei soggetti cui istituzionalmente è affidato -ai vari livelli- il governo della sanità pubblica. In questo quadro resta da trovare uno spazio preciso, un ruolo concreto anche per altri soggetti, cui va riconosciuto un legittimo diritto ad intervenire su queste questioni: dalle organizzazioni di categoria e sindacali alle forme di rappresentanza degli utenti.

Un breve cenno è inevitabile poi al fatto che se in Italia le esperienze di cui stiamo parlando sono al loro avvio, in altri paesi (come U.S.A., Gran Bretagna, Olanda....) esiste una consolidata tradizione di forme e modelli di valutazione dei servizi sanitari. Essa deve ovviamente costituire un utile riferimento per un confronto critico, in particolare per verificare quali siano stati - da un lato - gli elementi che hanno messo in moto questo processo, e - dall'altro - le condizioni che hanno influito sulla loro evoluzione, facilitandone od ostacolandone il successo. A questo proposito, per una prima introduzione, si possono vedere la rassegna di esperienze contenuta nel numero monografico della rivista *Salute e territorio* (il numero 44 del 1986) ed i lavori di Affeldt e Walczack (1984), di Affeldt *et al* (1983), di Lohr e Brook (1984) per gli USA, di Shaw (1980) per la Gran Bretagna, di Reerink (1987) e di Kistemaker (1987) per l'Olanda.

Le prospettive per la *Quality Assurance* nel nostro Paese non sembrano peraltro affatto chiare. Non mancano infatti consistenti segnali di una emergente volontà di allinearsi alle pratiche ormai correnti in altri Paesi, segnali provenienti tanto da sperimentazioni a livello locale, quanto da iniziative e prese di posizione di organi dell'amministrazione centrale dello Stato.

D'altro canto, sono altrettanto se non maggiormente rilevanti le iniziative che non si ispirano, che non tengono conto di questa nuova logica.

Ad esempio, il decreto predisposto dal Ministero della Sanità, in at-

tuazione della legge n. 109 del 1988, fissando gli standard per il personale ospedaliero, richiama l'obbligo - già previsto dal contratto di lavoro - di attivare in tutti i presidi dei gruppi di verifica e revisione della qualità assistenziale. Dunque, da una parte si configura finalmente un intervento normativo sugli standard strutturali; dall'altra, si rimanda alle categorie professionali l'obbligo della valutazione, obbligo da assolvere peraltro senza che vengano previsti nè sanzioni, nè premi in relazione ai risultati.

L'intervento di P. Ghiselli affronta una esperienza che illustra una delle linee su cui si sta indirizzando in Italia la sperimentazione di metodi di *Quality Assessment*. Mi pare che nell'esperienza da lui illustrata emergano chiari, nella loro concretezza, problemi come quelli della definizione dei criteri e degli standard (Donabedian, 1982), misure concrete della qualità dell'assistenza, senza le quali poco varrebbe aver preso la decisione di valutare ed aver definito i soggetti valutatori.

Criteri e standard sono pensati per lo più come riferimenti intraprofessionali, che misurano il grado di corrispondenza fra le *performance* dei soggetti da valutare e le conoscenze tecniche ritenute più adeguate dalle comunità scientifiche.

Va di nuovo richiamato che ci si è resi conto peraltro che proprio la molteplicità dei punti di vista della valutazione richiederebbe che tali criteri fossero definiti anche rispetto a utenti e gestori dei servizi sanitari (Council on Medical Service, 1986).

L'esperienza, riportata da P. Ghiselli, sui D.R.G. è un esempio di come si possa costruire un processo di valutazione, partendo da rilevazioni di tipo corrente e senza un consenso esplicito delle categorie professionali.

In sostanza tale valutazione si basa sullo scostamento delle medie di comportamenti, cioè sulla variabilità di una misura di rilevazione quan-

titativa delle attività.

Pur non potendo definire la qualità sulla base del comportamento medio, si assume che costituisca un elemento di segno positivo il fatto che la gran parte dei soggetti osservati si comporti in modo omogeneo.

Questa stabilità si accompagna infatti sia a conoscenze tecniche fortemente condivise, sia ad una organizzazione efficiente delle procedure assistenziali. Al contrario, la presenza di una notevole variabilità segnala che con molta probabilità esiste un problema di qualità.

L'adozione di criteri impliciti - come in questo caso - permette di fatto un giudizio e consente l'adozione di provvedimenti fiscali o educativi a seconda dei casi.

L'intervento di F. Prandi in una certa misura integra quello di Ghiselli perchè affronta, accanto all'ospedale, l'ambito dei servizi territoriali. Al tempo stesso 'allarga' la prospettiva, introducendo il tema dell'*informazione* (e del sistema informativo) in ambito sanitario.

In questo modo viene ribadita anche la crucialità del rapporto fra valutazione e gestione, che ripropone la questione delle scelte organizzative e degli spazi istituzionali in cui deve collocarsi l'attività di valutazione.

Si sottolinea inoltre in questo intervento che la distinzione dei fattori che concorrono a definire la qualità - struttura, processo, esito - è di fatto un artificio "analitico", non essendo possibile formulare giudizi conclusivi se la valutazione non ha interessato tutti questi aspetti nelle loro interconnessioni.

E' curioso come l'elemento più facilmente affrontabile dall'indagine, cioè la struttura, sia quello che risulta dagli studi di valutazione meno rilevante. Tuttavia, l'attenzione di amministratori, operatori e utenti pare concentrata sulla accessibilità dei servizi, che risulta l'aspetto della valutazione più appariscente.

Solo con fatica si fa strada invece l'attenzione ad esempio sulla continuità assistenziale o sull'utilità reale di certi trattamenti, argomenti questi che mettono in discussione ben più profondamente la pratica clinica e l'organizzazione dei servizi sanitari.

In conclusione, mi sembra che emerga chiaramente come 'valutazione' non sia (come ricordano Bert e Giustetto, 1984) nè mero raffronto fra esiti e risorse, nè banale applicazione di formule, nè semplice controllo del funzionamento delle strutture.

Rino Fasol

### Riferimenti bibliografici

- Affeldt J.E., Walczack R.M., The role of JCAH in Assuring Quality Care, in Pena J.J. *et al* (eds), *Hospital Quality Assurance*, Aspen, Rockville (Maryland), 1984, 49-62.
- Affeldt J.E. *et al*, Quality Assurance: Its Origin, Status, and Future Direction - *A JCAH Perspective, Evaluation and the Health Professions*, vol. 6 no. 2, 1983, 245-255.
- Bert G., Giustetto G., *Interventi e criteri di valutazione nelle Usl*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1984.
- Council on Medical Service (American Medical Association), Quality of Care, *Journal of the American Medical Association*, vol. 256, no. 8, 1986, 1032-1034.
- Donabedian A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume ii. The Criteria and Standards of Quality*, Health Administration Press, Ann Arbor (Michigan), 1982.
- Kistemaker W.J.G., Peer review in the hospitals of The Netherlands, *Australian Clinical Review*, March 1987, 16-20.
- Lohr K.N., Brook R.H., *Quality Assurance in Medicine. Experience in the Public Sector*, Rand, Santa Monica (Ca), 1984.
- Palmer H., La valutazione della qualità degli interventi sanitari, *Ricerca & Pratica*, 21, 1988, numero monografico.
- Reerink E., The future of quality assurance in The Netherlands, *Australian Clinical Review*, March 1987, 51-53.
- Shaw C.D., Audit in British hospital. Audit in British medical practice, *British Medical Journal*, no. 1, 1980, 1314-1315; 1361-1363.
- Taroni F., Liberati A., Introduzione a Palmer H. (1988).

## LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE E IL CAMBIAMENTO NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di Andrea Gardini

Pediatra  
Ospedale di Portogruaro  
Segretario della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria

Il campo di studio mio e della Società Italiana di V.R.Q. comprende quel complesso di attività professionali proposte al personale sanitario di lingua inglese sotto il nome di «Quality Assurance», la cui traduzione letterale potrebbe essere «Garanzia di Qualità», dando sottinteso che chi si occupa dell'argomento sta facendo un'attività tendente a garantire all'utente del suo servizio il miglior livello qualitativo di assistenza possibile tenendo conto dell'applicabilità di conoscenze scientifiche sempre aggiornate in un ambiente definito.

Noi abbiamo voluto tradurre, cinque anni fa, il termine Quality Assurance in «Verifica e Revisione della Qualità delle Cure Mediche e dell'Assistenza Sanitaria» per sottolinearne gli aspetti professionali, partecipativi e dinamici, se confrontati con il Controllo di Qualità industriale o con la Valutazione della Qualità tout-court. Da quest'anno la Società di V.R.Q. può chiamarsi anche Società per la Qualità dell'Assistenza, Q.A., per dovere di semplificazione e per riconoscibilità internazionale, dove Q.A. in genere significa appunto, Quality Assurance. La Società è una Società scientifica, quindi non solo medica, e fra i suoi obiettivi ci sono la promozione e la ricerca nel campo del miglioramento della qualità dell'assistenza alla persona malata, ma anche nei più vasti campi della prevenzione e della riabilitazione, ove le conoscenze nel campo della valutazione sono molto poche, a tutt'oggi.

La Q.A. è la nipote del Controllo di Qualità industriale, che consiste nella verifica che le procedure decise dalla direzione aziendale siano rispettate dagli addetti in modo tale che il prodotto finale sia in sintonia con la qualità prevista da chi l'ha progettato: è un sistema in cui le decisioni vengono prese da un vertice ristretto e sono fatte rispettare mediante meccanismi lineari del tipo ordine-esecuzione. È un sistema che si è rivelato funzionale alla produzione di frigoriferi, lavatrici, automobili, laminati di ghisa e di quanti altri prodotti industriali su cui si basa l'economia dei Paesi, appunto, industrializzati.



La figlia del Controllo di Qualità e la mamma della Q.A. è la valutazione della Qualità delle cure, o Quality Assessment, che può essere intesa come un processo che tende alla verifica della qualità dell'assistenza sanitaria organizzata dai dirigenti dei servizi, da uffici predisposti allo scopo o da Istituti di Ricerca. Si basa sui dati prodotti dalla documentazione strutturale o clinica corrente ai vari livelli di servizio e serve per il governo della struttura sanitaria. Questo tipo di valutazione tende a servirsi più di parametri quantitativi che qualitativi (occupazione posti letto, liste di attesa, durata della degenza, consumo di farmaci, ecc.) ma manca di strumenti atti alla modificazione della realtà fotografata da questi parametri quantitativi, se non impiegando strumenti amministrativi di tipo autoritario (taglio dei posti letto, taglio dei fondi, chiusura o ridimensionamento di servizi) che spesso risultano, nell'esperienza corrente, di dubbia utilità. È facile che un meccanismo di valutazione con queste caratteristiche generi rapporti tra la Direzione della struttura e servizi e reparti definibili come «controllo-sanzione», meccanismi che, in quanto professionisti, vorremmo il più possibile evitare.

La Q.A. viene intesa come un processo dinamico, gestito dagli operatori stessi, infermieri, medici o di altro genere, avente come obiettivo la valutazione del livello reale delle prestazioni sanitarie e la messa a punto di modifiche atte a migliorarne le caratteristiche.

Essa è:

- un sistema interamente gestito dai medici, dagli infermieri e dagli altri operatori sanitari;
- una revisione collegiale delle prestazioni sanitarie;
- una serie di tecniche atte a migliorare le prestazioni sanitarie attraverso un lavoro di gruppo.

Il controllo verticistico e la sanzione amministrativa non sono fra gli scopi di quest'attività, che ha molte valenze appartenenti al campo della formazione permanente. Questa è una scelta di campo coerente con l'e-

videnza quotidiana dell'inutilità pratica dei meccanismi sanzionatori per i medici e gli altri operatori sanitari che si comportino scorrettamente, a meno che non ci siano situazioni di colpa grave accertate dalla magistratura. Quest'attività vorrebbe anzi prevenire queste situazioni, possibili d'altra parte in una attività umana ormai molto complessa com'è quella sanitaria, ed utilizzarle come meccanismo d'identificazione dei problemi (gli «eventi sentinella»).

Prima però di descrivere il modello delle attività di Q.A. vorrei fare un breve accenno alla definizione stessa di «qualità».

Robert M. Pirsig ne «Lo zen e l'arte della manutenzione della motocicletta» dice «La qualità non è un metodo. È lo scopo cui il metodo tende».

Due gruppi di studio, negli anni sessanta hanno definito un consenso fra esperti sulle componenti della qualità dell'assistenza, uno dell'O.M.S. ed uno dell'American Public Health Association (APHA).

Il gruppo dell'O.M.S. ha suddiviso la qualità dell'assistenza sanitaria in tre componenti: adeguatezza, efficienza e qualità tecnico-scientifica.

L'A.P.H.A. ha specificato meglio gli elementi giudicati essenziali per una buona assistenza; un'ulteriore elaborazione negli anni '70 ed '80 ha dato a Vuori la possibilità di sintetizzare nelle seguenti variabili il concetto di qualità delle cure:

**Efficacy (Efficacia):** Il rapporto fra quanto è possibile fare in teoria e quanto viene fatto in condizioni ideali.

**Effectiveness (Efficacia nella pratica):** il rapporto fra l'applicazione nella pratica quotidiana di un intervento ed efficacia potenziale dimostrata e la sua applicabilità in condizioni ideali.

**Efficiency (Efficienza):** rapporto fra gli effetti reali di una prestazione ed i suoi costi di produzione.

**Adequacy (Adeguatezza):** Il rapporto fra i servizi disponibili ed i bisogni della popolazione. Si divide in:

- una **componente numerica** (la quantità totale in rapporto ai bisogni);
- una **componente** che riguarda la **distribuzione** (i servizi disponibili nelle varie regioni e per sottogruppi di popolazione).

**Qualità tecnico-scientifico:** il grado di applicazione delle conoscenze e delle tecnologie mediche attualmente disponibili. Questo è l'obiettivo più comune dei programmi di Q.A.. Il termine «qualità» usato da solo e senza ulteriori spiegazioni si riferisce quasi invariabilmente a questa componente.

**Soddisfazione dell'operatore e dell'utente:** la soddisfazione dell'utente nei confronti dei servizi, degli operatori e dei risultati dell'assistenza sanitaria, e la soddisfazione degli operatori rispetto alle loro condizioni di lavoro.

**Accessibilità:** la possibilità dell'utente di usufruire del servizio di cui abbisogna nel tempo e nel luogo opportuno, in quantità sufficiente e ad un costo ragionevole. Quest'ultimo fattore è strettamente correlato alla componente relativa alla distribuzione e all'adeguatezza dei servizi.

**Continuità:** Il trattamento di un paziente nella sua interezza, in un modo integrato e sotto la guida di una fonte centralizzata di assistenza.

Esaurite le definizioni vedrò di descrivere sinteticamente quello che è stato pomposamente definito il «processo cibernetico a spirale» della Q.A., o il Bi-cycle process, secondo Dan Fleisher.

In genere tutto comincia quando si identifica un problema nella routine quotidiana di lavoro. Può succedere di arrabbiarsi per qualcosa che non va per il verso giusto, o di raccogliere le proteste e l'insoddisfazione di un malato, o di essere convocati dal Direttore Sanitario che ci invita a comportarci in un modo diverso dall'usuale, o che il nostro Primario prenda delle decisioni che noi assistenti non condividiamo, o che noi assistenti giovani ed entusiasti applichiamo una tecnica o chiediamo un esame «nuovo» senza chiedere l'accordo preventivo ai colleghi più anziani e senza preparare il personale infermieristico, che può trovarsi in

difficoltà, o ancora che le infermiere chiedano ai medici un comportamento diverso ma siano frenate nell'espressione di questa richiesta dai rapporti gerarchici in vigore e mai completamente messi in discussione dal vertice o dal gruppo o, ancora, che si creino conflitti fra Divisioni e Servizi per l'esecuzione di esami, tempi di attesa, modalità delle richieste o delle risposte, gentilezza del personale, rapporti fra i colleghi.

La V.R.Q., con le sue tecniche per l'identificazione dei problemi si è posta l'obiettivo di rendere meno sterili questi avvenimenti della routine quotidiana e di utilizzarli anzi, dopo adeguata verifica, per un miglioramento dell'intero sistema di cure, sia dal punto di vista dell'utente che degli operatori. Queste tecniche sono ben descritte da un libro di Bill Jessee, da noi tradotto nel 1984 che è stata la prima pubblicazione italiana che tentasse di sistematizzare la materia.

In breve, queste tecniche, scelte fra le più descritte in letteratura, sono le seguenti:

- Metodo dei profili (tassi di complicazioni post-intervento, lunghezza del ricovero per reparto, utilizzo farmaci per medico per condizione, ecc.)
- Screening generici basati sulla documentazione clinica
- Indici multifattoriali
- Metodi di piccoli gruppi
- Inchieste tramite questionario

Nella breve esperienza che è stata fatta nel nostro Paese è possibile individuare come preferiti i metodi per piccoli gruppi, come il processo nominale di gruppo secondo Williamson, descritto bene in un numero di Salute e territorio, il 44, dallo stesso Autore, esperienze di brainstorming o l'impiego del metodo Delphi; sono state utilizzate poi le analisi dei profili, come si evincono da alcuni profili di attività di medici di base o di reparti ospedalieri in qualche modo paragonabili fra loro, e poi gli screening riguardanti le procedure, un metodo interessante di audit me-

dico che, sulla base della documentazione presente in cartella clinica, osserva l'applicazione da parte di medici, per determinate condizioni, di protocolli ed algoritmi diagnostici e terapeutici prefissati. A Pordenone, per esempio, l'analisi fatta da due responsabili medici di Distretto, il dr. Andrea Flego, responsabile del Distretto di Zoppola e me stesso, a quel tempo responsabile del Distretto di Pordenone Sud, dei dati dei ricoveri presso il locale ospedale suddividendoli per le 17 categorie ISTAT e per Distretto, individuava un problema: sorprendentemente ed inspiegabilmente da Zoppola venivano ricoverati percentualmente più pazienti con malattie a carico dell'apparato respiratorio che da altri Distretti.

Questa è stata un'individuazione dei problemi tramite l'analisi dei profili dei patterns di ricoveri dalle sedi distrettuali. In genere, dopo aver individuato i problemi, che possono essere più di uno, è necessario individuare quelli che sono più importanti, prioritari, per problemi di costi, di urgenza, di danno al paziente o di disagio o pericoli per l'operatore. In un lavoro di piccoli gruppi la tecnica migliore è ancora quella di Williamson: si invitano i partecipanti al gruppo a dare un semplice punteggio ad uno fra i problemi identificati in modo che la somma dei punteggi di ciascuno rappresenti una scelta comune del gruppo in quanto fatta con un metodo oggettivo. Altre volte è possibile che un responsabile decida che comunque val la pena di scegliere un argomento che sulle prime sembra evidentemente prioritario.

È quello che abbiamo fatto noi a Zoppola, praticamente proponendo ai 6 medici di base di questo Comune di studiare il problema, senza chiedere loro di identificarne degli altri o di scegliere altre priorità. I nostri obiettivi erano fondamentalmente quattro. Si poneva la questione di come «vendere» loro la cosa: come quasi tutti i medici di base, non avevano che pochi e sporadici momenti di aggregazione, c'era parecchia conflittualità, il più delle volte latente, fra di essi, una tradizio-

nale rivalità ed un'unica occasione quadrimestrale di ritrovo conviviale, una cena offerta da una casa farmaceutica per sponsorizzare i suoi prodotti. Il Responsabile Medico, dr. Flego, che non è medico di base, ma era stato inviato nel Distretto come Responsabile dall'USL, è stato invitato a questa cena, e poi anche alla successiva. In quest'ultima ha colto l'occasione per presentare la Relazione di Distretto a tutti i medici, presentando il dato sui ricoveri per patologia polmonare, e proponendo, visto l'interesse dimostrato dai presenti, una ricerca ad hoc. La proposta venne accolta con entusiasmo. Probabilmente se la proposta fosse stata fatta burocraticamente mediante lettera del Responsabile del Distretto inviata negli ambulatori dei medici, l'accoglienza non sarebbe stata la stessa. In questo caso l'atmosfera di convivialità è stata un elemento di chiara facilitazione.

Il passo successivo nel processo di V.R.Q. è la scelta dei criteri e degli standards. Secondo Donabedian, uno dei massimi teorici della Q.A., «Criterio è una componente o un aspetto della struttura del sistema sanitario, del processo o dei risultati dell'assistenza che è in relazione alla qualità della stessa».

«Standard è una specificazione quantitativa e precisa di un certo criterio e ne definisce il grado di qualità».

Le «norme» sono invece un tipo speciale di standard derivato dall'osservazione della pratica reale, considerato come una media o un «range» specifico.

Ci siamo resi conto che è sempre molto difficile descrivere criteri, standard e norme in un modo chiaro, senza fare un esempio. Quello più chiaro che entra direttamente nel cuore degli ascoltatori è quello che potremmo chiamare delle «Tavole della Legge».

I 10 Comandamenti sono in effetti il migliore esempio di «criteri» che, se osservati tutti con uno «standard» del 100% consentono all'uomo di raggiungere il paradiso...

L'uomo si comporta nella realtà secondo delle «norme» che, quanto più in percentuale si avvicineranno allo standard massimo richiesto dal Signore tanto più breve sarà il suo parcheggio in Purgatorio. La variabilità dalle norme può dipendere da difetti di specificazione dei criteri, dovuti a mancanza di consenso sui termini o ad una pretesa di generalizzabilità degli stessi che non coincide più con le abitudini, i costumi e la crescente mobilità della popolazione.

Ciò significa che, con il mutare dei tempi, anche i criteri dovrebbero adeguarsi alle mutate condizioni socio-ambientali, salve restando alcune caratteristiche di validità scientifica e consenso professionale ed umano.

Tornando a Zoppola, venne organizzata una riunione che raccolse i medici di base, un pneumologo ed un pediatra dell'ospedale, il Responsabile del Distretto, gli infermieri e le A.S. dello stesso, il rappresentante farmaceutico che continuava a offrire la convivialità necessaria per la prosecuzione dell'esperienza. Si cominciò restringendo il campo di ricerca: si decise di definire meglio il concetto di «Malattie dell'apparato respiratorio» e di occuparsi solo di «Fatti Broncopolmonari acuti», Asma e di Broncopatia Cronica Ostruttiva. Com'è noto è norma comportamentale dei medici di base non tenere le cartelle cliniche dei loro pazienti, anche se, da due convenzioni ciò dovrebbe essere obbligatorio. Nel nostro caso la norma era il 100%, mentre lo standard deciso dalla convenzione era soddisfatto per lo 0%. Questo da una parte ritardava e limitava la raccolta dati, dall'altra dava la possibilità di partire da zero con un'esperienza di rilevazione dei problemi respiratori dei pazienti dei nostri medici mediante una semplice scheda, contenente alcuni dati anagrafici, la diagnosi, la terapia. La scheda veniva compilata tutte le volte che un paziente con asma, broncopatia cronica ostruttiva o polmonite si presentava dal medico, sia che fossero primi episodi sia che andasse dal suo medico per farsi rinnovare una ricetta, avendo una patolo-

gia cronica. In questo modo avremmo avuto l'incidenza e la prevalenza della patologia nell'arco dei tre mesi della rilevazione.

Dei sei medici di Zoppola uno si trasferì quasi subito; ne rimasero cinque che parteciparono tutti alla prima rilevazione.

Si noti che non vennero, all'inizio della rilevazione, concordati i criteri diagnostici, ma si consentì ad ognuno dei medici di continuare a lavorare su questa patologia conservando i propri criteri diagnostici, mantenuti volutamente impliciti e non concordati preventivamente. Volevamo vedere cosa saltava fuori.

Risultò che mentre i quattro medici giovani avevano un numero confrontabile di pazienti suddivisi in Fatti Broncopolmonari Acuti, Asma e Broncopatia Cronica Ostruttiva, il più anziano, ex condotto, aveva un numero spropositato di pazienti da lui definiti come asmatici, a fronte di un bassissimo numero di pazienti da lui definiti come broncopatici cronici, pur avendo fra i suoi pazienti prevalentemente anziani.

Poiché l'asma è una patologia prevalentemente del paziente giovane e la broncopatia cronica ostruttiva invece lo è dell'anziano, una volta presentati questi dati, durante una nuova riunione conviviale, con l'aiuto della pneumologa dell'ospedale si ridefinirono i criteri diagnostici, sforzandoci di trovare un consenso sulle definizioni diagnostiche delle tre condizioni considerate che andasse bene a tutti. Giunti alla definizione di broncopatia cronica ostruttiva non fu difficile per il vecchio ex condotto ammettere che gran parte dei pazienti che aveva definito come asmatici erano in realtà broncopatici cronici. Con alcuni dei giovani medici c'era stata polemica da anni su questa definizione, ma quella fu l'occasione finalmente per un accordo.

Giunti all'accordo sui criteri diagnostici i medici chiesero dei seminari di aggiornamento che vennero tenuti da tre personaggi di prestigio in Regione: il prof. Ferraro sull'antibiototerapia delle broncopolmoniti, il prof. Panizon sull'asma ed il prof. Gobbato sulla Broncopatia Cronica

Ostruttiva. L'U.S.L. stanziò una piccola cifra per le spese, ed il Coordinatore Sanitario ed il Capo Settore per l'Assistenza Sanitaria di Base legittimarono, con la loro presenza l'iniziativa.

Quest'ultimo aspetto non va trascurato mai. Una legittimazione istituzionale è sempre necessaria per la prosecuzione delle esperienze; in caso contrario è molto facile, specialmente agli inizi, spendere energie inutilmente alla ricerca di poco utili e velleitari tentativi di aggregazione.

Terminate le sedute di aggiornamento si procedette allo studio; venne concordata assieme una scheda di rilevazione molto più complessa che teneva conto dei tre tipi di patologia e faceva rilevare al medico una serie di dati, dall'anamnesi, all'esame obiettivo, alla terapia, al follow-up, all'eventuale ospedalizzazione.

La ricerca proseguì per 9 mesi.

Si osservarono alcuni fenomeni:

1) I ricoveri per patologia polmonare provenienti da Zoppola diminuirono e si qualificarono;

2) Fu possibile stabilire i profili terapeutici dei singoli medici, che si dimostrarono adeguati ai criteri terapeutici esplicitamente consigliati dagli esperti ma mai esplicitamente decisi dal gruppo. Anche il maggior prescrittore di cefalosporine di terza generazione, accusato velatamente da alcuni di prescrivere questi farmaci costosi per interesse personale, in realtà si dimostrò che prescriveva questi farmaci ad anziani al di sopra degli 80 anni, gran parte suoi pazienti ricoverati in una casa di riposo, per i quali l'indicazione era giustificata.

3) Si sparse la voce in paese che «i dottori facevano una ricerca», la gente ne andava orgogliosa e si rilevò un lieve ritorno di iscritti residenti nel paese ma iscritti da altri medici di paesi limitrofi.

4) Si fecero una serie di buone cene, i medici divennero amici; due stanno per unire l'ambulatorio dopo quest'esperienza e continueranno

a fare la medicina di gruppo. Una è diventata fiduciaria della SIMG per la Regione Friuli Venezia Giulia.

Può sembrare una bella favola ma noi l'abbiamo vissuta in questo modo, con entusiasmo, rigore ed allegria.

Sembrirebbe proprio che siamo riusciti a cambiare qualche cosa, se non altro nei rapporti umani. Per alcuni la Q.A. è un insieme di tecniche atte a favorire un cambiamento negli atteggiamenti diagnostico-terapeutici dei medici e, in senso lato, un cambiamento organizzativo.

Dire che sia solo questo sarebbe presentare scorrettamente solo uno dei punti di vista; in realtà è il lato che personalmente mi affascina di più ed è quello che desidero proporre in una sede dove le scienze sociali sono studiate ed analizzate in modo per certi versi prestigioso. Quanto presenterò è il frutto di un'elaborazione di William Jessee, mediato attraverso una mia esperienza personale di terapia della famiglia secondo il modello sistemico, che fa da sfondo ad un progetto mai completamente sopito di lavorare nel campo della terapia delle relazioni all'interno delle istituzioni sanitarie, molto spesso e, a detta di molti, profondamente malate.

Secondo Jessee, che riassume in una teoria di modificazione pianificata le ricerche condotte da alcuni Autori in vari campi, per raggiungere un miglioramento attraverso una modificazione dell'organizzazione o del comportamento individuale, gli operatori devono passare attraverso tre stadi:

- unfreezing - scongelamento ed abbandono di usanze correnti;
- sviluppo di nuovi comportamenti, usanze, valori;
- refreezing - ricongelamento e stabilizzazione delle nuove idee.

Il Change Agent è colui che si fa carico di indurre o favorire il cambiamento. Può essere una persona o un gruppo ed i requisiti che Jessee suggerisce per esso ne fanno una specie di Superman da standard 100% impossibile a raggiungersi, neanche dal migliore bocconiano di ferro.

In realtà è giusto che possieda questa serie di capacità, quando si tratta di governare situazioni umane indotte dallo stress che colpisce gli operatori quasi tutte le volte che viene presentato loro un progetto di cambiamento. Secondo alcuni autori sarebbero quattro i comportamenti tipici riflessi con i quali la specie umana reagirebbe allo stress in modo istintivo, innati ed evocati da quella parte del sistema nervoso centrale che deriva filogeneticamente dai mammiferi inferiori:

- colui che accusa
- colui che si difende
- «il computer», colui che calcola
- «il distraente», colui che sfugge

Queste quattro modalità di comunicazione sotto stress sarebbero molto disturbanti per la comunicazione, soprattutto quando questa è finalizzata ad un'attività umana importante qual è la cura dei propri simili. Il «Change Agent» dovrebbe essere un «modulatore», che dia un senso di rassicurazione psicologica alle figure interessate al cambiamento ed i cui comportamenti da stress, per ottenere il cambiamento, dovranno essere prevenuti.

Varie possono essere le ragioni per una resistenza al cambiamento:

- la conformità ai modelli: il desiderio di essere o di essere visti simili agli altri membri del gruppo (la Sindrome di Zelig), così come il bisogno di preservare lo status quo;
- coerenza sistemica e culturale: la tendenza a non cambiare le componenti di quello che viene definito e sentito come un complesso coerente di comportamenti («non far oscillare la barca»);
- gli interessi investiti: la protezione di «tappeti erbosi», o dell'«orticello», o il rifiuto di ogni cambiamento che possa diminuire le dimensioni, il potere o l'influenza di un gruppo o di un individuo in un'organizzazione;
- «il sacrosanto»: quelle regole sacre ed inviolabili, quelle scelte politi-

che, quei concetti, componenti organizzative o personaggi che semplicemente **non sono mai messi in discussione** all'interno dell'organizzazione;

- il rifiuto degli estranei: un individuo non direttamente implicato in una particolare unità organizzativa, anche se può essere il membro di un'organizzazione più vasta, viene spesso considerato «un estraneo che non capisce i nostri problemi» ed i cui consigli difficilmente potranno essere presi in considerazione.

Chi si occupa di queste cose dovrebbe essere in grado di riconoscere quali fra queste componenti della resistenza ai cambiamenti è la prevalente nella struttura e prevenire le possibili situazioni di conflitto.

Una prima proposta di ricerca a dei sociologi potrebbe essere proprio questa: negli ospedali di Trento quale fra queste componenti è la più frequente? Con quale strategia è possibile aggirarla? Rispetto a che problema è stato rifiutato un cambiamento altrimenti molto semplice ed efficace?

Per ridurre le resistenze al cambiamento sono state proposte sei regole. Il coinvolgimento delle figure interessate al cambiamento, il consenso ottenuto fra le parti in causa, l'empatia del change agent nei confronti di chi si oppone e la sua capacità di coglierne i contributi positivi ai fini del cambiamento, il ritorno delle informazioni a tutti i soggetti coinvolti, l'atmosfera di lealtà, di accettazione del diverso, di reciproco sostegno, di fiducia e di confidenza e la flessibilità del change agent nel rendersi conto che, se l'approccio scelto non si rivelasse adeguato e utile, val la pena modificarlo.

Ci sono quattro strategie possibili di cambiamento organizzativo:

- con la rieducazione si presume che persone razionali adattino il loro comportamento alle informazioni nuove che vengono loro presentate. A questa categoria appartiene la formazione permanente.
- Con la persuasione si pone una situazione in cui un membro autore-

vole dello staff fa semplicemente «di tutto» per stimolare modificazioni nei suoi colleghi; otterrà dei risultati nella misura in cui sarà capace di «vendere» le nuove proposte ai suoi colleghi.

- Con il potere si adottano sanzioni e pesanti influenze per ottenere un cambiamento: usa come mezzi gli standards, le leggi, i regolamenti. Spesso è controproducente, e va usato in modo mirato per situazioni particolari.
- Nella facilitazione sono comprese attività di sensibilizzazione, di attivazione di gruppi su argomenti specifici e la richiesta di opinioni.

Fa parte delle attività di facilitazione quella che, sempre secondo Jesse, è la più produttiva quando si desidera un cambiamento reale, che è la tecnica di gestione del conflitto.

Quando emergono infatti dei conflitti, l'organizzazione più produttiva è quella che riesce a:

- differenziare chiaramente la posizione di ciascun membro;
- integrare i vari punti di vista in un compromesso accettabile a tutti.

Sono descritti quattro comportamenti-base di gestione del conflitto:

- lo stile autocratico si fonda sull'autorità indiscussa del dirigente: è una linea che deriva dall'ambiente militare, a bassa differenziazione ed a bassa integrazione. Può essere utile nei sistemi relativamente semplici; in situazioni più complesse determina situazioni impopolari e tende a reprimere approcci diversi e più creativi ai problemi che si vogliono risolvere. Produce risentimenti e malanimo; la produttività può risentirne in modo importante.
- Lo stile democratico, ad alta differenziazione ed a bassa integrazione, ha altri tipi d'inconvenienti. La soluzione di divergenza di opinione tramite un voto piuttosto che mediante una pure faticosa ricerca del consenso, determina vincitori e vinti. Succede allora che i perdenti tendono a spendere le loro energie non per seguire le direttive della maggioranza ma per preparare nuove schermaglie, che portino

ad una nuova votazione alla occasione successiva, ove ci sia la possibilità di una rivincita. In queste organizzazioni il personale è impegnato a far proselitismo, ad andare a caccia di voti, a prepararsi agli scontri successivi.

- Lo stile detto «laissez faire» è a bassa differenziazione e ad alta integrazione. Gli schemi comportamentali su cui si basa sono per lo più di acquietamento, invitanti a «lasciar perdere», a «far finta di non saper nulla» della presenza del conflitto. È uno dei comportamenti tipici delle strutture sanitarie: quando un conflitto minaccia di erompere esso viene, in un modo o nell'altro, sedato, messo in un angolo, zittito, impedendo di comprendere bene le differenze fra le posizioni e, in ultima analisi, di comprendere bene il problema. I conflitti non vengono risolti, vengono semplicemente rinviati, per poi manifestarsi magari al momento meno opportuno (pensate all'emergenza medical). Le organizzazioni che hanno questo comportamento prevalente hanno personale con il morale basso, alta incidenza di malattie psicosomatiche, alto tasso di assenteismo, rapido turnover e bassa produttività.
- L'ultimo tipo di approccio è quello che, nella gestione del conflitto, legittima le differenze di opinione, le impiega anzi per risolvere i problemi con fantasia e creatività, favorisce la cooperazione fra i singoli operatori ed il loro impegno personale, in modo da ottenere un lavoro di gruppo soddisfacente per tutti che dia come risultato la decisione migliore per tutti. È stato chiamato stile «panisocratico», ed è un approccio ad alta differenziazione e ad alta integrazione. Le organizzazioni che riscono a farne uso hanno personale con morale alto, turnover minore, meno assenteismo e malattie, una produttività elevata ed una migliore qualità dell'assistenza. Questo è l'approccio che la Quality Assurance va proponendo ovunque possibile. Questo è l'approccio che abbiamo tentato di proporre ai medici di Zoppola.

**QUALITY ASSURANCE  
NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE**

di Piercarlo Ghiselli

Sociologo  
Responsabile dell'Ufficio Statistica dell'USL 35 - Ravenna



Dei tre livelli in cui si articola il Servizio Sanitario Nazionale, quello di Unità Sanitaria Locale è l'unico operativo poiché è qui che viene concretamente svolta l'attività di assistenza alla popolazione - obiettivo.

Per il Programmatore sanitario è quindi importante essere in grado di esprimere una valutazione adeguata e pertinente di questa attività proprio perché è solo a questo livello che vengono concretamente attuate le scelte di programmazione nazionale, regionale e locale; è inoltre a questo livello che vengono concretamente consumate le risorse a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale.

#### 1. - Alcuni schemi di analisi dei servizi sanitari

*1.1.* - Classicamente l'analisi sistemica delle organizzazioni prevede due «porte» (Fig. 1): una in entrata ed una in uscita. Al variare dei fattori in ingresso si verifica una interazione del sistema organizzativo in quanto tale e, alla fine, il sistema fornisce una serie di prodotti (o servizi) in uscita. Questi fattori in ingresso sono quelli necessari al funzionamento della struttura: risorse finanziarie, materie prime, risorse tecnologiche, norme e regolamenti, etc.. All'interno del sistema organizzativo è poi possibile articolare meglio il livello di analisi: la struttura di base, i meccanismi operativi ed i processi sociali.

Questo processo di elaborazione (frutto quindi di interdipendenze dinamiche) produce infine una serie di servizi.

È però opportuno verificare se questo tipo di analisi è effettivamente quello che meglio coglie la specificità della assistenza sanitaria, cioè se - in altri termini - è possibile sostituire i fattori produttivi con i pazienti (o, più in generale, gli assistiti) che entrano, vengono in un qualche modo trattati dal sistema ed infine escono con una modificazione (positiva) del loro stato di salute.

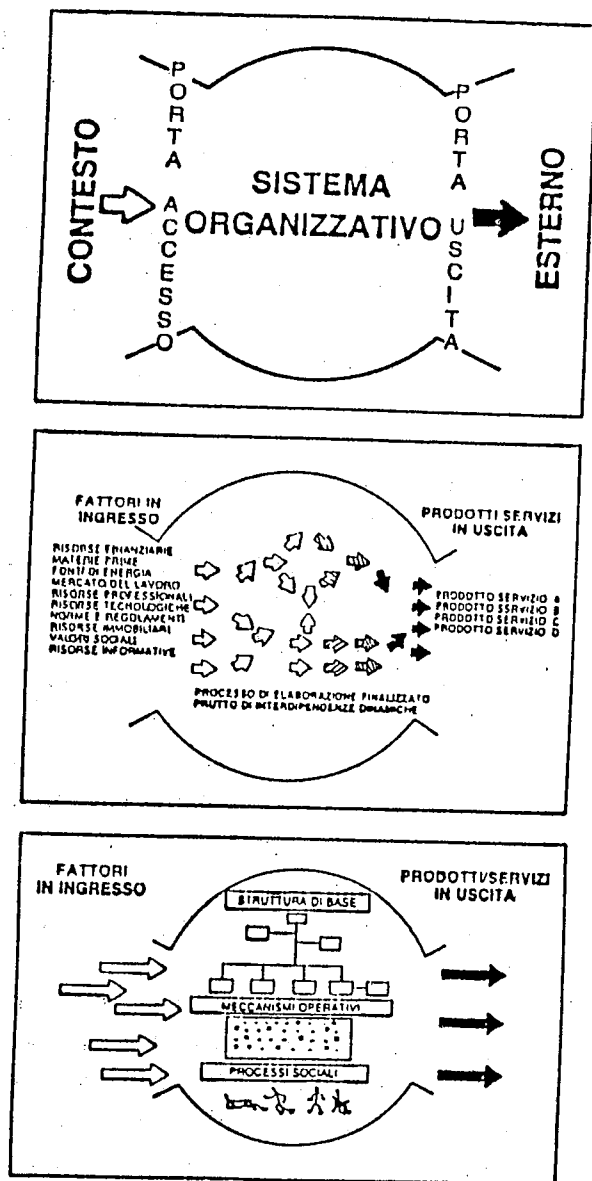


FIGURA 1

In realtà questo schema di analisi si rivela più adatto per la microanalisi, cioè per ben specificati e delimitati settori di attività dell'Unità Sanitaria Locale di cui si vuole valutare se il processo organizzativo o l'utilizzo delle risorse è adeguato o meno per la produzione di determinati prodotti e/o servizi assistenziali, indipendentemente da ogni valutazione sulla *qualità* e sulla *adeguatezza* di questi prodotti e servizi.

Ma poiché l'oggetto della valutazione è proprio l'attività di assistenza in quanto tale fornita da un Servizio sanitario (o, più in generale, da una pratica assistenziale: quale un intervento chirurgico, una terapia farmacologica, un intervento sociale di sostegno alla famiglia, etc.) non ci si può limitare alla analisi del solo contesto organizzativo.

1.2. - Da questo punto di vista si rivela senz'altro più utile lo schema utilizzato in epidemiologia per la valutazione di un servizio sanitario. Anche questo schema prevede due tipi di entrata: una rappresenta il tipo di utilizzo del servizio: uso/non uso (o quanto meno corretto/non corretto utilizzo); l'altra entrata indica invece la presenza o meno nella popolazione utente di quel servizio di un bisogno di assistenza che può essere soddisfatto solo da questo. Il significato di «bisogno» dipende in sostanza dal Programmatore del servizio (cioè il decisore); in questa sede lo si può intendere quanto meno come domanda espressa di assistenza.

L'incrocio tra il bisogno di assistenza e l'effettiva utilizzazione o meno del servizio produce quattro diverse possibilità: corretto uso del servizio (cella A); corretto non-uso del servizio (cella D); e quindi non corretto uso del servizio (cella C) e non corretto non-uso del servizio (cella B). In termini epidemiologici si può descrivere il contenuto della cella B come insieme dei «falsi positivi» e quello della cella D come insieme dei «falsi negativi»; più complessivamente si può individuare la somma

di *A* e *D* come corretto uso del servizio, mentre la somma delle celle *B* e *C* ne rappresenta il non corretto uso.

		UTILIZZO DEL SERVIZIO		
		SI	NO	
BISOGNO	SI	A	B	A + B
	NO	C	D	C + D
		A + C	B + D	
		<u>Filtro</u>	<u>Attività</u>	<u>Esito</u>

In questo modo è quindi possibile verificare la pertinenza e l'adeguatezza del servizio offerto e stimare il grado di soddisfacimento del bisogno nella popolazione e la eventuale quota di quest'ultima non «coperta» dal servizio.

Nello schema si possono inoltre individuare tre possibili aree di indagine:

- le *modalità di accesso* e di utilizzazione del Servizio (il «filtro»);
- l'*attività* di assistenza vera e propria;
- l'*esito* prodotto nei soggetti da tale attività.

Attualmente la valutazione di esito è quella che senz'altro ha avuto - almeno in quantità - più spazio nella ricerca sanitaria: si pensi solo al confronto d'efficacia di diverse strategie di trattamento (farmaceutico, chirurgico, etc.).

L'altro ambito di valutazione riguarda l'attività. Tradizionalmente questo tipo di valutazione è sempre stato condotto considerando preva-

lentemente il volume e il tipo delle singole prestazioni erogate ed elaborando quindi indicatori di valore medio. In questo modo non è però quasi mai stato possibile cogliere la complessità in termini di relazione (di pesi) tra i diversi atti e la articolazione logica di questi atti che formano il processo di assistenza.

Per meglio comprendere quello che è il tipo di attenzione rivolta alla valutazione di attività a livello di U.S.L. si può partire dalla considerazione che il sistema informativo è sostanzialmente specchio del sistema decisionale: nel senso che il sistema informativo *reale* raccoglie, elabora e produce quelle informazioni che concretamente servono al decisore. In altri termini vengono raccolte informazioni su quei problemi che il decisore ha deciso di affrontare e le informazioni raccolte ed utilizzate sono tali da rispecchiare pienamente quello che è il punto di vista del decisore per quanto riguarda quel particolare problema. In questo senso è quindi sintomatica la grande produzione di statistiche e di analisi prettamente quantitative che si è avuta anche in questi 10 anni di Sanità riformata. A fronte di questa situazione del sistema informativo nel frattempo si è fatta sempre più forte la necessità di individuare i profili di trattamento sia in riferimento a problemi di input (bisogno di assistenza in termini di patologia presentato) che al tipo di esito prodotto, di analizzarne la variabilità e di cercare di cogliere l'eventuale sovrapposizione di servizi/attività originariamente progettati come alternativi. Non da ultimo si afferma sempre più l'importanza della necessità di valutare il consumo di risorse per tipologia di assistenza.

L'ambito di valutazione che finora ha invece ricevuto scarsa attenzione è quello che riguarda i criteri che concretamente regolano l'accesso e l'utilizzo del Servizio e come questi influenzano il tipo di attività, il tipo di casistica effettivamente trattata dal Servizio, e complessivamente gli effetti sulla popolazione potenzialmente utente. La pressoché esclusiva attenzione del Programmatore nazionale in questo ambito si è fino

ad ora rivolta alla individuazione di criteri amministrativi ed economici tesi alla limitazione dell'accesso e dell'utilizzo di Servizi particolarmente costosi quali l'assistenza farmaceutica, la diagnostica TAC o quella ospedaliera (per esempio l'art. 28 della Legge Finanziaria 1988 fissa delle nuove misure per l'accettazione dei ricoveri al fine di contenere i costi).

1.3. - Riassumendo si può quindi puntare l'attenzione su quattro differenti tipi di problemi:

- i criteri di ammissione all'utilizzo del Servizio (la valutazione dell'effetto di selezione sulla casistica effettivamente trattata dal Servizio oltre che sul tipo di possibili problemi che rimangono non affrontati da quest'ultimo);
- la struttura, cioè la valutazione della tipologia di utilizzo delle risorse che sono a disposizione degli operatori per trattare quel complesso di soggetti che si sono rivolti al Servizio;
- il processo, evidenziando *cosa* e *come* si è fatto;
- l'esito, valutando così il risultato delle azioni praticate dal Servizio e del consumo di risorse.

## 2. - La valutazione in ambito ospedaliero

2.1. - Gli ambiti di valutazione prima esposti sono sostanzialmente pertinenti a qualsiasi tipo di servizio, struttura o attività assistenziale e si può allora assumere l'ospedale come esempio paradigmatico dell'evoluzione e complessità dei processi di valutazione dell'attività nel nostro Paese.

Per meglio comprendere il tipo e la complessità dei problemi che vanno affrontati da chi vuole produrre valutazioni in campo ospedaliero è opportuno ricordarsi come Somers descriveva l'ospedale: *«l'ospedale è, nell'America moderna, ciò che era la cattedrale nell'Europa del Medioevo: una complessa istituzione sociale che assolve contemporaneamente diversi scopi: centro per la salute, oggetto di orgoglio pubblico, maggiore fonte di occupazione, mercato per artisti, artigiani e architetti, ispiratore di atti di santità e beneficiario del pentimento dei peccatori, occasionale cover up per ipocriti e sfruttatori, fonte di potere e oggetto di conflitto politico»*.

Se in questo modo si è inquadrato - sia pure sinteticamente - quella che è la complessa realtà economica e sociale all'interno della quale si inserisce l'ospedale le figure 2 e 3 immaginano quello che accade all'interno dell'ospedale descrivendo metaforicamente tutto quello che va a finire in quel grande «calderone» che è l'assistenza prestata in una giornata media di degenza. Di fronte a questa complessità e difficoltà di «districare» e stimare il contributo delle diverse variabili in gioco sono tuttora largamente utilizzati strumenti informativi tutto sommato generici ed inadeguati. La Tab. 1 mostra gli indicatori normalmente utilizzati per descrivere la attività di un Servizio ospedaliero partendo da tre tipi di dati base: i degenti, le giornate di degenza consumate ed i posti letto disponibili ed effettivamente utilizzati.

È evidente infatti che - ad esempio - la differenza prodotta dal confronto fra le degenze medie dei diversi Reparti è imputabile a quello che è l'intreccio degli effetti della complessità della casistica trattata (cioè l'efficienza del Reparto e dei Servizi dell'Ospedale nel fornire l'assistenza più appropriata a parità della gravosità della casistica trattata). Neanche le ultime sperimentazioni che alcune Unità Sanitarie Locali in Italia stanno conducendo per l'implementazione di un sistema di direzione per budget sembra che abbiano risolto il problema poiché la

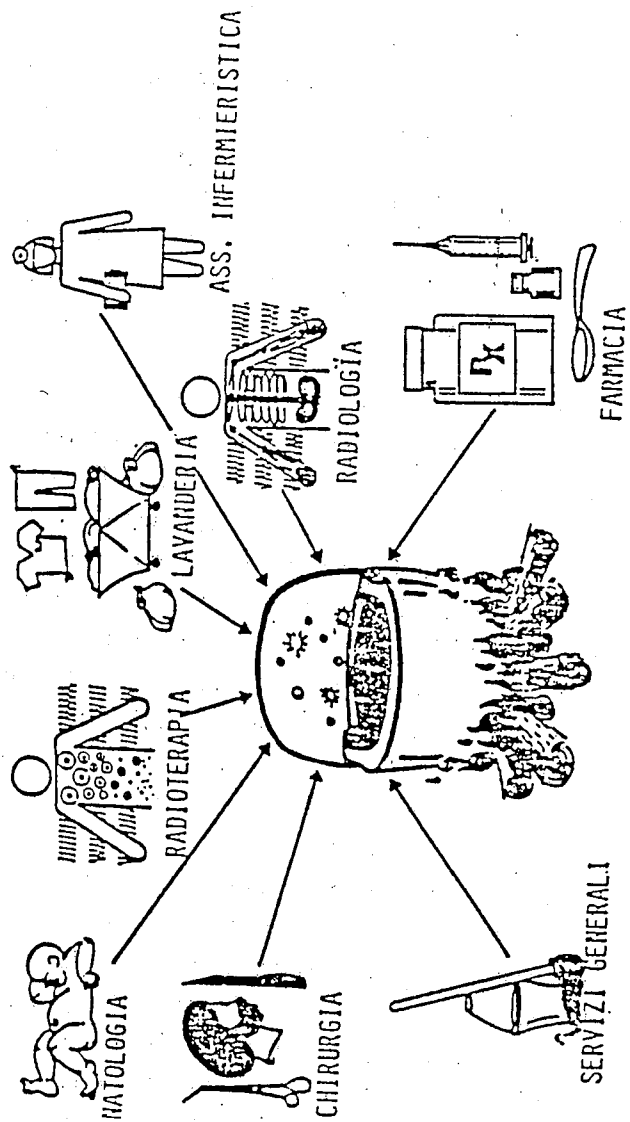


FIGURA 2

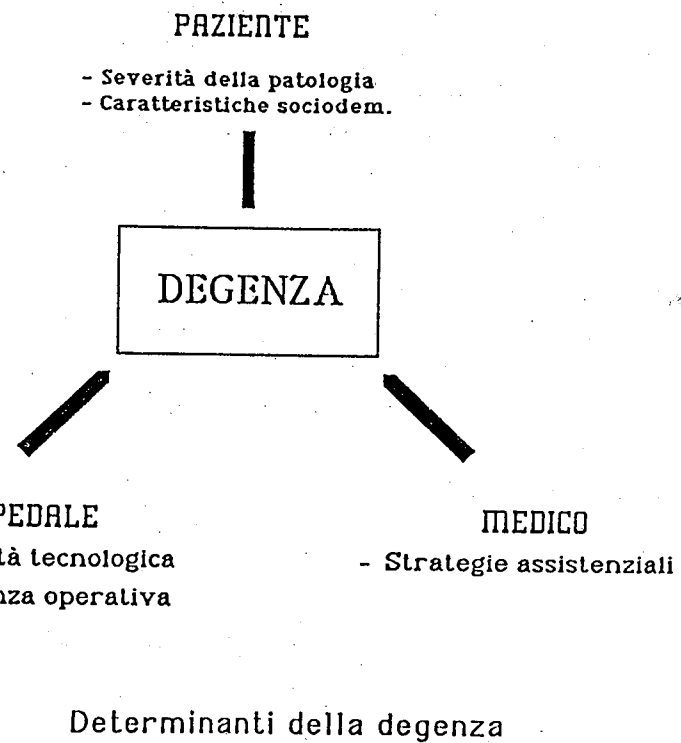


FIGURA 3

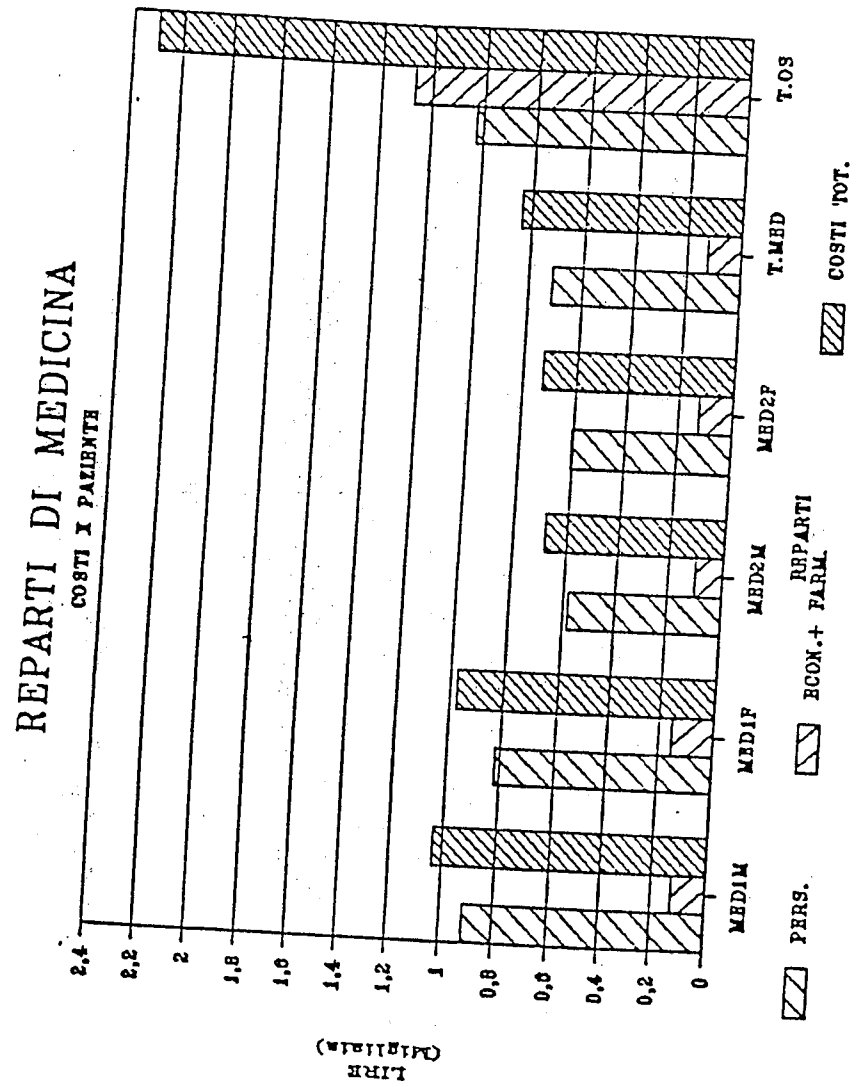
semplice sostituzione delle lire alle giornate di degenza (Fig. 4) per la costruzione di indici sintetici di attività non può di per sè risolvere il problema se prima non si è comunque provveduto a distinguere la complessità della casistica trattata dalla performance effettivamente fornita dal Reparto e dall'Ospedale.

In questo modo non è quindi ancora possibile effettuare una valutazione di struttura descrivendo ed analizzando il consumo delle risorse che erano a disposizione né, tantomeno, fare una valutazione di processo mediante la descrizione di cosa è stato fatto per assistere il complesso dei pazienti trattati nei diversi Reparti.

È inoltre da notare che l'insieme di indicatori della Tab. 1 non tiene assolutamente conto (nonostante ne sia influenzato) dell'esito prodotto dall'attività del Reparto a parità di gravità della casistica trattata e dell'effetto dei criteri di ammissione sulla casistica stessa. Quest'ultimo è un aspetto importante poiché il motivo del ricovero pare essere un buon predittore della durata della degenza media (anche recentemente, uno studio condotto su 255 pazienti per un complesso di 367 ricoveri per neoplasia maligna della mammella, ha dimostrato come la degenza media dipende dal motivo di ricovero: prima diagnosi, ricerca di metastasi, tipi di terapia ed infine assistenza terminale).

È verosimile immaginare il profilo di trattamento (ed il relativo assorbimento di risorse per tipologie di queste ultime) in un ipotetico ricovero come quello della Fig. 5; pertanto non ci si può attendere una giornata di degenza uguale all'altra né all'interno del medesimo tipo di ricovero né, tantomeno, nel confronto tra pazienti trattati per differenti patologie. In questo senso il confronto diretto delle degenze medie «grezze» si basa su medie indistinte ed indifferenziate di tutte le giornate di degenza complessivamente consumate da tutti i pazienti trattati in un determinato Reparto.

Al contrario la Tab. 2 mostra confronti di degenze medie effettuati



LIRA (MILIAIA)

FIGURA 4

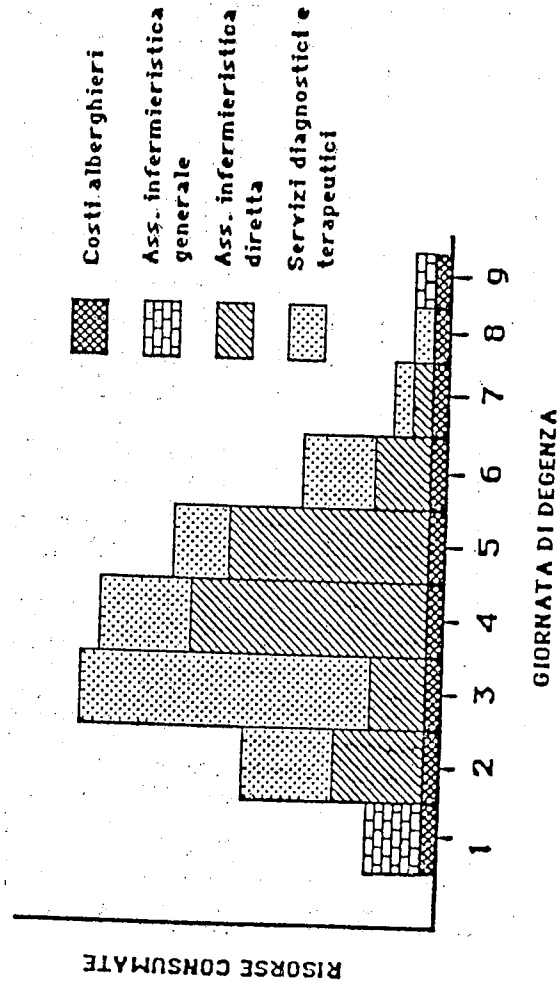


FIGURA 5

**Evoluzione dell'intensità del consumo di risorse durante la degenza.**

sulla tipologia di casi trattati, utilizzando gruppi di patologie che sono significativi dal punto di vista clinico ed omogenei per consumo di risorse.

2.2. - Il dibattito in Italia sul futuro della sanità (e dell'ospedale che ne costituisce la struttura principale) sembra sempre più concentrare l'attenzione su tre specifici problemi che sono testimoni di altrettanti differenti punti di vista: il contenimento tout court di consumo delle risorse, la revisione dei livelli decisionali e la valutazione e revisione della qualità dell'assistenza.

Il primo punto di vista prende in considerazione solamente il complesso delle risorse effettivamente consumate e propone un obiettivo di pura limitazione ponendo in secondo piano il come ottenere questi risultati.

Il secondo punto di vista, più correttamente, cerca di superare la inadeguatezza degli attuali modelli decisionali cercando di rideterminarli. L'eccessiva importanza che però a volte viene data a questo punto lascia intravedere la possibilità di un rafforzamento fine a se stesso del potere centrale nell'U.S.L. senza avere preventivamente stabilito quello che ne deve essere l'ambito d'esercizio.

Dall'altra parte, l'enfasi a volte posta sulla necessità di valutazione e revisione della qualità dell'assistenza rischia a sua volta di produrre effetti negativi se la maggiore coscienza di ciò che è il normale quotidiano operare dei singoli operatori è disgiunta dalla analisi e revisione dei modelli decisionali. Infatti i risultati di una attività di revisione della qualità dell'assistenza devono essere poi dopo fatti oggetto di decisioni perché siano modificati i comportamenti (o le organizzazioni) che hanno prodotto quelle situazioni evidenziate e giudicate indesiderabili. Pertanto la revisione dei modelli decisionali e la valutazione e revisione

della qualità dell'assistenza devono essere due processi fortemente integrati.

2.3. - Un esempio paradigmatico di questo alternarsi di attenzioni (e della necessità di integrare questi differenti approcci al medesimo problema) è quello dello sviluppo ed uso del sistema di descrizione della casistica ospedaliera dei Diagnosis Related Groups (DRGs). Questo sistema è stato sviluppato tra il 1969 ed il 1980 dall'Università di Yale con l'intento di evitare il pagamento a piè di lista da parte delle assicurazioni e dello Stato federale. Il modello prevede il raggruppamento del complesso della casistica trattata nel medesimo Reparto in 467 gruppi (DRG) tali da permettere il rimborso forfettario prospettico.

In questo modo la casistica è allora il modo per definire il prodotto dell'ospedale attraverso la identificazione di gruppi di pazienti omogenei dal punto di vista clinico che utilizzano dei set di risorse (test diagnostici, trattamenti terapeutici e servizi) similari.

Ad ognuno di questi DRGs è stato dato, sulla base di serie storiche di dati, un «peso» differente che testimonia il differente assorbimento di risorse in termini di costi medi necessari per il trattamento «medio» di un paziente appartenente a quel DRG. È così possibile effettuare un pagamento prospettico e forfettario all'ospedale, indipendentemente dalla quantità e qualità di risorse effettivamente utilizzate per l'assistenza di quello specifico paziente.

Questo sistema di classificazione della casistica e di valutazione dell'attività ospedaliera si è affermato in Europa, ed anche in Italia prende avvio quest'anno un progetto nazionale per la implementazione dei DRGs nel Servizio Sanitario Nazionale.

Dall'utilizzo dei DRGs ai soli fini di finanziamento prospettico degli ospedali si è quindi passati ad una molteplicità di usi che prevedono la

valutazione della complessità della casistica trattata, la valutazione della performance operativa ed il monitoraggio della utilizzazione delle risorse e della qualità dell'assistenza facendo interagire i diversi livelli decisionali dell'ospedale (Direzione sanitaria, Direttore del Reparto, Direzione dei Servizi ancillari) con i processi di valutazione dell'attività ospedaliera.

2.4. - La sperimentazione dei sistemi di DRG condotta in alcuni Ospedali della Regione Emilia-Romagna ha già prodotto alcuni modelli di utilizzazione di report ed indicatori di valutazione (Tabb. 3, 4, 5 e Fig. 6) che permettono di evidenziare eventuali aree problematiche imputabili alle strategie assistenziali adottate dai clinici e/o alle inefficienze nell'attività di specifici servizi dell'ospedale.

Il report della Tab. 3 descrive profili di attività che permettono di evidenziare eventuali problemi nell'organizzazione dell'assistenza a specifici gruppi di pazienti clinicamente simili.

La Fig. 6 stima il guadagno e la perdita di risorse (espressi in giornate di degenza) associati a diversi profili di trattamento mostrando il rapporto tra il differenziale tra degenze medie osservate nel Reparto per i singoli DRGs e le corrispondenti previste nello standard ed il relativo numero di pazienti dimessi.

I report presentati infine dalle Tabb. 4 e 5 descrivono la casistica trattata nel Reparto, ordinando i diversi DRG per tipo di contributo alla performance. È da notare come una ventina appena di DRGs descrivano in modo appropriato il complesso dell'attività svolta in un Reparto.



CONTRIBUTO ALLA PERFORMANCE PER DRG  
 REPARTO B - DRG CHIRURGICI

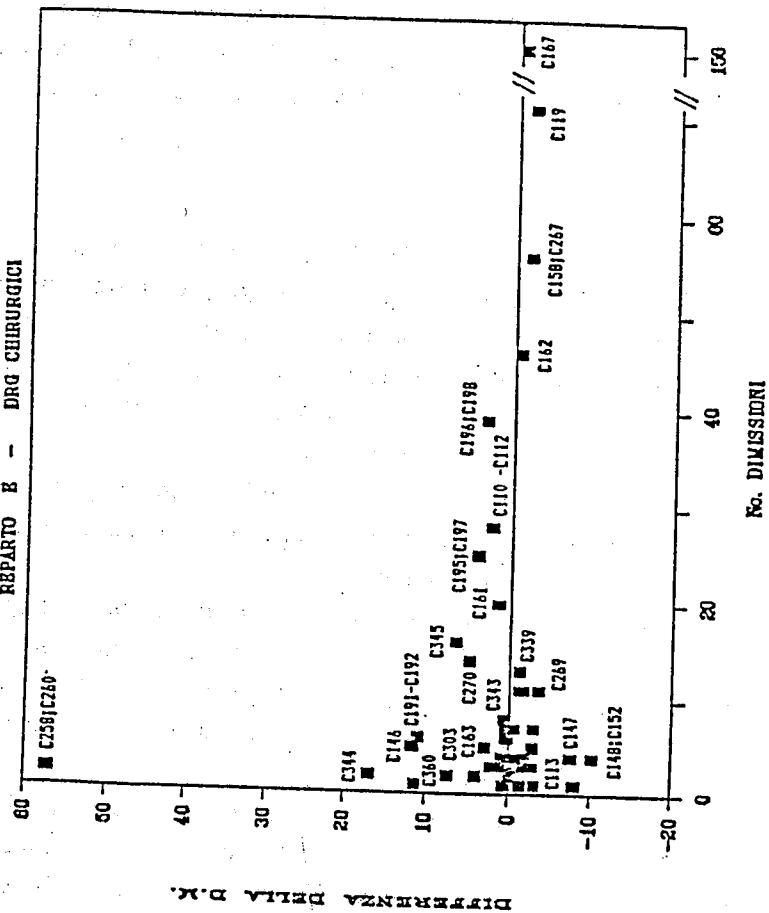


FIGURA 6

ATTIVITA' IN DEGENZA DEL SERVIZIO OSPEDALIERO

- ANNO 1984

Reparti	giornate degenza	degenti degenza media	presenza media	posti letto	tasso di utilizzo	turn over
RIANIMAZIONE	2067	197	10,49	5,66	10	56,63 8,03
ASTANTERIA	3918	1432	2,73	10,73	15	71,56 1,09
CARDIOLOGIA	5217	931	5,60	14,29	16	89,33 0,67
CHIRURGIA I DIV.	13460	1462	9,20	36,87	50	73,75 3,28
CHIRURGIA II DIV.	13662	1330	10,27	37,43	50	74,86 3,45
DERMATOLOGIA	7311	712	10,26	20,03	21	95,38 0,50
MALATTIE INFETTIVE	10064	687	14,64	27,57	32	86,16 2,35
MEDICINA I DIV. (F)	13007	916	14,19	35,63	41	86,91 2,14
MEDICINA I DIV. (M)	13769	1178	11,68	37,72	48	78,59 3,18
MEDICINA II DIV. (F)	11712	924	12,67	32,08	34	94,37 0,75
MEDICINA II DIV. (M)	12342	1062	11,62	33,81	33	102,46 -0,28
NEFROLOGIA	5024	709	7,08	13,76	17	81,01 1,67
NEUROLOGIA	12728	1130	11,26	34,87	35	99,63 0,04
OCULISTICA	11950	1298	9,20	32,73	43	76,13 2,88
ONCOLOGIA MEDICA	8987	744	12,07	24,62	30	82,07 2,64
O.R.L.	6266	1160	5,20	17,16	23	74,63 1,84
ORTOPEDIA	16485	2050	8,04	45,16	52	86,85 1,22
PEDIATRIA	8444	1353	6,24	23,13	57	40,58 9,14
PSICHIATRIA	5143	456	11,27	14,09	15	93,93 0,73
UROLOGIA	8182	699	11,70	22,41	25	89,66 1,35
OSTETRICIA	7133	1054	6,76	19,54	32	61,07 4,31
GINECOLOGIA	7641	1853	4,12	20,93	40	52,33 3,75
<b>Totale D.C.</b>	<b>204512</b>	<b>23337</b>	<b>8,76</b>	<b>63,94</b>	<b>721</b>	<b>77,71 2,51</b>

TABELLA 1

MOST FREQUENT SURGICAL DRGs

DRG	AVERAGE LOS			
	ITALY	PORTUGAL	FRANCE	USA
167 APPENDICECTOMY	7,0	7,2	8,0	4,5
158-267 ANAL + PERIAN. PROC.	7,5	13,0	8,3	4,9
162 ING. + FEM. HERNIA PROC.	9,7	12,0	11,3	4,6
196-198 CHOLECYSTECTOMY	15,1	21,6	16,0	8,8
119 VEIN LIGAT + STRIPPING	10,6	10,7	8,9	6,3
161 ING. + FEM. HERNIA PROC. CC	12,7	11,8	14,4	7,6
195-197 CHOLECISTECTOMY CC	23,3	26,8	25,0	13,5
261-262 BREAST PROCEDURES	4,0	8,7	6,6	3,0
270 OTHER SKIN + BREAST PROC.	7,0	5,2	6,3	3,7
358 UTERUS + ADENEXA PROC.	9,5	12,8	9,6	6,3
154 STOM. + ESO. + DUOD. PROC. CC	26,7	25,2	21,8	18,0
110-112 VASCULAR PROCEDURES	18,3	24,2	20,5	18,1
155 STOM. + ESO. + DUOD. PROC.	23,2	23,5	18,8	12,4
148-152 BOWEL PROCEDURES CC	30,5	23,5	24,7	19,8
258 TOT. MASTECTOMY FOR MAL.	14,9	22,3	18,0	9,5
290 THYROID PROCEDURES	8,5	15,6	9,1	6,1
160 HERNIA PROC. except I.F.	12,0	18,0	11,4	6,1
343 CIRCUMCISION	2,5	2,6	1,4	1,7

TABELLA 2

REPORT DI REPARTO

Reparto: CHIRURGIA GENERALE E

Periodo: 01-01-84 / 31-12-84

DRG	No DIMESSI	DEGENZA MEDIA	DEGENZA MEDIA PNEUMONIA TORIA	% DIMESSI CON DEG. MED. PERCENTUALE
162	46	9,3	2,6	11,2
167	156	6,4	1,2	7,3
195	25	27,8	15,4	10,8
196	39	18,4	10,0	17,5

DEGENZA MEDIA 12,2  
 DEG. MED. STANDARDIZZATA PER LA CASISTICA 13,3  
 CASISTICA PONDERATA PER LA DEG. MED. DELLO STANDARD 11,8

TABELLA 3

PERFORMANCE DEL REPARTO E

D R G CHIRURGICI

CONTRIBUTI NEGATIVI ORDINATI PER ENTITA' DEL CONTRIBUTO

D R G	No. DIM.	DIFFERENZA		
		D.N.	OG.DEG.	% CUM.
1 C196-C198 Colectomia totale età < 70 senza C.C.	39	3,3	126,9	15,1
2 C258-C260 Assectomia per tumore età < 70 senza C.C.	2	57,4	114,8	13,6
3 C345 Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile non per tumore maligno	16	6,5	104,4	12,4
4 C195-C197 Colectomia totale età > 69 e/o C.C.	25	4,0	101,2	12,0
5 C270 Altri interventi sulla cute, sul tessuto sottocutaneo e sulla mammella, età < 70 senza C.C.	14	4,9	60,2	8,1
6 C110 - 112 Interventi di ricostruzione vascolare	28	2,4	67,1	8,0
7 C191 - 192 Interventi sul pancreas, sul fegato e di shunt	6	11,1	66,5	7,9
8 C146 Resezione rettale, età > 69 e/o C.C.	5	11,8	50,8	7,0
9 C344 Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per tumore maligno	2	16,8	33,7	4,0
10 C161 Interventi sulle ernie inguinali e femorali, età > 69 e/o C.C.	20	1,5	30,7	3,6
11 C303 Interventi sul rene, sull'uretere e interventi maggiori sulla vescica, per neoplasia	2	7,4	14,8	1,8
12 C304 Interventi sul rene, sull'uretere e interventi maggiori sulla vescica, per patologia non maligna, età > 69 e/o C.C.	5	2,9	14,4	1,7
13 C360 Interventi sulla vagina, sulla cervice e sulla vulva	1	11,3	11,3	1,3
14 C290 Interventi sulla tiroide	2	4,0	7,9	0,9
15 C261-C262 Interventi, biopsia ed escissione locale della mammella non per tumore maligno	3	2,0	5,9	0,7
16 C343 Circoncisione, età 0 - 17	8	0,6	5,1	0,6
17 C443 Interventi per traumi, età < 70 senza C.C.	4	0,9	3,5	0,4
18 C154 Interventi sull'esofago, sullo stomaco e sul duodeno, età > 69 e/o C.C.	7	0,4	3,0	0,4
19 C305 Interventi sul rene, sull'uretere e interventi maggiori sulla vescica, per patologia non maligna età < 70 senza C.C.	6	0,3	2,0	0,2
20 C171 Altri interventi sull'apparato digerente, età < 70 senza C.C.	3	0,3	0,9	0,1
21 C358 Interventi sull'utero e sugli annessi, non per tumore maligno, con esclusione dell'occlusione delle tube	1	0,5	0,5	0,1

TOT. POS.

199 4,2 841,5 100,0

PROPORZIONE SUL TOTALE DEI DIMESSI OPERATI : 32,14

TABELLA 4

PERFORMANCE DEL REPARTO E

D R G CHIRURGICI

CONTRIBUTI POSITIVI ORDINATI PER ENTITA' DEL CONTRIBUTO

D R G	No. DIM.	DIFFERENZA		
		D.N.	OG.DEG.	% CUM.
1 C119 Legatura e stripping di vene	71	-2,0	-145,5	24,2
2 C158-C167 Interventi sull'ano età > 69 e/o C.C., interventi perianali e pilonidali	56	-1,8	-100,6	16,7
3 C167 Appendicectomia senza diagnosi principale complicata, età < 70 senza C.C.	156	-0,6	-94,3	15,7
4 C148-C152 Interventi sull'intestino tenue e sul crasso; età > 69 e/o C.C.	4	-10,2	-40,9	6,8
5 C269 Altri interventi sulla cute, sul tessuto sottocutaneo e sulla mammella, età > 69 e/o C.C.	11	-3,6	-39,1	6,5
6 C162 Interventi sulle ernie inguinali e femorali, età 18 - 69 senza C.C.	46	-0,7	-31,3	5,2
7 C147 Resezione rettale, età < 70 senza C.C.	4	-7,6	-30,3	5,0
8 C155 Interventi sull'esofago, sullo stomaco e sul duodeno, età 18 - 69 senza C.C.	7	-2,9	-20,3	3,4
9 C160 Interventi sulle ernie, escluse le ernie inguinali e femorali, età 18 - 69 senza C.C.	11	-1,6	-17,6	2,9
10 C339 Interventi sul testicolo, non per tumore maligno, età > 17	13	-1,2	-15,4	2,6
11 C163 Interventi sulle ernie, età 0 - 17	5	-2,8	-14,2	2,4
12 C157 Interventi sull'ano, età > 69 e/o C.C.	11	-1,2	-12,8	2,1
13 C340 Interventi sul testicolo, non per tumore maligno, età 0 - 17	3	-2,8	-8,5	1,4
14 C113 Amputazione per malattie circolatorie, escl. le amputazioni dell'arto superiore e delle dita dei piedi	1	-8,0	-8,0	1,3
15 C159 Interventi sulle ernie, escluse le ernie inguinali e femorali, età > 69 e/o C.C.	4	-1,8	-7,2	1,2
16 C165 Appendicectomia con diagnosi principale complicata, età < 70 senza C.C.	3	-1,9	-5,6	0,9
17 C149-C153 Interventi sull'intestino tenue e sul crasso; età < 70 senza C.C.	7	-0,5	-3,7	0,6
18 C164 Appendicectomia con diagnosi principale complicata, età > 69 e/o C.C.	1	-3,2	-3,2	0,5
19 C342 Circoncisione, età > 17	4	-0,4	-1,6	0,3
20 C442 Interventi per traumi, età > 69 e/o C.C.	1	-1,4	-1,4	0,2
21 C166 Appendicectomia senza diagnosi principale complicata, età > 69 e/o C.C.	2	-0,2	-0,4	0,1

TOT. NEG.

421 1,4 -602,0 100,0

PROPORZIONE SUL TOTALE DEI DIMESSI OPERATI : 67,91

TABELLA 5

## Bibliografia

- AA.VV., *La politica dell'informazione nel sistema socio-sanitario*, Le Monnier, Firenze, 1979.
- Holland W.W., *La valutazione dell'assistenza sanitaria*, NIS, Roma, 1985
- AA.VV., *La scheda nosologica ospedaliera*, *Salute e territorio*, 54, 21-64.
- Bardsley M., Coles J., Jenkins L. (eds), *DRGs and health care - the management of case mix*, King Edward's Hospital Fund, London, 1987.
- Sanderson H., Craig M., Winyard G., Bevan G., *Using Diagnosis Related Groups in NHS*, *Community Medicine*, 8, 1986, 37-46.
- Taroni F., Bevan G., *I Gruppi di Diagnosi Iso-Risorse (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera*, in AA.VV., *L'Azienda Sanità*, Angeli, Milano, 1988.
- Taroni F., Ghiselli P.C., Silvi G., *Note sull'uso dei DRG per la valutazione dell'attività ospedaliera - analisi dei dimessi da sei reparti di chirurgia generale di cinque ospedali della Regione Emilia-Romagna*, Rapporto ISTISAN 1988.

## SISTEMA INFORMATIVO E INDICATORI DI FUNZIONAMENTO

di Franco Prandi

Sociologo  
Responsabile del Sistema Informativo dell'USL 9 - Reggio Emilia

## 1. - Introduzione

Con queste note si è inteso sintetizzare gli elementi che sottendono ad un progetto di lavoro, orientato alla costruzione del Sistema informativo di U.S.L., che ci ha impegnati per quasi 4 anni e ancora ci vede coinvolti, con la speranza che l'illustrazione possa sollecitare altri a riflettere sulle potenzialità di un progetto di sistema informativo per calibrare l'intervento sanitario e il sistema organizzativo dell'U.S.L. ai bisogni di salute della gente. È un lavoro condotto dall'interno dell'istituzione sanitaria, con uno sforzo non indifferente per garantire la partecipazione degli operatori, 20 dei quali hanno fatto con noi tutto il percorso. Qualcuno può forse meravigliarsi dei tempi lunghi. Chi lo fa non conosce a fondo le regole che attengono al funzionamento delle istituzioni in generale e di quelle sanitarie in particolare.

Proprio per questo, con l'intento di facilitare un percorso di lettura abbiamo inteso articolare il lavoro seguendo tre obiettivi didattici che così vogliamo riassumere:

- tentare una esplicitazione delle coordinate che attengono allo stato dell'informazione nelle organizzazioni sanitarie;
- fornire i parametri di riferimento che giustificano una scelta verso una tipologia di sistema informativo (quello di base);
- percorrere le fasi di lavoro che ci hanno coinvolto, illustrando il progetto nei suoi elementi fondamentali: gli obiettivi, le fasi, gli attori, i risultati, le difficoltà, le prospettive.

Conseguentemente l'elaborazione procederà toccando i seguenti contenuti:

- Sistema informativo e sistema organizzativo
- L'informazione nel sistema sanitario e nell'U.S.L.
- Alcuni presupposti per una scelta razionale e ragionevole;
- \* il concetto di informazione.

\* perché, per chi, quando l'informazione

\* il sistema informativo: i modelli storici

- La scelta dell'U.S.L. n. 9

- Il progetto di lavoro

- I risultati ottenuti

- Il futuro: difficoltà culturali, opportunità istituzionali, lo spazio per progetti specifici.

## 2. - Sistema informativo e sistema organizzativo.

L'esigenza di un mutamento radicale dell'organizzazione sanitaria, sia per gli aspetti connessi ai modelli generali di riferimento salute-malattia, sia per gli aspetti organizzativi, è proceduta e maturata nel corso degli anni '70 (e '80) congiuntamente con l'esplicitazione della necessità di un adeguato sistema informativo quale strumento fondamentale per il sistema sanitario, in grado di fornire ad esso quegli inputs necessari alla programmazione e gli outputs per la valutazione di raggiungimento o meno degli obiettivi (1).

Ciò è più evidente se si mette in relazione il sistema organizzativo con la complessità dei problemi che il nuovo sistema sanitario è chiamato ad affrontare (2).

La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/78 - di Riforma) offre l'opportunità di una rifondazione contestuale del sistema organizzativo e del sistema informativo.

Ma non è, questo dell'informazione un problema specifico della sanità. Quale riferimento generale per una riflessione sul problema è utile accennare allo sviluppo scientifico degli ultimi cento anni con la crisi del modello classico della scienza come «scienza del semplice e della

semplificazione». I principi della termodinamica, della cibernetica hanno introdotto concetti nuovi quali quelli della «complessità» e ancor prima hanno sviluppato la «teoria dei sistemi» a cui, quale conseguenza logica, è seguita la teoria dell'informazione (3).

Complessità significa che in una logica di sistema il tutto non è soltanto la somma algebrica delle parti ma, anche, che le parti nel tutto si arricchiscono e si impoveriscono in un sistema di relazione dinamico e aperto. La complessità connota le organizzazioni come multifattoriali, relazionali, dinamiche che è come dire che le organizzazioni sono sistemi variabili, aperti, selettivi (4).

Vi è la necessità, per le organizzazioni, di scegliere fra fattori, di coniugare gli stessi in modo diverso: è una condizione di continuo progresso e di potenziale cambiamento. Complessità presuppone progettualità, capacità programmatica, capacità di controllo e valutazione dei processi.

È in questo ambito teorico che si colloca l'esigenza informativa quale elemento vitale, per poter esistere, di ogni organizzazione.

Il legislatore aveva molto chiaro questo percorso nel momento stesso in cui ha sottolineato il ruolo fondamentale della programmazione come metodo ordinario di governo del sistema sanitario e di conseguenza i bisogni informativi del sistema sanitario (5).

## 3. - I modelli (e i miti) dell'informazione nel S.S.N.

A fronte di riferimenti teorici generali riconducibili al dibattito intorno alla epistemologia della scienza, il modello informativo ereditato dal nuovo sistema sanitario è quello dell'ISTAT; un modello centralistico, delegato, dove le informazioni sono pensate come atto burocratico, fi-

nalizzate alla certificazione ed al controllo e l'effettiva utilità è quasi sempre solo presunta. La reazione a un modello così fatto, reazione spesso molto debole, è stata (ed è) tutta ideologica, centrata su un falso democraticismo dove tutto deve essere disponibile per tutti dentro l'organizzazione (6).

In ogni caso lo sviluppo dell'informazione avviene in modo anarchico sostanzialmente legato al contingente senza una reale partecipazione dei soggetti fruitori dell'informazione stessa.

Una spinta in questa direzione è data dall'ingresso massiccio dell'informatica vissuta come «panacea», come strumento risolutore di tutti i problemi (7).

La tecnologia informatica è il mito degli anni '80 cui si è disposti a sacrificare la fantasia, la creatività, il buon senso rinunciando nel contempo agli obiettivi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, obiettivi di salute, prodotto difficilmente oggettivabile e quantificabile. Il mito informatico accentua gli aspetti dell'efficienza su quelli dell'efficacia e favorisce una confusione tra obiettivi ed interventi, sottovalutando in questo modo ogni esigenza di conoscenze ed interpretazioni dei bisogni di salute della popolazione.

Per la crescita del sistema informativo lo strumento informatico è senza dubbio fondamentale ma rischia, alla fine, se non opportunamente controllato di produrre effetti imprevedibili, rischia di essere la «morte dell'informazione» (8).

#### 4. - Alcuni segnali di inversione di una tendenza

Se il modello «ISTAT» (che per altro ha anche molti meriti) e il «mito dell'informatica» sono gli scogli principali allo sviluppo di una rete

informativa nelle Unità Sanitarie Locali ci sono però anche alcuni segnali positivi.

Innanzitutto le indicazioni contenute nelle varie bozze di Piano Sanitario Nazionale sottolineano la necessità di addivenire ad un sistema di informazioni centrato, come ha indicato l'OMS all'inizio degli anni '70, su tutta la popolazione (e non solo sui malati), sui problemi e sui bisogni di salute (e non solo sulla domanda e sull'attività), sulla effettiva utilità delle informazioni, un sistema ancorato al tempo ed allo spazio (9).

Queste indicazioni sono state a più riprese ribadite dagli assessori regionali alla sanità negli anni 80-82; segnale significativo, se letto in una logica di ricerca di informazioni come strumento di governo della complessità organizzativa del S.S.N. (10).

Alla fine poi degli anni '70 con due momenti di elaborazione e sintesi alcune Regioni (Emilia Romagna, Umbria, Toscana) hanno prodotto con i documenti di Villalago ('77 e '79) un riferimento teorico per gli operatori e favorito una scelta nella direzione di un modello di sistema informativo di base, un modello dove si collegano utilità e produzione informativa, dove è centrale la logica della «razionalità» nell'informazione, dove è sottolineata la logica processuale ed unitaria della produzione informativa (11).

Ci sono quindi nuovi segnali di sensibilità nelle istituzioni. Ci sono segnali che superano la logica per cui l'U.S.L. è considerata semplicemente quale luogo di raccolta dati da trasmettere alle Regioni e/o al Ministero della Sanità, e gli operatori sono visto quali strumenti passivi, cinghie di trasmissione di dati tra gli utenti e le istituzioni centrali.

Gli assunti teorici nella direzione del cambiamento trovano applicazioni concrete in alcuni modelli organizzativi che vengono delineati a livello regionale o nazionale come risposte operative a bisogni di integrazione, legate alla complessità organizzativa. Così la Regione Emilia Romagna propone il sistema informativo come azione programmatica,

condizione indispensabile per la realizzazione degli obiettivi di piano, accanto ai prolemi dell'Educazione Sanitaria e della formazione (L.R. 16/84 art. 2); la modalità dell'azione programmatica come impegno per affrontare il problema dell'informazione è ripreso dal governo centrale con la L. 595/85 e con la ultima proposta di Piano Sanitario Nazionale (gennaio '87).

La Regione Toscana nel Piano Sanitario Regionale prevede la costituzione in tutte le UU.SS.LL. di Unità operative sistema informativo (UOSI), come strumento operativo in grado di garantire l'individuazione dei bisogni informativi, la produzione, elaborazione e circolazione delle informazioni utili al governo dal Sistema sanitario. È all'interno di questo panorama, che si è tentato di illustrare sinteticamente, che nasce il progetto dell'U.S.L. 9 (12).

Va anche sottolineato che allorché nel 1984 si è proceduto alla definizione del progetto si poteva contare sia su alcune indicazioni operative regionali (una direttiva generale e una nota organizzativa nel merito), su un'esperienza in corso di realizzazione nell'U.S.L. 4 di Parma, e elemento non secondario, sul fatto che si stava progettando per l'U.S.L. 9 di Reggio Emilia l'informatizzazione dell'intera struttura.

## 5. - I presupposti per una scelta

Prima di descrivere sinteticamente il progetto ed i risultati raggiunti è necessario delimitare il campo di interesse e puntualizzare alcuni elementi che sono stati posti alla base del lavoro.

### 5.1. - Il concetto di informazione

Fondamentale è la scelta attorno al concetto di informazione. Innan-

zitutto l'informazione non è il «dato». Entrambi, informazioni e dati, appartengono al mondo dei segni. Ma il dato di per sé non è informazione. Il dato diventa informazione allorché è all'interno di un processo circolare e prevede una trasmissione ad un altro soggetto che lo riceve e per questo fatto modifica (cambiandolo o consolidandolo) il proprio comportamento. In campo sanitario *l'informazione si può perciò definire come produzione da parte di un soggetto di messaggi utili alla «difesa della salute» e ricevimento degli stessi da parte di un altro soggetto che in conseguenza di tale ricezione ne trae vantaggio.*

L'informazione serve a conoscere, comprendere, decidere, valutare. Bisogna perciò chiedersi: quali messaggi? Chi produce questi messaggi? Chi li riceve? Quale rapporto intercorre tra chi produce e chi accoglie questi messaggi? È possibile pensare che i potenziali destinatari possano influire sulla produzione dei messaggi? (13)

### 5.2. - I soggetti dell'informazione

Senza dubbio tra i possibili soggetti, produttori e destinatari, dell'informazione vi sono nell'organizzazione sanitaria gli operatori, l'istituzione nei suoi organi tecnici e politici, i cittadini.

Gli operatori attraverso l'informazione possono intervenire sulla qualità del loro lavoro migliorandola in termini di accuratezza, completezza, integrazione, comunicazione, verificabilità e possono garantire efficacia ed efficienza del loro lavoro rispetto alle finalità istituzionali, e ai bisogni della popolazione. L'istituzione abbisogna di informazioni per «decidere e valutare» in relazione ai reali bisogni della popolazione e per «indirizzare» l'uso delle risorse.

I cittadini attraverso l'informazione partecipano alle scelte che possono incidere in termini di salute e possono «valutare» l'efficacia istituzionale (14).



### 5.3. - Il processo informativo

Non tutte le informazioni servono ma solo quelle che sono finalizzate al progetto di salute. Il processo informativo come ogni processo è costituito da fasi precise. Prima di avviare un processo di produzione dell'informazione è necessario porsi alcune domande, la cui risposta, logicamente, garantisce lo sviluppo del processo.

- Che cosa mi serve sapere e perché?
- Come mi serve sapere ciò che ritengo utile?
- A chi serve?
- Quando è utilizzato?

A queste domande corrispondono le fasi logiche del processo che sono:

- l'osservazione/selezione della realtà;
- la raccolta/trasformazione/elaborazione dell'informazione;
- l'archiviazione;
- la trasmissione/ricezione;
- l'utilizzo dell'informazione.

Ciò garantisce dal rischio falsamente democratico che sottostà all'impostazione di chi sostiene che è necessario garantire «tutte le informazioni a tutti».

Il principio cui attenersi è fondamentalmente questo: «non più informazioni possibili ma solo le informazioni minime utili al progetto».

Chi produce le informazioni deve sapere perché le produce, parte cioè da una chiarezza preliminare rispetto ai bisogni informativi, ed è a pieno titolo inserito nel progetto dell'organizzazione di cui è partecipe e attivo protagonista (15).

### 5.4. - A che cosa serve l'informazione

Acquisito che ogni decisione implica l'utilizzo di informazioni ade-

quate si può sottolineare un uso delle informazioni nelle fasi di pianificazione, di programmazione, di progettazione, in tutte le situazioni in cui sono necessarie scelte connesse con l'organizzazione, la formazione, la ricerca, il coordinamento, in tutti i processi di lavoro in quanto necessitano di verifiche continue e di valutazione di risultato. Ciascuno al proprio livello, è soggetto di decisioni; ciascuno produce e utilizza informazioni. In caso contrario ne va della qualità delle scelte, della qualità dei processi, dell'efficacia ed efficienza dei risultati (16).

### 5.5. - Quali informazioni: le tipologie informative

L'OMS ha definito un modello di sistema informativo, che prima abbiamo richiamato; questo modello è il risultato logico di un preciso progetto di salute intesa come massimo e completo benessere psico-psichico e sociale dell'individuo integrato dinamicamente nel proprio ambiente di vita. Ne consegue che lo spettro delle informazioni utili è molto ampio e deve uscire dallo stretto ambito dell'organizzazione sanitaria. Servono informazioni di tipo *economico e socio-demografico* (sulle condizioni di salute) di tipo *psico-sociologico* (attinente ai bisogni ed alla domanda), di tipo *eziologico* (sulle cause di rischio/danno), di tipo *epidemiologico* (sui processi di modificazione dello stato di salute), di tipo *organizzativo* (sulla rispondenza tra offerta e domanda), di tipo *amministrativo* (sulla relazione di efficienza tra risorse e loro uso) (17).

### 5.6. - La concezione dell'informazione come sistema

L'aderenza all'organizzazione sanitaria, da una parte, e la complessità, dall'altra, di un progetto di salute che integri tutte le variabili che la costituiscono, sottolineano l'esigenza di ragionare in una logica di sistema informativo. La produzione di informazioni non può cioè essere

qualcosa di episodico, di frammentario, di parcellizzato, di esterno ad un progetto più generale che coinvolge tutto il sistema organizzativo (obiettivi, struttura, risorse, metodo di lavoro...). La produzione di informazioni è strumento fondamentale che garantisce unità e integrità fra momenti operativi oggettivamente (spazio e tempo) slegati e distanti. Coerentemente con quanto affermato precedentemente si può definire il sistema informativo come rete di rapporti tra soggetti diversi che partecipano in veste di emittenti/riceventi alla produzione, circolazione e uso di messaggi utili alla salute.

Si sottolinea cioè la compresenza di tre fattori che definiscono il sistema:

- soggetti collegati tra loro in un sistema a rete, dove ciascuno è contemporaneamente produttore e utilizzatore di informazioni; una relazione circolare tra i soggetti, ben diversa da quella tradizionale di tipo verticale propria dei modelli statistici quale quello dell'ISTAT...;

- informazioni (con tutte le caratteristiche della utilità, della finalizzazione, ecc. ...) che circolano in modo ragionato nella rete di rapporti tra soggetti;

- strumenti che facilitano la produzione e circolazione delle relazioni e mediano i rapporti tra i soggetti senza condizionarli.

Conseguentemente a tale chiarificazione concettuale deriva che procedure, far circolare e utilizzare informazioni in modo continuativo, razionale e finalizzato diviene un modo d'essere del lavoro.

Il sistema informativo cioè è qualcosa di sistematico, di non delegabile, di finalizzato/finalizzante, qualcosa di permanente ma anche continuamente aperto e ripensato (18) perché aperti sono i modi di lavorare continuamente adattati all'evolversi dei bisogni di salute.

SISTEMA INFORMATIVO DI ESERCIZIO E SISTEMA INFORMATIVO DI GOVERNO

CARATTERI	INFORMAZIONI DI ESERCIZIO	INFORMAZIONI DI GOVERNO
Dove vengono utilizzate e da chi	Nei luoghi dove si eseguono le prestazioni. Ai livelli decisionali interni ai singoli servizi o settori. Dagli operatori: singolarmente, oppure le équipes di lavoro, i capi-équipe, i coordinatori o responsabili di Servizio, primari, ecc.	Nei luoghi di governo e direzione: dei servizi della USL, Regione, Ministero della Sanità, ecc. Dalle figure di coordinamento e governo: capi-équipe, coordinatori di Servizio, primari, amministratori USL, ecc.
Frequenza di utilizzo	Continua e periodica: a scadenze inferiori o uguali a sei mesi	Periodica: a scadenze uguali o superiori a sei mesi
A cosa servono	Conoscere le caratteristiche dei singoli utenti Conoscere le caratteristiche dei singoli interventi Valutare l'efficacia/efficienza dei singoli interventi	Conoscere i problemi di salute della popolazione Conoscere le caratteristiche generali dell'utenza Conoscere le caratteristiche generali degli interventi Valutare l'efficacia/efficienza delle varie risposte sanitarie Valutare le variazioni dello stato di salute collettiva
Quali fenomeni riguardano	Caratteristiche degli utenti: sesso, età, occupazione, condizioni sociali, patologia, anamnesi, ecc. Caratteristiche degli interventi: luogo di prestazione, durata, tipo di prestazione, qualifica di chi esegue l'intervento, frequenza, ecc. Risultati ottenuti: miglioramento o peggioramento delle condizioni soggettive/oggettive Aumento o diminuzione della qualità dei singoli interventi prestati	Caratteristiche della utenza: utenza totale per servizio o settore di intervento Caratteristiche degli interventi Caratteristiche dell'area servita: popolazione (dati demografici e sociali), incidenza e prevalenza delle malattie, natalità, mortalità, ecc. Risorse utilizzate Risultati ottenuti sulla salute della popolazione
Che rapporto hanno con i fenomeni	Rapporto "uno a uno" (analitico) Le notizie rimangono collegate all'individuo o evento che le produce	Rapporto "uno a molti" (sintetico) Le notizie vengono raggruppate per lo più in base a scelte esterne ai fenomeni
Dove vengono raccolte e da chi	In tutti i luoghi dove viene svolta l'attività di assistenza e cura: reparti, ambulatori, presidi, ecc. Da ciascun operatore sanitario	Da archivi, registri e nei luoghi di assistenza e cura Dagli uffici amministrativi U.S.L. Da altri Enti: Comuni, Province, Regioni, Istat Vengono raccolte per lo più da personale incaricato

5.7. - Sistema informativo di esercizio e di governo

Le esigenze informative sono ovviamente molte ed a livelli diversi. Necessario nel nostro lavoro, era chiarire a quale livello si intendeva operare, consapevoli che esisteva un doppio livello di produzione/uso dell'informazione. La scelta è stata di privilegiare il sistema informativo per il governo dell'U.S.I. pur consapevoli che durante il percorso si sarebbero aperti molti problemi rispetto ad esigenze specifiche di informazioni per supportare l'attività quotidiana dei servizi (sist. informativo di esercizio) rispetto ad esigenze di organizzazione del lavoro, rispetto infine a necessità di supportare l'analisi dei bisogni informativi con strumenti idonei e quindi con gli strumenti del sistema informativo. Si sottolinea che per informazione di governo si intende quella rete di informazioni che si collega strettamente alle fasi fondamentali della programmazione, della valutazione e del controllo dei risultati, mentre l'informazione di esercizio è strettamente collegata con l'attività sanitaria quotidiana e con l'erogazione delle prestazioni (19).

6. - La scelta

Negli ultimi 15-20 anni si sono sviluppati, in relazione a precise scelte organizzative, ma, anche, a ideologie diverse, vari modelli di sistemi informativi ciascuno dei quali ha accentuato alcune caratteristiche rispetto ad altre. In fase di scelta sono stati presi in esame alcuni dei sistemi sperimentati negli anni, sulla scorta anche di sintesi elaborate da vari esperti. Un'analisi comparata di questi vari sistemi è riassunta nella tabella elaborata per un intervento informativo al gruppo di lavoro dell'U.S.I. dal Dr. Nicola Florindo.

La scelta dell'U.S.I. è stata nella direzione del Sistema informativo di

ANALISI COMPARATIVA DI ALCUNI MODELLI DEL SISTEMA INFORMATIVO

MODELLO	NOZIONE	VANTAGGI	SVANTAGGI	NOTE
Anagrafe	Rilevazione delle unità elementari di un aggregato ed aggiornamento costante	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generalizzabile ovunque</li> <li>- Facilmente meccanizzabile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rigido (molte regole rilevative)</li> <li>- Pesante (entrano sempre molti dati)</li> <li>- Freddo (non comunica informazioni ma dati)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un esempio è la banca-dati</li> <li>- E' utilizzabile con maggiore efficacia come "registro tumori"</li> </ul>
Statistico	E' l'insieme degli strumenti che permettono la codificazione ordinata di dati nel tempo e nello spazio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generalizzabile e meccanizzabile</li> <li>- E' utile nei processi gestionali di routine (prestazioni ed offerte sanitarie)</li> <li>- Si presta per obiettivi di uniformità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' lento</li> <li>- Poco sensibile ai problemi dei bisogni sociali</li> <li>- Insensibile quando deve interpretare i fenomeni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' utilizzabile se non è il "sistema informativo" ma un supporto al sistema informativo stesso quando è possibile e desiderabile una utilità esprimibile statisticamente</li> </ul>
Degli esperti	E' la rete informativa costituita da testimoni privilegiati più o meno coinvolti nei processi da osservare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilissimo per rilevare fenomeni ove la qualità è più rilevante della quantità</li> <li>- Efficace per l'osservazione di taluni fenomeni particolari e delicati</li> <li>- Efficace nelle piccole comunità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversa sensibilità degli esperti</li> <li>- Difficoltà a confrontare osservazioni diverse su fenomeni simili</li> <li>- Rischio di trasformarsi in strumento di controllo sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Può funzionare come sistema in casi di "improvvisi fenomeni" e comun que come primo provvisorio osservatorio</li> <li>- E' augurabile la sua utilizzazione di supporto quando inefficaci od inefficienti risultano altri modelli</li> </ul>
Il B.S.A.	E' un sistema di conoscenza intimamente connesso con il processo di programmazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il primo sistema a mettere in evidenza l'importanza degli indicatori</li> <li>- Individua la rilevanza della valutazione</li> <li>- E' efficace per stimare la domanda sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gli indicatori non sono legati agli obiettivi ma determinati a priori</li> <li>- E' difficile da gestire poiché spesso presuppone un grande sistema centralizzato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' un sistema innovativo ma è troppo intimamente legato al modello generale della programmazione. Ove la programmazione è carente il B.S.A. o non funziona o non serve</li> </ul>
La mappa grezza dei rischi	E' un sistema fondato sulla ricerca, la conoscenza e l'intervento sui rischi territoriali effettivamente presenti in una comunità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' molto efficace in condizioni di "omogeneità" di vita di lavoro (es. l'esperienza dei gruppi omogenei)</li> <li>- E' efficace quando esistono canali naturali che stimolano o agevolano la circolazione delle informazioni</li> <li>- Richiede partecipazione ma la stimola anche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' inadeguato in situazioni di vita e di lavoro complesse ed articolate</li> <li>- E' difficile da generalizzare poiché presuppone un substrato culturale collettivo predisponente</li> <li>- Se non alimentato continuamente dalla partecipazione produce solo immagini "geografiche"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' il primo sistema a mettere in evidenza la relazione tra ambiente di vita e ambiente di lavoro</li> <li>- E' efficace quando è connesso ad un metodo di lavoro fondato sulla partecipazione.</li> </ul>
Il sistema informativo di base	E' un sistema complesso di produzione ed uso dell'informazione ove i flussi informativi sono decentrati partecipati ed orientati	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilità alle condizioni reali di attivazione</li> <li>- Relazione stretta tra informazione ed obiettivi di azione ed organizzazione</li> <li>- Parte dalla nozione di "stato di salute individuale e collettiva" e su di esso struttura le variabili incidenti da misurare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibile alle motivazioni degli operatori</li> <li>- Non è di costruzione immediata è un processo lungo</li> <li>- Richiede un adeguamento del sistema informatico non essendo possibile la generalizzazione dei software</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' un sistema in cui si coniugano contenuti formali e contenuti informali</li> <li>- Percorre non solo le strade della individuazione dei bisogni e della programmazione ma esige capacità di lettura in ordine a verifiche di efficienza e di efficacia</li> </ul>

base (20) concepito come sistema pensato per l'Unità Sanitaria Locale ma adattabile a livelli organizzativi anche meno complessi (équipes, servizi) e costituito da un sistema di norme, di procedure di produzione, trattamento, circolazione e uso dell'informazione con inputs e outputs collocati sia dentro che fuori il sistema sanitario.

Le caratteristiche del Sistema informativo di base (S.I.B.) sono già in parte contenute nello schema riportato per i vari modelli di sistema informativo. Qui si vogliono richiamare alcuni elementi del Sistema scelto che si ritengono fondamentali:

- a) sono protagonisti del progetto tutti i soggetti coinvolti nei problemi di assistenza sanitaria e su questi il S.I.B. fonda le possibilità di realizzazione;
- b) è strettamente legato all'organizzazione del lavoro e può crescere, modificarsi, cambiare con l'evoluzione delle scelte organizzative;
- c) cresce con il crescere della «cultura del cambiamento» negli operatori e con il modificarsi dei «bisogni di salute» della popolazione;
- d) è fondato come dice l'OMS sulla popolazione e recupera gli aspetti del bisogno (oltre la domanda) del rischio (al di là del danno) connottando in modo specifico tutte le informazioni;
- e) garantisce lo sviluppo di un doppio processo a rete: orizzontale e verticale. Collega livelli omogenei nell'organigramma e livelli diversi con funzioni operative e decisionali garantendo percorsi bidirezionali ed a rete;
- f) recupera tutte le modalità possibili di produzione informativa in particolare coniugando il formale con l'informale, la ricerca con la produzione corrente;
- g) garantisce una stretta relazione tra informazione e obiettivi di lavoro e quindi accentua gli aspetti della validità dell'informazione, cioè della sua ricaduta operativa, accanto a quelli tradizionali dell'attendibilità;

h) ritiene fondamentale la ricomposizione dei frammenti informativi esistenti e rappresenta il risultato dinamico di inputs provenienti da flussi residuali, arricchiti, integrati e finalizzati.

La logica del Sistema informativo di base garantisce risposte adeguate e convincenti alle premesse teoriche prima richiamate, con particolare attenzione alla logica informativa, alla rete di informazioni e alla finalizzazione delle informazioni.

Preliminarmente permette di evitare il rischio di costruire un ufficio autonomo, staccato dall'insieme dell'organizzazione, delegato alla produzione informativa, sottolineando l'aspetto «sistema» dove sono fondamentali le relazioni informative interne alla struttura sanitaria. Di qui alcune scelte organizzative preliminari:

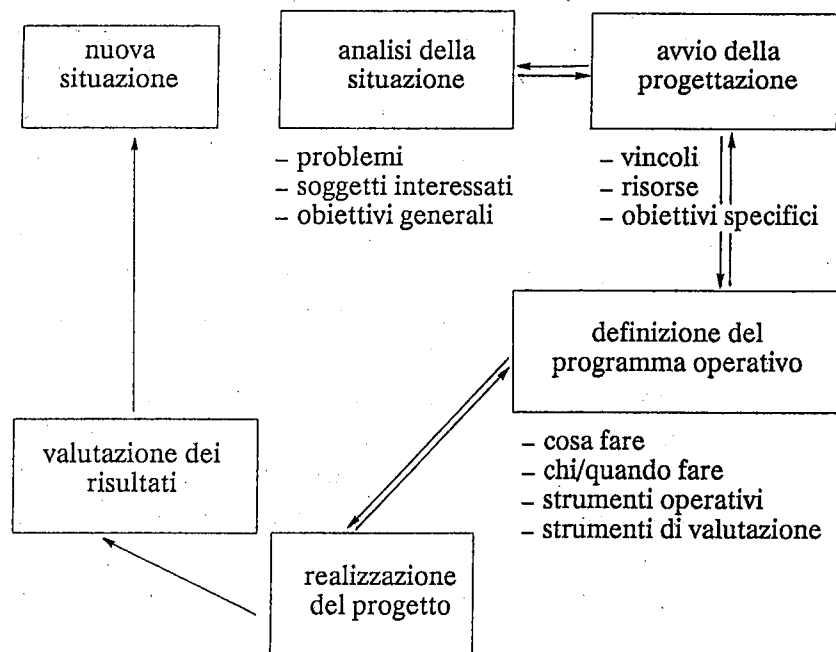
- la definizione di un ristretto gruppo centrale con compiti di coordinamento e di supporto tecnico e organizzativo e di un gruppo più ampio di referenti-responsabili in ogni servizio. All'insieme di queste professionalità vengono affidate le funzioni di progettazione, elaborazione, sperimentazione, produzione e verifica del sistema di informazioni. L'insieme del nucleo centrale e dei punti di riferimento nei servizi rappresenta la «risorsa professionale» del Sistema informativo.
- La scelta di privilegiare l'informazione di governo definisce il S.I.B. come strumento degli organismi tecnici e politici dell'U.S.L.. La collocazione pertanto viene proposta presso gli Affari Generali e l'afferenza tecnica è con l'Ufficio di Direzione.
- Attorno al gruppo del Sistema informativo di base si tende ad unificare col tempo tutta la produzione informativa, sia orientata all'interno, che all'esterno dell'U.S.L., con evidenti arricchimenti informativi, omogeneizzazione e finalizzazione informativa, e non ultimo sicure economie produttive.
- Quale incentivo agli operatori che partecipano al progetto si defini-

scono percorsi formativi in grado di supportare il lavoro anche dal punto di vista tecnico.

- Il rapporto con il complesso informatico viene inizialmente rinviato a dopo la definizione dei bisogni informativi ma quasi subito si pone il problema nei servizi dove si avvia l'installazione di apparecchiature nella logica dell'«informatica distribuita» che lascia molto spazio di autonomia alle singole realtà organizzative.

## 7. - La costruzione del progetto

Seguendo la spirale della progettazione si è definito il progetto di lavoro (21).



a) **Il problema:** è stato definito come esigenza di riordinare, razionalizzare, integrare e finalizzare la produzione informativa di U.S.L. per il governo istituzionale.

b) **I soggetti interessati:** gli organismi politici e tecnici dell'istituzione (Assemblea, Comitato di Gestione, Ufficio di Direzione); gli operatori responsabili di settore (e di servizio). Potenzialmente tutti gli operatori dell'U.S.L..

### c) I vincoli considerati:

- vincoli di «cultura informativa» in generale, scarsa se non nulla da cui scaturiscono problemi di linguaggio e di comprensione;
- vincoli legati a «paure» più o meno inconscie che il progetto possa significare perdita di «potere»;
- resistenze derivanti dal prevalere di una logica «efficientistica».

### d) Le risorse attivate:

- Il pronunciamento formale degli organismi politici e tecnici;
- l'effettuazione di una giornata di formazione per i responsabili politici e tecnici;
- la costituzione del gruppo dei referenti di servizio tenendo conto della disponibilità ad un impegno sul problema;
- una prima definizione del nucleo centrale composto da due operatori (1 sociologo e 1 assistente sociale);
- una consulenza esterna per la fase di impianto.

e) **Gli obiettivi specifici:** sono stati definiti due obiettivi di lavoro e ipotizzati alcuni sotto-obiettivi-risultati.

- Definire un sistema di indicatori (segni) come espressione documentabile dei fenomeni socio-sanitari della U.S.L..
- Costruire «l'indice» di una possibile relazione sullo stato di salute della popolazione.

Accanto a questi due obiettivi specifici dichiarati erano presenti alcuni sotto-obiettivi-risultato da perseguire:

le conoscenze e la riunificazione di tutta l'informazione esistente prodotta nell'U.S.L.;

- la formazione degli operatori nella direzione sia della diffusione di una cultura informativa sia della acquisizione di strumenti tecnici per la produzione, il trattamento e l'utilizzo dell'informazione;
- l'avvio di una verifica organizzativa nei servizi;
- introduzione di elementi di problematicità nelle scelte operate dall'istituzione, costringendola ad uscire in tal modo dalla «routine».

f) **I tempi:** i tempi complessivi del progetto sono stati pensati su 3 anni di cui due per l'impianto e 1 anno per la sperimentazione.

g) **Le verifiche:** sono stati previsti 3 progress da sottoporre per una valutazione di merito e di metodo agli organi politici e tecnici dell'U.S.L..

h) **La valutazione finale:** il «rapporto» sul sistema di indicatori.

i) **Gli interventi formativi sul gruppo del Sistema informativo.** Accanto a interventi introduttivi alle varie fasi del lavoro, per assimilare le procedure, i linguaggi e acquisire metodologie omogenee di lavoro sono stati previsti momenti formativi specifici:

- dal lavoro per compiti al lavoro per obiettivi (2 giorni)
- criteri e metodi di costruzione della relazione annuale (2 giorni)
- introduzione alla statistica descrittiva (9 giorni)
- sistema informativo e ricerca ad hoc (3 giorni)

## 8. - Le fasi operative del progetto

Definiti i soggetti, gli obiettivi, i tempi, gli strumenti e i criteri di valutazione è stata attivata la fase operativa del progetto con la consapevolezza che un utilizzo corretto della progettazione implicava la capacità

di un continuo processo di verifica e la possibilità di effettuare tutti i cambiamenti e le integrazioni che le condizioni organizzative avrebbero richiesto.

Il progetto è stato articolato in quattro fasi:

1) Analisi dell'esistente nel senso di raccogliere gli elementi fondamentali della struttura organizzativa e della rete informativa esistente.

2) Riprogettazione e completamento della rete informativa di U.S.L. attraverso l'esplicitazione degli obiettivi di lavoro dei servizi (o più realisticamente le funzioni/attività) e la ridefinizione delle informazioni utili ad una definizione adeguata degli obiettivi stessi, ad un loro monitoraggio e ad una valutazione dei risultati raggiunti.

3) Il trattamento delle informazioni sia per la fase di archiviazione sia per la fase di elaborazione. La scelta è stata quella di costruire un sistema di indicatori quale strumento idoneo a rappresentare la realtà.

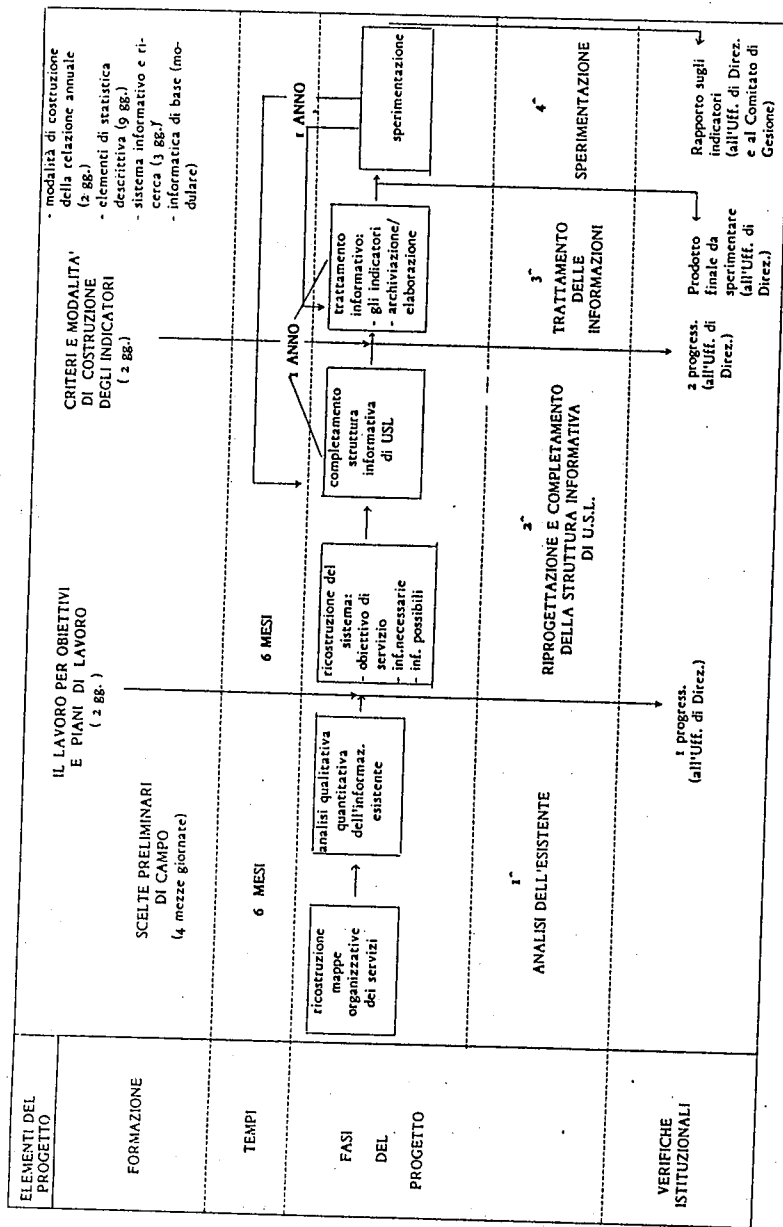
4) La sperimentazione degli indicatori.

### 8.1. - L'analisi dell'esistente

Assodato il principio della stretta relazione tra sistema informativo e sistema organizzativo (22) si è proceduto a rispondere a tre domande:

- dove sono oggi prodotte le informazioni?
- con quali strumenti sono prodotte le informazioni?
- quale è la qualità e l'utilità reale delle informazioni oggi prodotte?

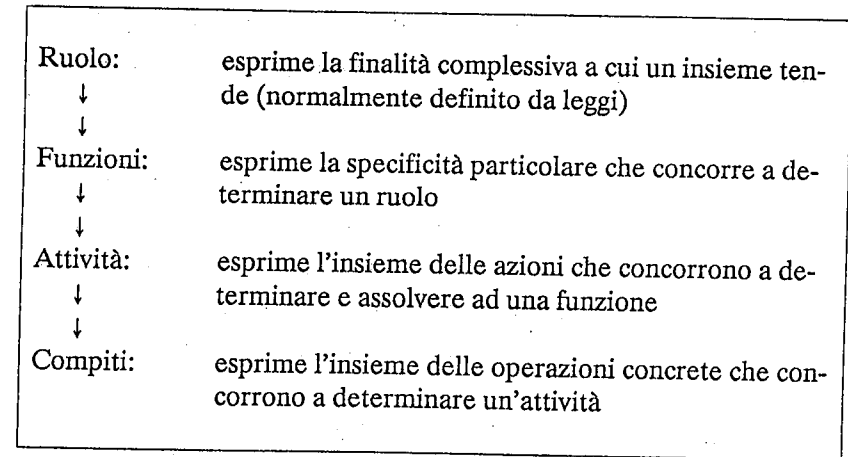
a) È stato fatto un censimento accurato dell'organizzazione (23) esistente, è stata costruita la fotografia di ciascun servizio, con un occhio alla realtà esistente piuttosto che a un «come dovrebbe essere». Sono state cioè ricostruite le mappe organizzative (24) per tutti i servizi dell'U.S.L. pensando ad esse non come strumento idoneo in primo luogo alla riorganizzazione del servizio, ma come strumento idoneo a individuare i punti nevralgici del sistema ai fini della produzione/producibili-



tà informativa, a evidenziare cioè i luoghi di osservazione utili alla conoscenza, i punti dove l'informazione acquista significato e contenuto.

Per questo lavoro di analisi organizzativa sono stati forniti alcuni strumenti tecnici capaci di soddisfare l'esigenza di un minimo di analiticità e omogeneità tra i servizi e nel contempo di essere semplici, utilizzabili da tutti per produrre strumenti di lavoro disponibili poi per tutto il percorso di lavoro.

Il modello più utilizzato è stato quello mutuato in parte dalla teoria dei sistemi (modello funzionalistico) capace di mettere in evidenza le relazioni che intercorrono tra i vari elementi del «sistema servizio». Questo modello si articola nell'analisi del ruolo, funzioni, attività e compiti intesi in questo modo:



Ha permesso ai servizi di definire una «serie» di aree di intervento che raccolgono compiti e attività simili e quindi, in fase di riprogettazione, ha permesso un riferimento tra ciò che veniva fatto e i risultati previsti. Questa mappa arricchita dall'organigramma di ciascun servizio ha favorito l'acquisizione di una chiarezza teorica rispetto ai punti di

produzione dell'informazione.

È da sottolineare che ogni mappa organizzativa è stata socializzata e confrontata con tutto il gruppo dei referenti del Sistema Informativo Locale (S.I.L.) garantendo in tal modo:

- una conoscenza da parte di tutti dell'organizzazione dell'U.S.L.;
- una prima analisi ed enucleazione dei possibili punti di raccordo e di interrelazione organizzativa e quindi delle potenzialità informative.

b) Gli strumenti informativi esistenti (25).

Dalle mappe organizzative si è passati al censimento dettagliato di tutto ciò che, per i più diversi motivi, oggi è utilizzato per raccogliere, fermare e veicolare informazioni sia all'interno del servizio sia verso l'esterno.

Tali strumenti sono chiamati flussi informativi storici per sottolineare da una parte la idoneità a contenere informazioni e dall'altra la loro capacità di rappresentare realmente qualcosa di continuativo e per certi versi permanente.

È stato proposto un modello di analisi che evidenziasse sia le caratteristiche formali (strutturazione, completezza, ecc.) sia la effettiva capacità di far circolare le informazioni. I parametri considerati sono stati riportati in uno schema che ha accompagnato la lettura dei singoli flussi informativi rilevati (cartelle, registri, schede, atti amministrativi, verbali...).

Il risultato è stata la scoperta di una ricchezza informativa nemmeno ipotizzabile in partenza, e di conseguenza la valutazione di un impegno notevole degli operatori nella compilazione di strumenti informativi per i quali a volte non erano chiari il committente (formulazione), la finalità (destinazione) e soprattutto non vi era ritorno informativo con conseguente appesantimento burocratico a scapito dell'attendibilità e in generale della qualità delle informazioni prodotte.

**RILEVAZIONE FLUSSI INFORMATIVI STORICI**

Denominazione del Flusso: \_\_\_\_\_  
Luogo di produzione: \_\_\_\_\_  
Collocazione nella mappa Organizzativa: \_\_\_\_\_

ASPETTI STATICI			
Strutturaz.	Completezza	Integrazione	Professionalità

ASPETTI DINAMICI														
Formulaz.	Produz.	Percorso		Destinazione		Consumo	Feed-Back	Periodicità						
Esterna	Interna	Diretta	Indiretta	Servizio	U.S.L.	Regione	S.S.N.	Unilaterale	Plurimo	Si	No	Parziale	Sistematica	Non sistematica

**UNITA' INFORMATIVE ELEMENTARI CONTENUTE**

Es: elevata  
I: intermedia  
S: scarsa



c) L'analisi delle informazioni contenute nei vari flussi informativi individuati.

Ovviamente i flussi informativi non contengono quasi mai una sola informazione, non rispondono cioè ad una sola richiesta informativa (basti pensare a come spesso vengono costruiti questi flussi per renderci conto che si tende a raccogliere tutto).

È stato perciò necessario decodificare, scomporre i flussi informativi in relazione alle informazioni in essi contenute. Si è proceduto cioè a individuare le unità informative elementari intendendo per queste le richieste informative dettagliate, in forma esplicita o implicita, contenute nei vari flussi informativi. Un esempio: nella cartella clinica sono unità informative il «sesso», la diagnosi, ecc..

L'attenzione prevalente nell'analisi dei flussi è stata rivolta agli aspetti dell'efficienza, cioè la capacità di produrre e veicolare informazioni; l'analisi delle varie richieste informative contenute nei flussi ha necessariamente accentuato gli aspetti dell'efficacia informativa.

Sono stati perciò analizzati gli aspetti di qualità dell'informazione (attendibilità, esaustività, comprensione e specificità) e della effettiva utilità delle informazioni (valore marginale, fine grezzo, area di riferimento, tempo di utilizzazione).

Una lettura delle «risorse» informative (flussi e unità informative) ha messo in luce certo la inadeguatezza ma anche la potenzialità della rete informativa esistente e la reale possibilità di coinvolgimento degli operatori nel produrre informazioni; ricerca quindi delle potenzialità e delle incongruenze sia di forma (efficienza) che di contenuto (efficacia) ma anche possibilità di utilizzo nella fase di riprogettazione delle risorse informative esistenti.

RILEVAZIONE UNITA' INFORMATIVE ELEMENTARI															
Denominazione:					Numero:										
Localazione F.I.S.:															
ASPETTI QUALITATIVI															
Attendibilità		Specificità		Esaustività		Comprensione									
Alta	Soddisfacente	Bassa	Soddisfacente	Alta	Soddisfacente	Bassa	Soddisfacente	Non soddisfacente	Non soddisfacente						
ASPETTI DELL'UTILITA'															
Valore marginale			fine-grezzo			Conten.essenz.		Riferim. preval.		Periodo di utilizz.					
Aggiuntivo	Esclusivo	Mirato	Polivalente	Constativo	Valutativo	Di controllo	Di decisione	Entità	Relazione	Amministrativi	Sanitari	Sociali	Immediato	Breve-medio periodo	Lungo periodo

## 8.2. - Riprogettazione e complementamento della rete informativa di USL

Che cosa ci serve davvero sapere? Perché? Quale la finalità informativa di ciò che andiamo raccogliendo?

Si pone attraverso queste domande il problema dell'individuazione delle necessità informative (26), di ciò che ci serve sapere e perchè, prima di procedere a trattare queste informazioni (come ci serve saperle). Non è possibile produrre prima informazioni e poi finalizzarle come vorrebbe l'informatica, ma innanzitutto è necessario definire gli obiettivi di lavoro per i quali le informazioni sono strumento di verifica di processo e di valutazione di risultato. La strada dell'individuazione e della formulazione degli obiettivi di lavoro di servizio è lastricata di difficoltà quasi insormontabili: gli obiettivi, dicono i servizi, sono ovvii e quindi è inutile esplicitarli, oppure si ripropongono gli obiettivi generali, le finalità, le dichiarazioni di principio per le quali non si può indicare alcuno strumento di verifica e di valutazione.

Il risultato di una tale situazione è di norma la confusione tra obiettivi e interventi e quindi l'interpretazione degli obiettivi in chiave economicistica, di tipo efficientistico, per cui più uno «produce» (prestazioni, atti, ecc...) più risulta «bravo». Il tentativo di uscire da una tale situazione è stato condotto su due canali: uno formativo verso il gruppo ed un altro di lettura dei bisogni informativi evidenziando i potenziali (o reali) richiedenti e fruitori delle informazioni.

L'impegno formativo è stato rivolto all'approfondimento dei significati e delle modalità concrete del lavoro per obiettivi e piani di lavoro. Per obiettivo si è voluto intendere la definizione puntuale dei risultati misurabili e realistici verso cui tende l'organizzazione.

Il percorso logico è stato quello di individuare ciò che il servizio è chiamato a svolgere in relazione al momento istituzionale, ai propri criteri e alle proprie priorità di lavoro.

Successivamente si è definito:

a) ciò che ogni servizio è tenuto a produrre dal punto di vista informativo (richieste esterne...);

b) ciò che ritiene necessario produrre per sé in rapporto alla possibilità/necessità di verifica e di valutazione dei propri obiettivi di lavoro;

c) ciò che ragionevolmente oggi è possibile produrre tenendo conto sia dei vincoli organizzativi che dei limiti legati all'organizzazione del lavoro;

d) in relazione alle scelte sulle «possibilità» si è proceduto quindi all'adeguamento del sistema informativo esistente sia integrando strumenti già consolidati sia attivandone di nuovi ma soprattutto finalizzando l'utilizzo di quelli esistenti attraverso chiarimenti anche tecnici con i soggetti coinvolti nella produzione informativa;

e) tempi e modalità di avvio dei nuovi strumenti informativi.

## 8.3. - Il trattamento delle informazioni

Il problema che si è inteso affrontare in questa fase si può sintetizzare nella possibilità di dare forma e voce alle potenzialità informative contenute nelle informazioni individuate come utili e producibili.

La scelta è stata quella di costruire un sistema di «indicatori» quale prodotto tangibile e utilizzabile direttamente dai potenziali fruitori rimanendo all'interno di una logica di sistema informativo che privilegi l'aspetto del governo dell'U.S.L.. Ci sembra tra l'altro che tale scelta garantisca quella flessibilità all'intero sistema che è stata una costante di tutto il lavoro. Un sistema di informazioni, attraverso indicatori, garantisce cioè una possibilità costante di aggiungere, modificare, togliere quelle parti che non risultano più coerenti con gli obiettivi di lavoro, con l'organizzazione e le scelte di servizio.

Cosa si intende per indicatore?

La definizione cui ci siamo attenuti sottolinea l'aspetto di informazio-

SERVIZIO _____																							
DENOMINAZIONE, OBIETTIVO DI LAVORO _____																							
<input type="checkbox"/> Servizio <input type="checkbox"/> Operatore <input type="checkbox"/> Ufficio di Direzione <input type="checkbox"/> U.S.L. o C.d.C. <input type="checkbox"/> Altri _____ specificare _____																							
Valutazione dell'obiettivo <input type="checkbox"/> ambito particolare <input type="checkbox"/> ambito generale <input type="checkbox"/> concetto semplice <input type="checkbox"/> concetto complesso <input type="checkbox"/> interesse collettivo <input type="checkbox"/> interesse esclusivo																							
Informazioni necessarie	DISPONIBILI	Collocazione nella Orga nizz.	Definizione del F.I.S. dove è contenuta	attendibilità	specificità	esattività	comprensione	entità	relazione	Collocazione nella M.O. contenuta	Definizione del FIS dove è contenuta	attendibilità	specificità	esattività	comprensione	entità	relazione	NON DISPONIBILI	Dove potrebbe essere prodotta (rif. alla M.O.)	Possibilità di attivazione	SI	NO	Note

ne costante, operativa, orientata che in una area di lavoro (servizio, unità operativa) risponde ad esigenze informative predefinite ed esplicite attraverso segnali quantitativi e qualitativi in grado di evidenziare l'evoluzione di un fenomeno (27). È cioè un modo di "trattare" l'informazione affinché assuma un significato preciso, inequivocabile, oggettivo su un fenomeno, rispetto ad interlocutori precisi in questo caso definiti nei soggetti deputati al governo dell'U.S.L.. Si sottolinea così oltre alla necessità di conoscere, anche la capacità di comprendere; ci si orienta cioè sul fruitore finale e quindi si carica «il dato» di precise potenzialità informative che possono incidere sul comportamento del soggetto/ricervente/fruitore. Anche in questa fase si è fornito al gruppo una griglia che omogeneizzasse i prodotti, una griglia che raccogliesse e sintetizzasse tutto il processo di ricerca ed elaborazione.

Non è questa la sede per approfondire il significato, le caratteristiche e le modalità di costruzione di un indicatore. Sono stati condotti alcuni momenti formativi sul gruppo al fine di puntualizzare soprattutto le modalità di costruzione di un indicatore accentuando gli aspetti della riproducibilità (accuratezza e precisione) e della validità (sensibilità e specificità). Un indicatore cioè deve essere misurabile, dire il vero, essere utile e «significare» un aspetto importante della realtà.

#### 8.4. - La sperimentazione degli indicatori

Quanti degli indicatori prodotti sono effettivamente utili e validi? Quanti sono effettivamente producibili? Pur avendo mantenuto uno stretto legame con la realtà, non si poteva presumere che tutti gli indicatori fossero davvero adeguati, pertinenti, validi e riproducibili, comodi da produrre, ecc.

L'impegno di questa fase è stato concentrato su questi aspetti:

- consolidare le condizioni di effettiva producibilità degli indicatori in-

SERVIZIO						
Funzioni del Servizio e/o obiettivi specifici	Obiettivi informativi	Indicatore operativo		Individuazione		Periodicità (1)
		Denominazione	Formula	Dati	Fonti	
Eventuali problemi	Collegamenti con altri servizi	Tipo di indicatore (2)				

(1) Periodicità: trimestrale = t  
semestrale = s  
annuale = a

(2) tipo di indicatore: situazione = s  
condizione = c  
intervento = i  
risultato = r

individuati attraverso il presidio dei vari strumenti informativi;

- informare tutti gli operatori dei servizi del significato del lavoro svolto favorendo in tal modo la crescita di una «cultura informativa» diffusa;
- aumentare le competenze tecniche dei referenti di servizio che compongono il gruppo del Sistema informativo attraverso l'attivazione di due corsi di statistica descrittiva e di un corso sulle modalità tecniche di utilizzo dell'informazione per la costruzione della Relazione annuale.

## 9) I risultati

Riflettere sui risultati di un intervento così articolato e complesso non è facile. Ci sono stati alla fine dei risultati di prodotto ma non vanno certamente sottovalutati i processi avviati che oggi si possono senza dubbio considerare irreversibili.

### 9.1. - Partiamo dai risultati di «prodotto»

È stato definito un sistema di indicatori capaci di «misurare» la realizzazione di specifiche funzioni/obiettivo di servizio. È ovvio uno scarto con l'obiettivo iniziale nel quale si volevano indicatori in grado di misurare i fenomeni socio-sanitari della U.S.L.. Rimane questo l'obiettivo finale, legato alla possibilità di costruire una immagine adeguata dello stato di salute della popolazione. Il sistema di indicatori prodotto è una tappa tanto più importante in quanto è frutto di un impegno collettivo e quindi di una condivisione del risultato ottenuto.

Sono stati adottati alcuni criteri nella fase di individuazione degli in-

dicatori, criteri che ne condizionano ovviamente la struttura:

- tendono a quantificare la domanda, le attività, le prestazioni, piuttosto che a verificare i risultati finali in termini di tutela della salute;
- si riferiscono a fenomeni/problemi certamente rilevanti per la programmazione sanitaria e per la loro dimensione quali-quantitativa;
- la classificazione tiene conto di quattro variabili oggettive:
  - \* la situazione (descrivono cioè lo stato di fatto),
  - \* la condizione (descrivono cioè i processi evolutivi in atto),
  - \* l'intervento (attività oggetto dei flussi),
  - \* il risultato (inerenti variabili di efficienza, efficacia, equità cui tendono le attività);
- riguardano fenomeni/problemi che possono essere oggetto di interventi da parte dell'U.S.L. in quanto suscettibili di considerevoli miglioramenti attraverso opportune misure di intervento. Non interessano quindi indicatori per fenomeni che non «dipendono» dall'U.S.L. e in generale dal S.S.N.;
- costituiscono una base utile per l'intero processo di programmazione e, in particolare, per la valutazione in quanto sono specifici e pertinenti,
- sono fattibili, cioè allo stato delle cose sono costruibili. Soltanto in pochi casi (specialistica, assistenza ospedaliera) si è ritenuto di proporre indicatori non costruibili immediatamente perché comunque è in atto un processo organizzativo (informatica...) e quindi l'indicazione è utile in fase di progettazione delle trasformazioni organizzative;
- di norma riguardano fenomeni generali e non sono legati a ricerche specifiche né a campioni di realtà (tranne alcuni casi in particolare per il S.A.O.);
- rientrano in una logica di «sistema». Questa logica dovrebbe garantire una visione d'insieme dei fenomeni analizzati.

Questi criteri sono stati tenuti presenti in tutto il percorso di costru-

zione degli indicatori. Non si è stati in grado di operare in alcuni casi una selezione per cui con ogni probabilità sono molti. Si ritiene però di dover sottolineare che il percorso logico ha portato alla definizione di indicatori utili alla realizzazione di un'immagine di servizio. Consapevolmente si è privilegiato l'interesse del servizio e l'attinenza con le «cose» concrete che il servizio è chiamato a svolgere.

Non è assolutamente dimostrato che la somma delle immagini di servizio dia l'immagine di U.S.L.. Rimane l'esigenza di costruire un sistema logico che partendo dall'articolazione di servizio la superi in un'immagine diversa ed essenziale, quella di U.S.L. appunto. La scelta è di effettuare questo percorso di sintesi nella fase di realizzazione dell'impianto e nella costruzione della Relazione annuale.

Con questi presupposti, anche indicatori di sicuro interesse di U.S.L. (natalità, mortalità, ...) sono stati inseriti nei vari servizi (dove vengono prodotte le informazioni).

Si può rilevare anche che sono prevalentemente indicatori di efficienza (risorse impiegate, utenza/attività, accessibilità...).

Sono comunque indicatori di efficienza utili sia ad un controllo gestionale (in collegamento con la contabilità per centri di costo) sia per costruire una prima immagine dei bisogni della popolazione. Quindi rappresentano strumenti fondamentali per costruire la relazione annuale di attività. Va inoltre sottolineato che l'indicatore tende a evidenziare possibili situazioni anomale dal punto di vista quantitativo (medie, valori standard ecc...).

La connotazione qualitativa sarà il risultato di una riflessione dei vari soggetti interessati e deve comprendere elementi conoscitivi, variabili ecc.... che l'indicatore non può esprimere. Quando si potrà disporre di obiettivi di lavoro specifici e misurabili per i servizi, allora anche gli indicatori evidenzieranno il raggiungimento o meno degli obiettivi predefiniti.

Una caratteristica sicuramente non secondaria degli indicatori proposti è comunque quella di essere complementari gli uni agli altri e quindi di imporre una lettura di insieme rispetto alle funzioni dei servizi. È proprio questa lettura di insieme che ha permesso di definire un primo schema/indice di relazione annuale che si sta utilizzando da 2 anni.

#### 9.2. - *Alcuni risultati di «processo»*

Si sottolineano soprattutto cinque risultati:

a) Il consolidamento di una rete sistematica di referenti/responsabili nei servizi ha permesso di evitare la definizione di uffici delegati «alla statistica» ed ha contribuito a costruire un ufficio centrale con compiti di:

- responsabilità organizzativa e istituzionale;
- coordinamento e sollecitazione per i servizi;
- collegamento con il supporto informatico e con i vari processi organizzativi e gestionali esistenti (centri di costo ecc.);
- collegamento con gli altri sistemi informativi esterni (Provincia, Regione, ...);
- garanzia di unitarietà processuale nella produzione informativa;
- supporto per la fornitura delle informazioni di carattere generale (demografiche, sociali) ai vari servizi;

b) La chiarificazione dell'esigenza di una articolazione del sistema informativo a due livelli, uno strettamente economico-gestionale orientato all'efficienza e uno epidemiologico-sanitario attento anche agli aspetti dell'efficienza ma soprattutto orientato all'efficacia. Non sono due sistemi informativi ma articolazioni di uno stesso sistema finalizzate a rispondere a due grandi domande: come sta la popolazione che sussiste nella U.S.L.? Le risorse a disposizione sono utilizzate in modo adeguato, finalizzato, al massimo delle loro potenzialità?

c) La definizione di un sistema di indicatori aperto, controllato e gestito dai reali fruitori dello stesso quale condizione per una crescita della cultura informativa in operatori abituati a essere considerati quelli passivi, semplici esecutori, raccoglitori di dati dei quali non conoscono né la motivazione né le «condizioni d'uso». Questa situazione favorevole ha permesso di avviare alcune esperienze di ricerca e riflessione sulle modalità d'uso delle informazioni e di conseguenza sull'organizzazione del lavoro.

d) Il condizionamento delle scelte informatiche soprattutto nei servizi territoriali. La chiarezza dei bisogni informativi ha imposto al tecnico informatico di definire i programmi in modo da finalizzarli oltre che alla archiviazione anche all'utilizzo dell'informazione.

e) L'avvio della unificazione della produzione informativa nell'U.S.L. con particolare attenzione alle richieste provenienti dall'esterno.

#### 10. - *Ipotesi di lavoro aperte*

Sono aperti molti filoni di lavoro, alcuni dei quali strumentali al consolidamento del sistema di indicatori avviato, consolidamento inteso sia come verifica permanente sia come possibilità di arricchimento e di sempre maggiore affinamento e finalizzazione degli indicatori stessi.

##### 10.1. - *Il passaggio progressivo da un sistema di indicatori di servizio ad un sistema di indicatori di U.S.L. per area-problema*

Il passaggio ulteriore da fare è dagli indicatori di servizio agli indicatori di U.S.L., definendo per quanto possibile nel sistema un'area di indicatori di efficacia.

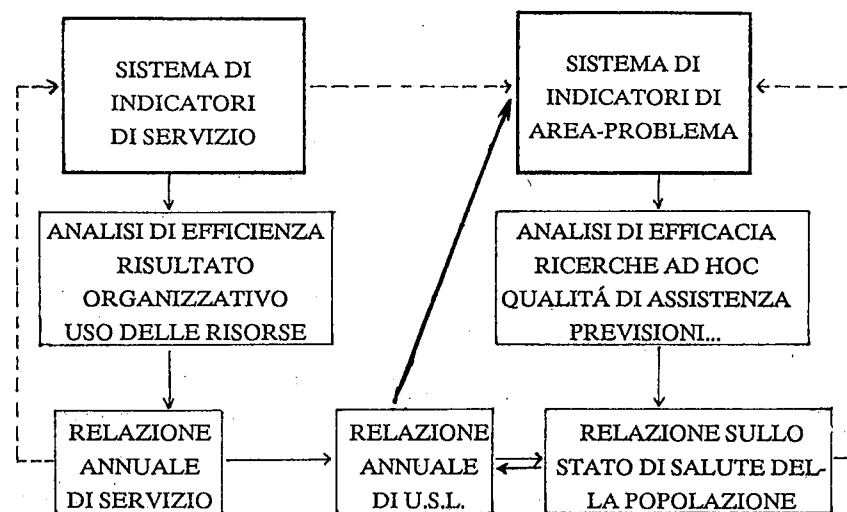
Si crede che tale processo possa avvenire individuando delle aree-problema e di conseguenza delle aree-obiettivo.

Ciò presuppone la programmazione di U.S.L. e sicuramente la individuazione di obiettivi misurabili. Obiettivi che ovviamente sono trasversali ai servizi e possono coinvolgere più strutture, più servizi, più luoghi e operatori. Si introducono cioè elementi connessi con la «qualità» e quindi con l'efficacia dei servizi in relazione alla salute della popolazione.

Acquistano significato la predisposizione e la sperimentazione di strumenti di analisi di qualità dell'assistenza (auditing...), la possibilità di sperimentazioni operative attraverso cui analizzare le modificazioni sullo stato di salute, sulla percezione del bisogno e dei servizi da parte dei cittadini e forse anche potranno essere definiti modelli organizzativi omogenei dei servizi per aree territoriali definite.

Mancano, nel sistema di indicatori proposto, riferimenti ad esempio alla morbosità di base (attinente all'area della Medicina di Base), ai fenomeni connessi con il disagio sociale (sia minori che adulti...), ai fenomeni del ricorso a forme di medicina alternativa ecc.. Su aspetti di questo genere è necessario attivare momenti di approfondimento conoscitivo ma anche una rete permanente che garantisca continuità e coerenza informativa.

Tentando uno schema, semplificato, di quanto finora detto si può avere questo risultato:



Tale percorso è già in fase di sperimentazione per tutta l'area dei servizi territoriali di prevenzione ambientale.

È in fase di realizzazione infatti un progetto specifico di ricerca-intervento finalizzato a:

- individuare, definire e rendere operativi un insieme di indicatori in grado di «informare» per gli aspetti quali-quantitativi, sui fattori di rischio/danno ambientale e sui risultati qualitativi;
- predisporre adeguati strumenti informativi rivolti a tutta la popolazione per avviare processi di informazione e educazione sanitaria.

10.2. - Concentrare l'attenzione di nuclei di operatori da affiancare al gruppo dei referenti del Sistema Informativo sui temi della ricerca sociale e ricerca epidemiologica con finalità non tanto di produrre nuove conoscenze interessanti ma soprattutto di aiutarli a porsi «domande rilevanti».

ti» per la qualità del proprio lavoro, la salute della popolazione, l'adeguatezza dei servizi... è un altro campo di lavoro affrontato attraverso interventi formativi e esperienze di ricerca mirata;

10.3. - È stato programmato, contemporaneamente all'avvio dei Distretti socio-sanitari, il recupero dell'informazione «informale», quell'informazione cioè non codificabile secondo i criteri classici ma che pur sempre sottende e condiziona le scelte quotidiane degli operatori (e spesso anche quelle dei livelli istituzionali).

L'informazione informale rappresenta una risorsa fondamentale nel momento della «erogazione» dell'assistenza (sistema informativo di esercizio) e sottolinea l'esigenza di partire per ogni progetto di salute dal punto base nel quale si misura e si dimensiona il progetto salute: il territorio, l'ambiente nel quale la persona, il cittadino costruisce la sua esperienza di vita. Sono le informazioni sulla qualità dell'offerta, sui bisogni percepiti, sugli aspetti che definiscono i comportamenti che possono essere recuperati attraverso il lavoro di équipe, l'attività di rapporto diretto con il cittadino singolo, con il gruppo, ecc.

Tutto questo sottolinea, pur con la sua ambiguità e i suoi limiti, la necessità di puntare ad un recupero della dimensione territoriale (distretto) e alla produzione di relazioni di distretto non come piccole relazioni di attività ma come immagine chiara, anche se quasi mai esaustiva delle condizioni di salute della popolazione di quel bacino territoriale.

Sull'informale e sulla sua utilità ai fini conoscitivi, decisionali e valutativi ci sono esperienze molto significative. Su una base informale si sono basati progetti di sistema informativo legato «agli esperti» e/o quello della mappa grezza dei rischi. Lo stesso sistema informativo di base sul quale poggia l'esperienza dell'U.S.L. 9 ha quale finalità ultima quella di riuscire a leggere in modo integrato il formale e l'informale, basandosi

sulla sensibilità dell'operatore a «usare» correttamente l'informazione nel suo lavoro e a fornirla ai livelli decisionali.

10.4. - Ultima ipotesi di lavoro sulla quale è avviato uno specifico progetto è quella di una *diffusione del modello sperimentato nella U.S.L. 9 a tutto l'ambito provinciale composto da altre cinque Unità Sanitarie Locali.*

Il percorso è analogo. L'obiettivo è sì quello di impostare il sistema informativo di base in tutte le Unità Sanitarie Locali ma anche e soprattutto di definire per un bacino di utenza considerato ottimale per una programmazione di medio periodo (415 mila abitanti) un minimo di base informativa capace di presidiare i fenomeni di salute più importanti (rischi/danni ambientali, mortalità, ricorso ai servizi, bisogni espressi da alcune categorie di popolazione...) e fornire strumenti più adeguati di conoscenza, decisione e valutazione.

## 11. - Alcune conclusioni (provvisorie)

Le difficoltà, i vincoli ed i problemi individuati in sede di formulazione del progetto non sono stati certo eliminati. In particolare permangono le paure, le resistenze di molti responsabili tecnici e politici, in parte motivate da limiti culturali ma oggi senza dubbio più legate a interessi precisi di potere e di controllo che una informazione adeguata, finalizzata e partecipata metterebbe inesorabilmente in discussione. Contro resistenze di questo tipo è possibile fare ben poco.

Ci sono ancora ampi strati istituzionali che sottovalutano il problema dell'informazione, che non colgono l'esigenza di processualità nel lavo-



ro e sarebbero molto più tranquilli se fosse posta la parola fine al lavoro con la consegna di un prodotto finito senza ripensamenti e ulteriori «ricerche». È sempre la logica efficientistica che emerge, che è disposta a concedere poco in termini di tempo, di risorse professionali e tecniche a un'impresa che non paga nell'immediato. Questo condiziona l'operatività dei referenti dei servizi spesso in modo determinante. Anche la Relazione Annuale che pure è un prodotto garantito ormai da anni, non è strumento utilizzato adeguatamente, per le potenzialità che contiene; è piuttosto vissuta come atto dovuto, burocratico. Le decisioni hanno altri percorsi, altri supporti, altre motivazioni di fondo che non la «realtà» e i bisogni di salute.

Ma vale la pena sottolineare che un'idea di fondo è passata. Il Sistema informativo non è una struttura, un ufficio, un qualcosa di separato ma è prima di tutto una funzione, un modo di operare, di lavorare all'interno del sistema sanitario. Un sistema concepito così come abbiamo cercato di descriverlo, ha una architettura estremamente distribuita; necessita di modalità di funzionamento a rete, non di strutture gerarchiche. Questa è la vera scommessa.

«Le organizzazioni - sottolinea E. Morin - sono contemporaneamente a-centrate (giocate su interazioni spontanee) policentriche (con vari centri decisionali e di controllo) e centrate (con un preciso centro decisionale). L'organizzazione sanitaria non sfugge a questa caratteristica delle organizzazioni» (28).

Il sistema informativo è chiamato a rispondere a esigenze contrapposte, spesso, in un sistema organizzativo caratterizzato (29):

- da poli decisionali autonomi e restii ad accettare qualsiasi modello imposto (Stato, Regioni, Comuni, U.S.L....);
- da più soggetti coinvolti. Il Sistema informativo deve saper rispondere a più soggetti (gli amministratori, i responsabili tecnici a vari livelli, gli operatori, ecc...) che hanno spesso linguaggi, obiettivi, cultura

diversa e a volte non comunicante;

- il Sistema sanitario si è più volte detto che si connota come sistema aperto, influenzato e influenzabile «dall'ambiente» nel quale è inserito. Ciò fa sì che non si possano prevedere modelli di sistema informativo generali, costruiti a tavolino. Un sistema informativo utile non può che essere il risultato di una collaborazione attiva tra più soggetti che spesso hanno linguaggi diversi, ancor prima di avere obiettivi diversi. Soggetti cioè che hanno interessi diversi, che si occupano di spezzoni della realtà sociale apparentemente senza collegamenti ma in realtà finalizzati, anche se, spesso, in modo inconsapevole, alla realizzazione di un progetto di salute preciso (30).

Ritorna in conclusione il concetto di sistema e della complessità del sistema sanitario inserito nel più ampio sistema sociale. Ciò che è stato fatto risente di molti fattori che «definiscono» la complessità del sistema sanitario. Evidenziare questo evita rischi di facili giudizi negativi o positivi, certamente sottolinea l'irripetibilità di un progetto di questa natura e certamente alla fine, qualora se ne tentasse la fattibilità, i prodotti non sarebbero omogenei. Ma ciò che più interessa sottolineare della nostra esperienza è che il progetto è cresciuto con il suo farsi, con il suo realizzarsi. In alcuni casi sono stati abbandonati obiettivi troppo ambiziosi, in altri casi si sono presentate possibilità, risorse fino a quel momento impensate. Sta alla capacità dei conduttori saper cogliere opportunità e ridefinire tempi e modi dell'azione allorché le condizioni lo richiedano, senza rinunciare ai principi. È per questo che, sia pure sinteticamente, si è voluto richiamare i principi, i presupposti, le linee guida del progetto. Sono quelle che dovrebbero condizionare la struttura di possibili progetti di lavoro orientati alla costruzione di un sistema informativo di U.S.L..

## Note

- (1) La Rosa M., La struttura sanitaria italiana come "sistema" organizzativo e ruolo dell'informazione, in AA.VV., *Sistema informativo e Unità Sanitaria Locale*, Angeli, Milano, 1982, 17-43.  
Nucci R., Un sistema informativo per l'Unità Sanitaria Locale, *Quale salute*, 5, 1980, 19-24.
- (2) AA.VV., *La politica dell'informazione nel sistema socio-sanitario. Ipotesi teoriche e sperimentazione*, Atti del seminario di Villalago 1977, Le Monnier, Firenze, 1979.  
AA.VV., *Sistema informativo locale e servizi territoriali*, Quaderni della Fondazione Agnelli, 1979.
- (3) Morin E., *Il metodo: ordine, disordine e organizzazione*, Feltrinelli, Milano, 1985.  
Escarpit R., *Teoria dell'informazione*, Ed. Riuniti, Roma, 1979.  
Prigogine J., *Dall'essere al divenire*, Einaudi, Torino, 1982.  
Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1985.  
Bocchi G., Ceruti M. (a cura di), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano, 1985.
- (4) Morin E., *op. cit.*
- (5) Si vedano gli articoli 5, 49, 55, 56, 58 della legge 833 del 1978 e le varie stesure dei progetti di Piano Sanitario Nazionale.  
Palumbo R., *Programmazione i servizi sanitari di base*, NIS, Roma, 1980.
- (6) Florindo N., *Strategie e strumenti per l'informazione sanitaria*, Angeli, Milano, 1987.
- (7) Desideri M., Elementi di informatica sanitaria, in AA.VV., *Sistema informativo e Unità Sanitaria Locale*, Angeli, Milano, 1982, 301-323.  
Manacorda P., *Informatica sanitaria*, Feltrinelli, Milano, 1979.  
Florindo N., *op. cit.*  
Rapporto conclusivo delle commissioni su "Informatica ed epidemiologia" istituite dal Ministero della Sanità nel 1980, in *Quale salute*, 5, 1980 e in *Epidemiologia e prevenzione*, 12-13, 1980.
- (8) Nella stesura della proposta di Piano Sanitario Nazionale presentata alle Camere a seguito della legge 595 del 1985 si legge tra l'altro: "Le apparecchiature elettroniche compongono un "complesso informatico" che rappresenta solo lo strumento tecnologico avanzato per la elaborazione delle informazioni del sistema informativo. L'acquisizione di apparecchiature elettroniche non significa ancora essersi dotati di un sistema informativo, così come un sistema informativo può essere attivato anche con modalità tradizionali di elaborazione dei dati (schedari, apparecchiature elettromagnetiche). La complessità delle informazioni da gestire consiglia di ricorrere sempre più estesamente all'automazione elettronica. Tuttavia è prioritaria l'attenzione alla scelta dei dati da acquisire, selezionando solo quelli utili e significativi rispetto ai fenomeni da conoscere o alle attività da gestire ed elaborando, direttamente o con il supporto di istituzioni consulenziali specializzate, opportuni programmi per l'impiego delle informazioni".
- (9) L'Organizzazione Mondiale della Sanità sintetizza i requisiti dei sistemi informativi sanitari nelle due regole delle "cinque e" (obiettivi orientati verso l'eziologia, l'efficacia, l'efficienza, l'educazione, l'evaluation/valutazione) e delle "sei p" (fondato sulle caratteristiche: *population based*/basato sulla popolazione e non solo sui malati; *problem oriented*/orientato all'identificazione dei problemi; *person specific*/riferito all'individuo; *provider specific*/specifico per chi deve organizzare e gestire il sistema sanitario; *period specific*/riferito a precisi tempi; *practical*/utile e utilizzabile a fini pratici).
- (10) *Autonomie locali e servizi sociali*, 1, 1981.  
*Quale salute*, 5, 1980.
- (11) AA.VV., *La politica dell'informazione nel sistema socio-sanitario*, Le Monnier, Firenze, 1979.
- (12) Piano Sanitario Regione Toscana 1984-1986 (L.R. 70/1984 all. r)
- (13) Florindo N., *op. cit.*  
Manacorda P., *Il sistema informativo sanitario di base*, NIS, Roma, 1980.
- (14) Cislighi C., Le indagini territoriali, in Muttarini P., Cislighi C., *L'indagine di popolazione. Manuale per operatori socio-sanitari*, NIS, Roma, 1982.

- (15) CEREF, *La nuova cultura della salute: quale sistema informativo per il governo della sanità*, CEREF, Padova, 1984.
- (16) Florindo N., *op.cit.*
- (17) Florindo N., *op.cit.*
- (18) Cislighi C., Sistema informativo sanitario. Aspetti generali, in AA.VV., *Sistema informativo e Unità Sanitaria Locale*, Angeli, Milano, 1982, 147-155.
- (19) Manacorda P., *Il sistema informativo di base*, NIS, Roma, 1980.
- (20) Manacorda P., *Il sistema informativo di base*, NIS, Roma, 1980. Florindo N., *op.cit.*
- (21) Tonelli S., Biocca M., Costa G., *Organizzazione e sistema informativo dei servizi di prevenzione ambientale. Parte I - aspetti generali*, 1988  
Vaccani R., *La direzione per obiettivi e piani di lavoro*, Quaderni di formazione Flerica CISL, Milano, 1983.
- (22) Bottasso F., Taroni F., Tipologia dei sistemi informativi e Piano Sanitario Nazionale, *Quale salute*, 5, 1980, 10-18.
- (23) Bontadini P., L'U.S.L. come sistema organizzativo: ipotesi di analisi e valenze progettuali, in Bontadini P., Rodolfi E., *L'Unità Sanitaria Locale come sistema organizzativo*, Angeli, Milano 1987, 5-33.  
Romei P., *La dinamica dell'organizzazione*, Angeli, Milano, 1986.
- (24) Florindo N., *op.cit.*, 167-175.
- (25) Florindo N., *op.cit.*, 176-194.
- (26) Florindo N., *op.cit.*, 195-203.
- (27) Le definizioni di "indicatore" sono molteplici e accentuano, secondo le esigenze, l'aspetto dell'attendibilità, dell'utilità, della riproducibilità.....  
Alcune definizioni sono riportate in *Epidemiologia e prevenzione*, 19-20, 1983, numero interamente dedicato al problema. Si vedano inoltre:  
Curatolo R., *Indicatori sociali per la Toscana*, Studi e ricerche regionali, Firenze, 1980.

- Cipolla C., Per una metodologia integrata nella costruzione di indicatori ed informatori socio-sanitari, in Donati P.P. (a cura di), *La sociologia sanitaria*, Angeli, Milano, 1983.
- (28) Morin E., *op. cit.*
- (29) Perez de Talens Fernandez A., L'uso degli strumenti di comunicazione nell'ambito del sistema informativo di U.S.L., in Atti del Convegno su "*Scienze sociali e medicina di fronte ai mutamenti comunicativi nel sistema sanitario*", Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 1985.
- (30) Seppilli A., *Conoscere la Riforma sanitaria*, Edizioni delle Autonomie, Roma, 1981.  
Jacques E., *Il Servizio Sanitario*, Etas Libri, Milano, 1981.

**ALLEGATO**

**«SINTESI DEGLI INDICATORI DEI SERVIZI  
DELL'U.S.L. 9 - REGGIO EMILIA»**

a cura di  
**Maria Ravelli**

Assistente Sociale Ufficio Sistema Informativo U.S.L. 9 Reggio Emilia

## Alcune chiarificazioni in merito agli indicatori

Per una lettura più agevole dell'allegato ma anche della sintesi degli indicatori che qui riportiamo di seguito si sottolineano preliminarmente alcuni aspetti importanti:

a) per «obiettivo specifico di servizio» si è inteso di norma la funzione, cioè ciò che il servizio in base alle leggi e/o alle scelte organizzative di U.S.L. è tenuto a svolgere e di cui perciò risponde alla cittadinanza ed alla istituzione. Si sarebbe voluto analizzare le funzioni e le loro modalità di esplicazione attraverso l'individuazione di precisi obiettivi di lavoro (concreti e misurabili) che possano guidare l'attività dei servizi ma l'attuale stato della programmazione non l'ha in molti casi consentito. Ciò rende certamente meno coerente il percorso e in alcuni casi non facilita la correlazione tra funzioni, obiettivi informativi ed indicatori. Coerenza che comunque riteniamo esserci;

b) non si è ritenuto di trasferire in ogni servizio quegli indicatori sulla «produttività» misurata attraverso i centri di costo. Le informazioni sui «costi» dei servizi e dei settori sono contenute negli indicatori forniti dal bilancio. È stata cura del S.I.L. e del responsabile del gruppo Centri di costo valutare la possibilità, e quindi garantirla, di correlare gli indicatori di risultato organizzativo con quelli di uso razionale delle risorse. In quest'ottica si è mosso anche il Servizio Gestione Personale allorché ha predisposto indicatori inerenti la risorsa «personale»;

c) soltanto in alcuni servizi appaiono indicatori inerenti le attività di aggiornamento ed Educazione Sanitaria.

È compito del Servizio Affari Generali produrre indicatori utili ad una valutazione delle due funzioni. È pertanto impegno del referente S.I.L. del Servizio Affari Generali predisporre per tutti i servizi una scheda sintetica delle attività in collegamento con i rispettivi uffici centrali attualmente in fase di organizzazione;

d) come già evidenziato nel corso della relazione non si è ritenuto in questa fase di costruire un autonomo quadro di indicatori generali di U.S.L. (mortalità, natalità, ecc.) ma si è preferito segnalare i luoghi di produzione degli stessi e quindi lasciarli «dentro» i servizi. Successivamente, come già detto, si provvederà ad effettuare una «relazione» secondo la logica dei problemi-obiettivo;

e) è stato già sottolineato che si è teso, per quanto possibile, a garantire le caratteristiche di «sistema» e quindi i rapporti tra gli indicatori dei vari servizi. Per questo allorché vi sono delle funzioni assolate da più servizi si ritrovano indicatori di risultato organizzativo distribuiti là dove vengono effettivamente svolte le funzioni. È il caso, ad esempio, della funzione «controllo alimenti e bevande» che viene monitorizzata al P.M.P., all'Igiene Pubblica ed al Servizio Veterinario. Tenere presente questo permette di evitare eventuali giudizi frettolosi di incompletezza. Sarà compito del gruppo ritrovare attraverso un lavoro specifico di approfondimento la sintesi necessaria;

f) la quasi totalità degli indicatori proposti è ottenibile con le informazioni che attualmente vengono prodotte.

Tuttavia in alcuni casi si è ritenuto utile evidenziare quegli indicatori che sono ritenuti utili ma che potranno essere prodotti solo in una situazione «a regime» delle attrezzature informatiche (cfr. Servizio Assistenza Ospedaliera) oppure che saranno disponibili solo se verranno attivati appositi momenti di rilevazione su campioni strutturati e permanenti (es. le infezioni ospedaliere).

## SERVIZIO IGIENE PUBBLICA

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### 1) Tutela igienica dell'abitato

##### OBIETTIVI INFORMATIVI

##### INDICATORI (Denominazione)

Monitoraggio attività di programmazione ambientale	– Richiesta pareri sui piani di urbanizzazione.
Monitoraggio attività del servizio.	– Incidenza delle varie prescrizioni. – Rispondenza requisiti igienici rispetto alle nuove abitazioni. – Validità richieste intervento. – Incidenza inconvenienti igienici. – Incidenza inconvenienti per antigenicità. – Incidenza inconvenienti per sovraffollamento. – Indice di sovraffollamento.
Capacità di risposta al problema del servizio.	– Incidenza di risoluzione degli inconvenienti.

#### 2) Tutela Igienica Alimenti e Bevande.

Monitoraggio attività sul rilascio delle autorizzazioni per produzione e vendita.	– Incidenza prescrizioni sugli ambienti. – Incidenza prescrizioni sulle attrezzature. – Incidenza delle autorizzazioni sulle prescrizioni. – Incidenza delle richieste.
Monitoraggio attività di vigilanza.	– Controllo sugli esercizi. – Incidenza delle contravvenzioni e delle prescrizioni.
Produttività del servizio.	– Rapporto tra campioni eseguiti e campioni programmati.
Attività di controllo e relativi provvedimenti sugli stabilimenti di produzione.	– Incidenza dei provvedimenti adottati.

### 3) Controllo acque potabili (D.P.C.M. 41/85)

Efficienza controllo in base D.P.C.M. e conformità chimica e batteriologica acque potabili. — Rapporto tra le analisi eseguite e quelle minime richieste dal D.P.C.M. per singolo acquedotto.  
— Non conformità dei campioni per classe (C<sub>1</sub> C<sub>2</sub> C<sub>3</sub> C<sub>4</sub>) e per U.S.L.

Controllo sulle segnalazioni di non conformità. — Incidenza dei provvedimenti di bonifica.  
— Tempo medio intercorrente per la bonifica.

### 4) Tutela Igienica ambiente esterno.

Monitoraggio inconvenienti. — Distribuzione territoriale degli inconvenienti.  
— Soggetti segnalati.  
— Interventi del Servizio.

### 5) Certificazioni medico legali: riconoscimento invalidità civile

Monitoraggio della domanda — Rapporto tra richieste e riconoscimento dell'invalidità.  
— Riconoscimento di invalidità.  
— Riconoscimento di invalidità per apparato.  
— Rapporto tra la presentazione e la valutazione della domanda.  
— Rapporto tra la valutazione della domanda e la definizione amministrativa.

### 6) Profilassi malattie infettive

Monitoraggio dei soggetti portatori sani. — Incidenza della positività dei Tamponi

Monitoraggio diffusione salmonella. — Incidenza coproculture positive.  
— Incidenza coproculture positive sui conviventi.

Monitoraggio diffusione T.B.C. — Incidenza Tine Test positivi a 14 anni.

Monitoraggio diffusione malattie veneree. — Incremento della sifilide.

Monitoraggio diffusione epatiti. — Incidenza epatiti per classi di età e per tipologia.

Monitoraggio frequenza di alcune malattie infettive. — Eventi sentinella.

Monitoraggio campioni positivi per categoria. — Incidenza di Wasserman positivi di CSE, DD, ML, AC, analizzati.  
— Incidenza esame copriologico positivo su LS, COL, COM, analizzati.  
— Incidenza essud. orofaringeo positivo di LS, COL, COM analizzati.

### 7) Registrazione delle cause di morte.

Monitoraggio mortalità — Quoziente di mortalità generale.  
— Quoziente di mortalità per età.  
— Quoziente di mortalità per sesso.  
— Quoziente di mortalità per cause specifiche.

## SERVIZIO MEDICINA PREVENTIVA E IGIENE DEL LAVORO

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI DI SERVIZIO

#### 1) Individuazione e controllo delle principali condizioni di rischio negli ambienti di lavoro

##### OBIETTIVI INFORMATIVI

##### INDICATORI (Denominazione)

Quadro dei rischi territoriali e degli esposti.	— Incidenza per comparto delle aziende. — Incidenza numerica degli addetti per comparto. — Incidenza aziende a rischio. — Incidenza dei lavoratori a rischio per comparto lavorativo. — Incidenza dei lavoratori a rischio elevato.
---	---

#### 2) Tutela delle condizioni di salute e della sicurezza dei lavoratori

##### Quadro dei danni.

- Incidenza infortuni per comparto.
- Frequenza infortuni per comparto.
- Tasso di assenza per infortuni.
- Tasso di assenza per infortuni  $\geq 30$  giorni
- Mortalità per infortuni

##### Monitoraggio malattie professionali.

- Incidenza delle malattie professionali per  
- territorio U.S.L.  
- comparto  
- tipo di malattia professionale

##### Monitoraggio attività e interventi del servizio.

- Censimento e mappazione delle aziende oggetto di intervento del servizio.

##### Controllo insediamenti produttivi.

- Incidenza pareri espressi
- Incidenza pareri di usabilità per comune
- Incidenza pareri negativi di usabilità

#### 3) Conoscenze e quantizzazione dei rischi ambientali

##### Monitoraggio dell'attività di rilevazione ambientale

- Incidenza delle aziende con rilevazione ambientale

#### 4) Coordinamento ed esecuzione degli accertamenti sanitari preventivi e periodici (A.S.P.P.)

##### Monitoraggio delle A.S.P.P.

- Incidenza dei controlli
- Validità dei controlli

#### 5) Vigilanze

##### Monitoraggio delle prescrizioni e modifiche.

- Incidenza delle prescrizioni rispetto alle aziende visitate.
- Incidenza verifiche.
- Incidenza prescrizioni per singoli rischi.

#### 6) Attività di formazione e informazione per i lavoratori

##### Monitoraggio attività

- Quantificazione iniziative
- Incidenze lavoratori «informati» per comparto

#### 7) Attività di formazione e aggiornamento del personale

##### Monitoraggio attività

- Incidenza attività di formazione



## SERVIZIO VETERINARIO

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI SPECIFICI

1) Tutela della salute animale e degli effetti della stessa sulla salute pubblica.

#### OBIETTIVI INFORMATIVI

#### INDICATORI (Denominazione)

Valutazione risorse e spese.	- Incidenza spese. - Spesa unitaria. - Incidenza spesa del personale. - Spesa veterinaria per aree funzionali.
Monitoraggio morbilità umana da parte animale.	- Tassi di zoonosi. - Tassi di tossinfezione. - Tassi di altre contaminazioni. - Denunce di morbilità.
Consistenza patrimonio zootecnico.	- Censimento allevamenti delle diverse specie allevate.
Conoscenza stato sanitario bestiame.	- Focolai di malattie sottoposte a denuncia. - Esiti delle malattie sottoposte a denuncia. - Stato di avanzamento bonifica sanitaria allevamenti.
Consistenza strutture di produzione alimenti di origine animale.	- Tipologia strutture produzione animale. - Distribuzione territoriale strutture produzione animale.
Monitoraggio attività di macellazione.	- Entità capi macellati per specie. - Tipologia strutture di macellazione.
Monitoraggio attività di controllo alimenti origine animale.	- Controlli di Laboratorio. - Tipologia controlli. - Igiene dei locali e attrezzature. - Guardia Igienica.

2) Come da programma di risanamento mantenimento territorio indenne da T.B.C. e B.R.C.

Determinazione interventi diagnostici ed immunizzanti. — Controlli sierologici ed allergici.  
— Interventi immunizzanti per malattia.

3) Attività di informazione ed educazione sanitaria

Monitoraggio attività di informazione ed educazione sanitaria. — Iniziative di informazione ed educazione sanitaria.  
— Attività specifica.

4) Attività di aggiornamento e formazione del personale del servizio

Monitoraggio attività di formazione e aggiornamento. — Monte ore.  
— Operatori coinvolti per ruolo.

## PRESIDIO MULTINAZIONALE DI PREVENZIONE

### FUNZIONE e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### 1) Controlli Alimenti e Bevande.

##### OBIETTIVI INFORMATIVI

##### INDICATORI (Denominazione)

Efficienza del controllo degli alimenti.

- Incidenza dei campioni:
  - analizzati
  - denunciati
  - segnalati
- per produzione
  - locale
  - nazionale
  - internazionale

#### 2) Censimento quali-quantitativo acque superficiali

Qualità dei corsi d'acqua prescelti nel corso dell'anno.

- Incidenza di giudizi positivi di buone caratteristiche biologiche.

#### 3) Controllo di qualità acque profonde.

Qualità acque profonde in prossimità di discariche controllate e contenitori liquami.

- Alterazione qualità acque e/o contenitori liquami.
- Alterazione qualità acque e/o discariche.

#### 4) Controllo acque di scarico.

Effettuazione attività di controllo sugli scarichi autorizzati e individuazione scarichi non regolamentari.

- Scarichi per settore produttivo e per U.S.L.
- Incidenza scarichi non regolamentari per settore produttivo e per U.S.L.

#### 5) Controllo acque potabili DPCM 41/85

Efficienza controllo in base DPCM e conformità chimica e batteriologica acque potabili.

- Rapporto tra le analisi eseguite e quelle minime richieste dal DPCM per singolo acquedotto.
- Non conformità dei campioni per classe (C1 C2 C3 C4) e per U.S.L.

#### 6) Controllo di qualità delle acque superficiali di balneazione

Controllo corsi acqua:

- Enza
- Po
- Secchia

- Non balneabilità per cause chimiche.
- Non balneabilità per cause batteriologiche.

#### 7) Controllo piscine (circ. Ministero Sanità n. 128/71)

Conformità piscine pubbliche e private in base alla circ. n. 128/71

- Controllo vasche grandi e piccole per U.S.L.
- Incidenza non conformità vasche grandi e piccole per U.S.L.

## SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### 1) Ricovero e cura infermi e bisognevoli

##### OBIETTIVI INFORMATIVI

##### INDICATORI (Denominazione)

Monitoraggio domande di ricovero	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tasso di ospedalizzazione (generale)</li><li>- Tasso di attrazione.</li><li>- Tasso di mobilità ospedaliera (monogramma di Gandy).</li><li>- Tasso di mobilità dei ricoverati.</li><li>- Tasso di mortalità per funzione.</li><li>- Incidenza dei ricoveri per classi di età.</li><li>- Ricoverati per sesso.</li><li>- Provenienza territoriale dei ricoverati.</li><li>- Frequenza del ricovero.</li><li>- Tempo di ricovero.</li></ul>
----------------------------------	---

#### 2) Contenimento della durata dei ricoveri nel tempo strettamente necessario

Monitoraggio disponibilità dei posti letto	<ul style="list-style-type: none"><li>- Indice generale di disponibilità di posti letto.</li><li>- Incidenza delle strutture private.</li> <li>- Durata media della degenza.</li><li>- Presenza media giornaliera.</li><li>- Indice di occupazione posti letto.</li><li>- Entrata media giornaliera.</li><li>- Uscita media giornaliera.</li><li>- Indice generale di produttività.</li><li>- Indice specifico di produttività.</li></ul>
--	---

Monitoraggio attività ospedaliera.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Durata media della degenza.</li><li>- Presenza media giornaliera.</li><li>- Indice di occupazione posti letto.</li><li>- Entrata media giornaliera.</li><li>- Uscita media giornaliera.</li><li>- Indice generale di produttività.</li><li>- Indice specifico di produttività</li></ul>
------------------------------------	---

Monitoraggio utilizzazione strutture ospedaliere.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Indice di utilizzazione ospedaliera.</li><li>- Indice di rotazione dei posti letto.</li><li>- Indice di turn-over.</li><li>- Tasso di intervento chirurgico per funzione chirurgica.</li></ul>
---	--

#### 3) Effettuare il trattamento più efficace, meno dispendioso possibile, più razionale nel tempo e più breve possibile.

Monitoraggio produttività dei servizi senza posti letto.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Produttività dei Laboratori<ul style="list-style-type: none"><li>- Chimico-Clinico</li><li>- Microbiologico</li><li>- Anatomia Patologica</li></ul></li><li>- Produttività dell'Anatomia Patologica.</li><li>- Produttività delle Radiodiagnostiche.</li><li>- Produttività del Servizio di Fisiokinesiterapia.</li><li>- Produttività del Pronto Soccorso.</li></ul>
--	---

Monitoraggio attività di consulenza interna interfunzione.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Attività di consulenza a ricoverati.</li></ul>
--	--

#### 4) Effettuare il trattamento più efficace e più razionale nel rispetto delle esigenze del cittadino ricoverato.

Qualità del ricovero.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tasso di infezioni ospedaliere.</li><li>- Piaghe da decubito.</li><li>- Lungodegenze per funzioni.</li></ul>
-----------------------	--

#### 5) Rendere compatibile l'organizzazione del lavoro con la massima efficienza e professionalità.

Monitoraggio utilizzazione delle risorse umane.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Minuti di Assistenza Infermieristica.</li><li>- Carico di posti letto per infermiere.</li><li>- Carico di ricoverati per medico.</li><li>- Tasso di assenza del personale infermieristico per funzione.</li><li>- Incidenza infezioni ospedaliere per il personale.</li></ul>
---	---

## 6) Instaurare processi continui di aggiornamento e formazione

### Attività scientifica diretta

- Partecipazione a Convegni, Congressi, ricerche scientifiche.
- Relazioni a convegni e congressi, ecc...
- Pubblicazioni.

## SERVIZIO IGIENE MENTALE E ASSISTENZA PSICHIATRICA

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### 1) Accettazione domanda organizzazione risposta terapeutica

##### OBIETTIVI INFORMATIVI

##### INDICATORI (Denominazione)

##### Caratteristiche generali utenza

- Utenza complessiva e popolazione territorio.
- Utenza per sesso, età e diagnosi.
- Utenza per diagnosi e condizione non professionale.
- Utenza per diagnosi e provenienza richieste.
- Durata media del rapporto terapeutico.
- Rapporto nuova utenza e utenza all'1/1.
- Turn-Over Utenza (movimento in entrata e in uscita degli utenti al 31/12).
- Pazienti dimessi sull'utenza complessiva.

##### Caratteristiche primo contatto utenza

- Prime visite per sesso, età e diagnosi.
- Prime visite per diagnosi e condizione professionale.
- Prime visite per diagnosi e provenienza richieste.
- Variazioni prime visite.
- Variazione presi in carico.
- Distribuzione patologica presi in carico.
- Variazione patologica nuova utenza.
- Presi in carico sul totale prime visite (Drop-out).
- Tempo medio attesa utenza ( $\Delta T$ ).

##### Caratteristiche patologiche e luogo di intervento

- Urgenza e totale interventi.
- Distribuzione diagnosi e urgenze.
- Interventi ambulatoriali e totale interventi.
- Interventi per tipo e n. operatori rispetto alla diagnosi.

## 2) Discriminazione risoluzione difficoltà socio-economiche

Monitoraggio necessità economiche utenza — Necessità economiche espresse.  
— Distribuzione diagnosi-sussidi concessi e diagnosi utenza totale.  
— Importo medio sussidi.  
— Sussidi concessi per sesso-età-diagnosi.  
— Coperture necessità economiche espresse.

## 3) Accettazione domanda organizzazione risposta terapeutica

### a) Soddisfacimento richiesta terapeutica-assistenziale

Prestazioni terapeutiche e patologie utenza — Interventi farmacologici e totale interventi.  
— Interventi psicologici e totale interventi.  
— Interventi farmacologici e utenza complessiva.  
— Interventi psicologici e utenza complessiva.

Distribuzione e tipologia ricoveri — Totale ricoveri area e popolazione area.  
— Totale persone ricoverate e popolazione area.  
— Totale ricoveri volontari SPDC équipes e totale ricoveri volontari équipes.  
— Totale ricoveri volontari clinica équipes e totale ricoveri volontari clinica dell'area.  
— Totale utenti con TSO e utenza complessiva.  
— N. utenti con TSO > 1 e totale utenti con TSO.  
— N. utenti con SPDC e totale persone dell'area con SPDC  
— N. utenti con ricovero clinica e totale persone ricovero clinica.

## b) Soddisfacimento richiesta terapie psichiatriche ospedaliere

Caratteristiche utenza — N. ricoveri TSO sul totale ricoveri.  
— Ricoveri TSO - U.S.L. 9 e totale ricoveri TSO.  
— Ricoveri TSO non U.S.L. 9 per U.S.L. di provenienza.  
— Ricoveri volontari U.S.L. 9 sul totale ricoveri volontari.  
— Ricoveri volontari non U.S.L. 9 per U.S.L. di provenienza.  
— Ricoveri volontari U.S.L. 9 di utenti S.I.M.A.P. e totale ricoveri U.S.L. 9 volontari.  
— Ricoveri volontari non U.S.L. 9 di utenti S.I.M.A.P. e totale ricoveri volontari non U.S.L. 9.  
— Utenti con TSO e totale utenti ricoverati.  
— Utenti con TSO non U.S.L. 9 per U.S.L. di provenienza.  
— Utenti con TSO U.S.L. 9 e totale utenti con TSO.  
— Utenti con TSO per sesso-età-diagnosi.

Caratteristiche movimento utenza — Totale giorni di degenza.  
— Degenza media.  
— Presenza media giornaliera.  
— Indice occupazione posti letto.  
— Intervallo di Turn-Over.  
— Indice di rotazione.

Caratteristiche assistenza — Rapporto medici e posti letto.  
— Rapporto infermieri e posti letto.  
— Spesa media farmaci per utente per giorno.

### c) Refertazione e risposta necessità terapeutica contingente

Monitoraggio utenza e attività — Consulenze in reparto e totale consulenze.  
— Consulenze in reparti Ospedale e totale consulenze.  
— Medie consulenze per Medico.

*d) Soddisfacimento assistenza diurna e/o continuativa*

Caratteristiche utenza	<ul style="list-style-type: none"><li>- Totale ricoveri residenziali e totale ricoveri.</li><li>- Utenza totale (residenziale/semiresidenziale).</li><li>- Turn-Over totale (residenziale/semiresidenziale).</li><li>- Utenti semiresidenziali e totale utenti.</li></ul>
Caratteristiche movimento utenza	<ul style="list-style-type: none"><li>- Totale giorni degenza residenziale.</li><li>- Totale giorni degenza semiresidenziale.</li><li>- Degenza media residenziale.</li><li>- Degenza media semiresidenziale.</li><li>- Presenza media giornaliera residenziale.</li><li>- Presenza media giornaliera semiresidenziale.</li><li>- Indice occupazione posti letto residenziale.</li></ul>
Caratteristiche Assistenza	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rapporto operatori e posti letto.</li><li>- Spesa media farmaci per utente e per giorno</li></ul>

*e) Soddisfacimento richiesta psicoterapie specifiche*

Monitoraggio utenza e attività	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utenza complessiva e popolazione territoriale.</li><li>- Durata media rapporto terapeutico.</li><li>- Rapporto nuova utenza e utenza al 31/12.</li><li>- Turn-over utenza.</li><li>- Utenti dimessi e utenza complessiva.</li><li>- Totale interventi e utenza complessiva.</li><li>- Totale interventi e totale operatori.</li></ul>
--------------------------------	---

4) Gestione lungodegenza residua ex Ospedale Psichiatrico

*a) Soddisfacimento assistenza e cura lungodegenti*

Monitoraggio utenza e attività	<ul style="list-style-type: none"><li>- Degenti U.S.L. 9 sul totale degenti al P1/1.</li><li>- Totale decessi su degenti U.S.L. 9.</li><li>- Totale dimessi su degenti U.S.L. 9.</li><li>- Distribuzione - destinazione dimessi U.S.L. 9.</li><li>- Totale decessi degenti non U.S.L. 9.</li><li>- Totale dimessi sui degenti non U.S.L. 9.</li><li>- Distribuzione - destinazione dimessi non U.S.L. 9.</li><li>- Totale decessi sul totale dei degenti.</li><li>- Totale dimessi sul totale dei degenti.</li><li>- Degenti al 31/12.</li><li>- Distribuzione degenti per sesso, età, diagnosi.</li><li>- Giornate totali di degenza.</li></ul>
--------------------------------	--

## SERVIZIO MATERNO INFANTILE

### FUNZIONE e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### 1) Tutela malattie infettive

##### OBIETTIVI INFORMATIVI

##### INDICATORI (Denominazione)

Monitoraggio Vaccinazioni Obbligatorie

- Tasso di vaccinazione.
- Tipo di vaccinazione.

Monitoraggio Vaccinazioni Facoltative

- Tasso di vaccinazione.
- Tipo di vaccinazione.

#### 2) Controllo delle malattie infettive

Monitoraggio delle malattie infettive

- Tasso di incidenza delle malattie infettive.
- Tipologia delle malattie infettive per area territoriale.

#### 3) Prevenzione e riduzione della carie e delle malocclusioni

Monitoraggio dell'attività del Centro Odontoiatrico

- Tasso di incidenza delle anomalie dentarie.
- Risultati dell'attività.
- Lista d'attesa.
- Carico orario per personale medico.
- Carico di lavoro per operatori non medici.

#### 4) Conoscenza degli incidenti o violenze occorse all'infanzia

Monitoraggio degli incidenti

- Tasso di incidenza.
- Esiti dell'incidenza.
- Casistica degli incidenti.

#### 5) Prevenzione (secondaria), cura e riabilitazione dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'Infanzia.

a) Attività consultoriale specialistica tendente all'abbattimento dei tempi della prevenzione secondaria.

Analisi di funzionamento dei filtri

- Tipologia della segnalazione.
- Novità e variazioni della casistica.
- Coerenza delle segnalazioni.
- Soggetti segnalati.

Monitoraggio capacità di risposta del settore N.P.I.

- Tempi per il primo appuntamento.
- Bambini visti.
- Operatori che rispondono.
- Esito all'Osservazione.

b) Attività di presa in carico e programmazione terapeutica per i soggetti con patologia

Attività di presa in carico

- Presa in carico per terapie lunghe.
- Tempo di osservazione.

Monitoraggio interventi

- Interventi per tipologia.
- Interventi per operatori e per diagnosi.
- Interventi per luogo di effettuazione.
- Esiti dell'attività terapeutico-riabilitativa.
- Inserimenti scolastici.
- Formazione professionale.
- Inserimenti lavorativi.

#### 6) Tutela sanitaria e sociale della procreazione libera e responsabile della maternità

Monitoraggio delle gravidanze seguite dai Consultori

- Accesso gravide ai Consultori.
- Gravidanze a rischio.
- Quantità prestazioni.
- Tipologia del parto.
- Età 1ª gravidanza.
- Frequenza a corsi.
- Tasso di attrazione natalità.
- Provenienza natalità.

Monitoraggio dell'utilizzo dei metodi contraccettivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utenza contraccezione.</li> <li>- Tipologia per contraccezione.</li> <li>- Ritorni dopo I.V.G.</li> </ul>
Monitoraggio I.V.G.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provenienza utenza.</li> <li>- I.V.G. per minorenni.</li> <li>- Professione delle donne.</li> <li>- Precedenti I.V.G.</li> <li>- Figli precedenti.</li> <li>- Utenza per certificazioni.</li> </ul>
Monitoraggio attività Consultorio Familiare relativamente alla 1ª utenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primi utenti.</li> <li>- 1ª utenza per classi d'età.</li> <li>- 1ª utenza per condizione professionale.</li> <li>- 1ª utenza per tipo di prestazione.</li> <li>- Primi utenti.</li> </ul>
Monitoraggio dell'attività nel puerperio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utenza</li> </ul>
Monitoraggio natalità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quoziente di natalità.</li> <li>- Quoziente di natalità sulla popolazione fertile.</li> <li>- Quoziente di mortalità.</li> </ul>
Monitoraggio mortalità infantile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mortalità Perinatale.</li> <li>- Causa mortalità perinatale.</li> <li>- Mortalità infantile.</li> <li>- Cause mortalità infantile.</li> <li>- Quoziente nati - mortalità.</li> </ul>
Monitoraggio malformazioni congenite	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frequenza.</li> <li>- Tipo di malformazioni.</li> </ul>
Monitoraggio delle risorse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale.</li> </ul>

#### 7) Riduzione dell'istituzionalizzazione dei minori

Analisi dei ricoveri in Istituto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasso generico di istituzionalizzazione nella U.S.L. n. 9.</li> <li>- Provenienza dei bambini.</li> <li>- Tipologia dei ricoveri.</li> <li>- Tempi di permanenza.</li> <li>- Nuove ammissioni.</li> </ul>
----------------------------------	--

Monitoraggio delle dimissioni dagli Istituti o gruppi appartenenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasso dimissioni.</li> <li>- Motivazioni delle dimissioni.</li> </ul>
--	--

#### 8) Tutela dei minori e loro famiglie in stato di disagio psico-sociale

Monitoraggio dei nati illegittimi ed esposti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quoziente di illegittimità.</li> <li>- Tipologia degli interventi sostitutivi della famiglia.</li> </ul>
Analisi dei servizi integrativi della famiglia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipologia di interventi integrativi.</li> <li>- Risoluzione.</li> </ul>
Analisi dei provvedimenti amministrativi sui minori (D.P.R. n. 616 art. 23 p.c.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasso di incidenza dei soggetti assistiti.</li> <li>- Età e territorialità dei soggetti segnalati al Tribunale per minorenni.</li> <li>- Tipologia della segnalazione per area territoriale.</li> </ul>



## C.T.S.T.

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### Analisi della situazione delle tossicodipendenze

OBIETTIVI INFORMATIVI	INDICATORI (Denominazione)
Diffusione delle Tossicodipendenze	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tasso di prevalenza dei tossicodipendenti nella popolazione giovanile.</li><li>- Tasso di incidenza dei nuovi casi.</li></ul>
Mortalità diretta di tossicodipendenze	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tasso di mortalità dei tossicodipendenti.</li></ul>
Risoluzione della Tossicodipendenza	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tasso di recupero.</li><li>- Inserimenti lavorativi.</li></ul>

## SERVIZIO MEDICINA DI BASE

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### 1) Organizzazione / Gestione e controllo attività specialistica

OBIETTIVI INFORMATIVI	INDICATORI (Denominazione)
Monitoraggio ricorso alla specialistica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Frequenza del ricorso</li><li>- Incidenza delle varie branche sul totale richieste</li><li>- Incidenza dei vari soggetti prescrittori</li><li>- Provenienza territoriale delle richieste</li></ul>
Monitoraggio risposte	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prestazioni in rapporto alle richieste</li><li>- Esami di laboratorio</li><li>- Esami radiologici</li><li>- Esami radioimmunologici</li><li>- Prestazioni di fisioterapia</li><li>- Capacità di risposta dei vari presidi</li><li>- Attività libero professionale</li></ul>
Monitoraggio delle risorse	<ul style="list-style-type: none"><li>- Disponibilità oraria</li><li>- Produttività</li><li>- Tempi d'attesa</li></ul>

#### 2) Organizzazione/Gestione e controllo assistenza Guardia Medica, Festiva-Prefestiva e notturna

Monitoraggio attività di Guardia Medica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Frequenza del ricorso</li><li>- Incidenza visite ambulatoriali e domiciliari</li><li>- Produttività</li><li>- Costo unitario per chiamata</li><li>- Carico orario dei Medici</li></ul>
---	--

#### 3) Organizzazione/Gestione e controllo attività assistenza integrativa

Monitoraggio attività assistenza integrativa	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rimborsi a invalidi e altre categorie</li></ul>
--	---

#### 4) Organizzazione/Gestione e controllo assistenza Medico/Generica e Pediatrica

Monitoraggio della attività di Medicina Generale — Relazione tra medico e assistito  
— Distribuzione dei medici per n. di scelte  
— Popolazione assistita da medici con diversi carichi  
— Spesa per assistenza di Medicina Generale

Monitoraggio dell'attività di Medicina Pediatrica di libera scelta — Relazione tra medici pediatri e assistiti  
— Distribuzione dei medici per n. di scelta  
— Popolazione assistiti da medici pediatri con diversi carichi  
— Spesa per assistenza di Medicina Pediatrica

Monitoraggio delle prestazioni extra — Costo totale prestazioni extra

#### 5) Organizzazione/Gestione e controllo assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare

Monitoraggio della domanda — Tasso di assistenza infermieristica  
— Tasso di incidenza delle patologie  
— Provenienza della domanda

Monitoraggio della capacità di risposta — Disponibilità oraria  
— Incidenza nuova utenza sul totale  
— Efficacia del servizio  
— Tasso di potenziale cronicizzazione  
— Incidenza dei ricoveri degli assistiti in assistenza infermieristica  
— Integrazione con gli altri servizi  
— Prevalenza degli interventi

#### 6) Organizzazione/Gestione e controllo assistenza farmaceutica

Monitoraggio consumo e spesa farmaceutica — Ricettazione per assistiti  
— Richiesta indotta  
— Spesa per assistito  
— Esenzione tickets  
— Incremento ricette  
— Incremento spesa  
— Costo medio per ricetta  
— Numeri pezzi per ricetta  
— Spesa farmaceutica pediatrica  
— Incidenza prescrizione pediatrica  
— Prescrizione pediatrica per assistito  
— Tipologia farmaci pediatrici  
— Spesa farmaceutica pediatrica (per medico)  
— Incidenza prescrizioni medico generico  
— Prescrizioni medico generico per assistito  
— Tipologia farmaci  
— Spesa farmaci per medico  
— Spesa farmaci ospedaliera  
— Spesa per reparto e parafarmaci  
— Spesa farmaci nei presidi territoriali

## SERVIZIO SOCIALE

### FUNZIONE e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### 1) Prevenzione e rimozione ostacoli al pieno sviluppo della persona

##### OBIETTIVI INFORMATIVI

##### INDICATORI (Denominazione)

Analisi dell'assistenza sociale degli anziani	-	Tasso generale di assistenza	per:	- Distretto
				- Comune
				- U.S.L. 9
				- Tasso generale di assistenza economica

#### 2) Mantenimento e reinserimento della persona nel proprio ambiente di vita

Monitoraggio attività di assistenza domiciliare	-	Tasso generale di assistenza domiciliare	per:	- Distretto
				- Comune
				- U.S.L. 9
				- Tasso generale di assistenza domiciliare per classe d'età
				- Tasso generale di assistenza domiciliare per sesso
				- Tasso di ammissione all'assistenza domiciliare
				- Classi di età dei nuovi casi di assistenza domiciliare
				- Cassazioni assistenziali in assistenza domiciliare
				- Calcolo di mobilità di assistenza domiciliare
				- Carico assistenziale sul personale di assistenza domiciliare

#### 3) Assicurare risposte ad esigenze di cittadini non autosufficienti e/o inabili mediante presidi tutelari residenziali o semiresidenziali

Monitoraggio attività assistenziale di ricovero degli anziani	-	Tasso generale di istituzionalizzazione	- Tassi territoriali di ricovero per distretto, comune e U.S.L. 9.
			- Tasso di incidenza di istituzionalizzazione
			- Classi di età dei nuovi ricoveri
			- Tasso di offerta di ricovero per:
			- Enti pubblici
			- Enti privati
			- Enti privati convenzionati (ex L.R. 2/85)

#### 4) Favorire la permanenza e l'integrazione nell'ambiente familiare e sociale di appartenenza anche attraverso l'inserimento lavorativo

Assistenza ai portatori di handicaps	-	Tasso generale di assistenza	- Tasso generale di assistenza per classi di età
			- Tasso di incidenza delle classi di età degli assistiti
			- Tasso di assistenza mediante sussidio
			- Tasso di assistenza mediante assistenza domiciliare
			- Tasso di assistenza mediante ricovero
			- Tipologia degli handicaps degli assistiti
			- Percentuale di invalidità negli handicappati suddivisa in classi
			- Costo complessivo assistenza handicappati
			- Costo per tipologia di intervento assistenziale

- Analisi dell'avviamento al lavoro dei portatori di handicaps
- Tasso di avviamento al lavoro dei portatori di handicaps attraverso il Servizio Sociale
  - Tasso di avviamento al lavoro di handicappati in Enti convenzionati
  - Incidenza degli avviamenti al lavoro di handicappati nell'anno
  - Tasso di assunzioni lavorative dei portatori di handicaps
  - Tasso di inserimenti lavorativi vari di portatori di handicaps
  - Entità della lista d'attesa all'avviamento al lavoro di handicappati

## SERVIZIO AFFARI GENERALI

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI SPECIFICI

1) Tendenziale riduzione a zero dei tempi morti fra presentazione della proposta di delibera ed approvazione della stessa da parte del Comitato di Gestione

#### OBIETTIVI INFORMATIVI

#### INDICATORI (Denominazione)

Monitoraggio tempi di attesa fra presentazione proposta di delibera ed approvazione della stessa

- Tempo di attesa degli argomenti iscritti
- Tempi di attesa normali di formalizzazione delle delibere
- Incidenza delle urgenze

Monitoraggio attività del Comitato di Gestione

- Produttività gestionale
- Tipologia decisionale
- Produttività delle sedute

2) Tendenziale riduzione a zero dei rilievi da parte del CO.RE.CO.

Monitoraggio esiti CO.RE.CO.

- Esiti delibere sottoposte al CO.RE.CO.

3) Verificare la produttività e l'attività dell'Ufficio di Direzione

Monitoraggio attività dell'Ufficio di Direzione

- Produttività direzionale
- Tipologia decisionale
- Tipologia argomenti trattati

4) Tutelare gli interessi legali e patrimoniali dell'U.S.L.

Monitoraggio attività legale

- Evoluzione dei patrocini legali
- Tipologia dei ricorsi

**5) Garantire gli interessi patrimoniali dell'U.S.L.**

- Monitoraggio attività contrattuale
- Entità dei contratti
  - Convenienza economica:
    - 1) Intervento di manutenzione
    - 2) Utilizzo reale della struttura
  - Convenienza organizzativa:
    - 1) Accessibilità
    - 2) Adeguatezza spazi

**6) Accrescere il patrimonio librario, verificarne l'utilizzo e garantirne l'uso**

- Monitoraggio spesa ed acquisti
- Entità della spesa
  - Entità acquisti
- Utilizzo del patrimonio librario
- Entità prestiti
  - Prestiti per tipologia

**7) Garantire un'adeguata strumentazione tecnica e relativa consulenza ai Servizi che ne fanno richiesta**

- Monitoraggio interventi di consulenza
- Quantità e tipo di consulenza
  - Quantità e dislocazione della strumentazione

**8) Garantire un'adeguata risposta, in termini di qualità e rispetto dei tempi, alle richieste informatiche dei Servizi**

- Monitoraggio risposta alle esigenze informatiche dei Servizi
- Tipologie richieste
  - Tempi di attesa delle richieste

**9) Attività di 1ª formazione e formazione permanente**

- Monitoraggio attività di 1ª formazione
- Iscrizione 1° anno di corso
  - Diplomi a fine corso
  - Collocazione lavorativa
  - Provenienza insegnanti

- Monitoraggio attività di formazione permanente
- Incidenza delle varie forme di aggiornamento
  - Incidenza del costo delle varie tipologie
  - Costo unitario aggiornamento secondo la tipologia rispetto agli operatori coinvolti
  - Partecipazione operatori per ruolo professionale
  - Partecipazione nuovi operatori

**10) Attività di informazione ed educazione sanitaria**

- Monitoraggio attività di informazione/educazione sanitaria
- Iniziative di informazione/educazione sanitaria

**11) Attività specifiche**

- Monitoraggio attività specifiche
- Tipologia pubblicazioni

**12) Attività di aggiornamento e formazione del personale del Servizio**

- Monitoraggio attività di formazione e aggiornamento
- Aggiornamento interno all'U.S.L. e/o al Servizio
  - Aggiornamento esterno
  - Aggiornamento in generale

## SERVIZIO BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### 1) Controllo allocazione delle risorse

##### OBIETTIVI INFORMATIVI

##### INDICATORI (Denominazione)

Monitoraggio budget di Centri di Costo	— Scostamento dei risultati dalle previsioni — Scostamento dei risultati da Standards di riferimento
Individuazione del flusso monetario della spesa produttiva dell'azienda	— Riclassificazione a costo del venduto e del ricavato

#### 2) Gestione del Bilancio di competenza

Analisi di correttezza dei processi di previsione e individuazione di eventuali politiche di bilancio	— Scostamento dell'impegno dallo stanziamento — Scostamento dell'accertamento dallo stanziamento — Rapporto tra impegno e stanziamento — Rapporto tra accertamento e stanziamento
---	--

#### 3) Gestione del Bilancio di Cassa

Analisi correttezza processi di previsione dei flussi monetari	— Scostamento del pagato dallo stanziamento — Scostamento delle riscossioni dagli stanziamenti
Analisi capacità finanziaria di far fronte per un dato periodo agli impegni da onorare	— Rapporto tra ordinazione e massa spendibile

## SERVIZIO PERSONALE

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### 1) Determinazione e gestione piante organiche

##### OBIETTIVI INFORMATIVI

##### INDICATORI (Denominazione)

Tipologia del Personale in servizio	— Risorse di Personale di ruolo — Risorse di Personale per servizio — Tempo di lavoro del Personale dipendente
Monitoraggio consistenza e dinamiche del Personale dipendente	— Personale per età e sesso — Incremento del personale
Monitoraggio dinamiche del Personale di ruolo	— Indici del Turn-Over
Rapporto tra Personale di ruolo e non di ruolo nel Personale dipendente	— Tasso di lavoro precario
Monitoraggio offerta del mercato del lavoro	— Consistenza delle graduatorie
Rilevazione delle modificazioni nella P.O.	— Consistenza dei posti vacanti

#### 2) Verifica attività di servizio del Personale dipendente

Rilevazione delle assenze	— Tasso generale di assenza — Assenze per causa
Rilevazione godimento diritti dei lavoratori	— Ferie non godute nell'anno — Attività di controllo fiscale — Provvedimenti disciplinari — Accertamenti di invalidità per causa di servizio

### 3) Garanzia Stato Giuridico ed Economico del Personale U.S.L.

Costo del Personale	– Costo complessivo del Personale dipendente
	– Incidenza delle competenze accessorie
	– Costi di alcune competenze accessorie
	– Consistenza del lavoro straordinario
	– Costo del Personale convenzionato

### SERVIZIO ATTIVITÀ TECNICHE

#### FUNZIONI e/o OBIETTIVI DEL SERVIZIO

##### 1) Mantenimento in servizio delle strutture sanitarie esistenti

OBIETTIVI INFORMATIVI	INDICATORI (Denominazione)
Monitoraggio attività di manutenzione	– Incidenza dell'attività svolta con personale interno ed esterno (ore lavorate) – Interventi effettuati – Provenienza della domanda
Efficienza degli interventi di manutenzione	– Incidenza dei piccoli interventi (eseguiti in un tempo di lavoro $\leq$ al giorno lavorativo) – Richieste inevase – Tempi di risposta – Motivazione di eventuali tempi di attesa
Capacità di programmazione del servizio	– Interventi effettuati – Costi sostenuti

##### 2) Ristrutturazione, riconversione delle strutture esistenti e nuova progettazione

Monitoraggio attività	– Tempi di progettazione – Tempi di esecuzione – Tempi di consegna – Variazione costi
-----------------------	--

##### 3) Pareri tecnici su acquisti e scelte organizzative dell'U.S.L.

Monitoraggio attività	– Consistenza delle richieste
-----------------------	-------------------------------

##### 4) Organizzazione e gestione autorimesse e parco automezzi U.S.L.

Comparazione con costo esterno per pari servizio	– Costo autovettura a guida libera – Costo autovettura con autista – Incidenza costi auto per servizio
--	--

Programmare la sostituzione parco automezzi	– Immatricolazione
---	--------------------

## SERVIZIO ECONOMATO E APPROVVIGIONAMENTI

### FUNZIONI e/o OBIETTIVI SPECIFICI

#### 1) Segreteria

#### OBIETTIVI INFORMATIVI

#### INDICATORI (Denominazione)

Produttività del lavoro Amministrativo

- Atti deliberativi prodotti nell'anno per addetto alla segreteria
- Posizioni di archivio (relative ad acquisti e vendite) accese nell'anno per addetto alla segreteria
- Media di n° di protocollo per addetto all'archivio nell'anno

Qualità del lavoro Amministrativo

- Incidenza % degli atti deliberativi soggetti a rilievi sul totale
- Incidenza % degli atti deliberativi annullati sul totale

#### 2) Settore acquisti

Produttività del lavoro Amministrativo

- N° medio di gare attivate per addetto
- Incidenza % dei vari tipi di gare sul totale delle gare
  - licitazioni europee
  - appalti con. eur.
  - licitazioni private
  - appalti concorso
  - trattative private
- N° medio di buoni d'ordine emessi nell'anno per addetti
- Fatturato medio per addetto nell'anno

Qualità lavoro Amministrativo

- Tempo medio di risposta (per materiali non gestiti dal magazzino e per i servizi)
- Rotazione dei fornitori

#### 3) Settore ospitalità

Efficienza economica del servizio lavanderia-guardaroba

- Rapporto tra costo di produzione del servizio lavanderia - guardaroba e pezzo d'acquisto sul mercato del corrispondente servizio (noleggio biancheria)

Qualità del servizio lavanderia guardaroba

- Disponibilità biancheria

Efficienza economica del Servizio di cucina

- Rapporto tra costo di produzione di un pasto e prezzo medio di acquisto di un corrispondente pasto

Qualità del servizio cucina

- Frequenza media analisi di laboratorio su campioni dei generi acquistati

#### 4) Settore Contabile (Ufficio controllo fatture)

Produttività del lavoro Amministrativo

- N° medio di fatture liquidate per addetto nell'anno

Qualità del lavoro Amministrativo

- Frequenza delle contestazioni alle Ditte fornitrici
- Incidenza % del totale delle economie di cui sopra, sul totale degli stanziamenti relativi

#### 5) Cassa Economale

Produttività del lavoro Amministrativo

- N° medio di operazioni per addetto e per ora
- Valore medio operazioni svolte per addetto

#### 6) Magazzini

Produttività del lavoro addetti

- N° medio giornaliero movimentazione (carico, scarico)
- Volumi (q.li) movimentati mediamente per addetto

Qualità del lavoro

- Tempo medio di evasione delle richieste di materiale a magazzino



Efficienza economica della gestione — Indice di rotazione delle scorte per settore merceologico  
magazzini — Indice di disponibilità per settore merceologico

Stampato dal Centro Stampa  
dell'Università degli Studi di Trento  
Trento 1989

