

RelazioneArgomento:
Computer & Riabilitazione cognitiva **Valutazione economica della riabilitazione cognitiva nel trauma cranico**

G. RAGGETTI

Centro di Management Sanitario, Università degli Studi, Ancona⁽¹⁾

RIASSUNTO: L'articolo riguarda la descrizione di una metodologia per la valutazione dell'efficienza gestionale nel processo di riabilitazione cognitiva. Tale metodologia consiste nel confronto fra il rimborso ministeriale (tariffa), relativo alle prestazioni di riabilitazione erogate in regime di Day Hospital od ambulatoriale, ed i costi totali sostenuti dall'Unità Operativa di Neuroriabilitazione.

Dal punto di vista metodologico, si individua un percorso terapeutico tipo a cui si applica il metodo proposto. Per la rilevazione del costo del Personale, dei Servizi intermedi, dei materiali sanitari e non sanitari, si propongono alcune schede predisposte appositamente. Si propone anche la descrizione del processo di imputazione dei costi comuni sia dell'Azienda Ospedale, sia dell'Unità Operativa di Neuroriabilitazione per la parte di competenza. La differenza derivante dal confronto della tariffa per prestazione (ministeriale o regionale) con l'ammontare dei costi, se positiva, rappresenta il margine di guadagno che l'Unità Operativa ottiene per le prestazioni. Uno spread positivo costituisce un parametro di efficienza gestionale della Unità Operativa che viene osservato con riferimento allo standard, rappresentato dalla tariffa prefissata.

PAROLE CHIAVE: Efficienza dell'Unità Operativa di Neuroriabilitazione, Costi diretti, Costi indiretti, Costi comuni, Margine economico, Tariffa predefinita, Prezzo di trasferimento interno.

 Evaluation of the effectiveness in the process of cognitive rehabilitation

SUMMARY: This article is about a method to evaluate the effectiveness in the process of cognitive rehabilitation. This methodology is based on the comparison between the pre-fixed ministerial reimbursement for each specific rehabilitation therapeutic process - provided in Day Hospital or in ambulatory - and total expenses born by the Unit of Neurorehabilitation.

Direct costs (personnel, intermediary services and so on) are estimated through proper forms. Then, the common costs of the structure are shared among the different services provided. It is easy to calculate the total costs (direct costs and indirect costs) for each service and it is possible to compare them with the tariffs, mentioned above. The spread, if positive, represents the income of the Unit. This result represents also the effectiveness of the Unit of Neurorehabilitation.

KEY WORDS: Effectiveness, Direct costs, Indirect costs, Common costs, Economic spread, Prefixed tariff, Internal transferring price.

Corrispondenza: Prof. GianMario Raggetti, Centro di Management Sanitario, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi, via Tronto, 60020 Torrette di Ancona, tel. 071-2206083 o 2206084, fax 071-2206082, e-mail hcm@popcsi.unian.it.
Rivista Medica 1999; 5 (1): 61-67.

Comunicazione esposta al Convegno Nazionale "Gestione del traumatizzato cranico per prevenire e limitare i disturbi cognitivi acquisiti", 17 aprile 1999, Rovereto, Italia. Copyright © 1999 by new Magazine edizioni s.r.l., via dei Mille 69, 38100 Trento, Italia. Tutti i diritti riservati. Indexed in EMBASE/Excerpta Medica.

Da qualche tempo, la ricerca dell'efficienza gestionale è un obiettivo che, unitamente a quello dell'efficacia clinica, caratterizza il funzionamento delle strutture accreditate al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). Tale traguardo viene perseguito in modi diversi e con difficoltà differenti dalle singole Aziende sanitarie che subiscono molti condizionamenti dovuti alla loro situazione strutturale e funzionale storica. In ogni caso, la diffusione delle logiche manageriali nel settore sanitario prosegue in modo irreversibile. Ciascun atto clinico, del resto, implica l'utilizzo di risorse differenti, ognuna con un suo valore economico. L'adozione di tecniche e strumenti manageriali offre al medico, oltre che agli altri operatori sanitari, le informazioni, esaurienti e tempestive, necessarie per razionalizzare l'uso di tali risorse. Resta evidente, però, che tali informazioni non debbono limitare l'autonomia del medico nella scelta di natura clinica.

L'apprezzamento dato, da parte medica, alla collaborazione con il nostro Centro conferma, in qualche maniera l'opportunità che il personale sanitario si avvalga dei risultati di ricerche applicate in tema di *management* sanitario.

Di recente, la Clinica di Neuroriabilitazione dell'Università degli Studi di Ancona ha avviato un progetto di ricerca applicata dedicato alla valutazione della "efficienza" economica nei processi di riabilitazione cognitiva. A tal fine, viene costituito un *team* interdisciplinare tra ricercatori universitari della Clinica e ricercatori universitari del Centro di Management sanitario della stessa Facoltà di Medicina. In questa sede si illustra la metodologia seguita. Tale decisione risulta opportuna, dato che si ritiene necessario indurre altre strutture di Neuroriabilitazione ad intraprendere esperienze similari. Questo permetterebbe, infatti, confronti assai interessanti tra i risultati ottenuti presso unità operanti in contesti alquanto differenti.

Gli obiettivi conoscitivi, perseguiti con l'indagine avviata, riguardano la rilevazione e la misurazione del valore economico delle risorse usate nei processi di riabilitazione cognitiva. Quest'ultimo va confrontato con il rimborso predefinito (tariffa) per tale tipologia di prestazioni. Nella fase iniziale del nostro lavoro, al fine di evitare difficoltà eccessive, si decide di sottoporre a monitoraggio alcuni casi relativi ad una prestazione assistenziale che rappresenta uno degli aspetti peculiari dell'attività della Clinica di Neuroriabilitazione. Essa è individuata nel processo di "riabilitazione cognitiva" riservato al Paziente

colpito da trauma cranico chiuso e da altre condizioni morbose, caratterizzate da menomazione cognitiva.

L'esperienza clinica insegna che molteplici fattori influenzano il successo clinico di tale prestazione sanitaria. Alcuni riguardano la qualità e la quantità del contributo professionale del medico e di altri operatori sanitari. Altri derivano, invece, dalla gravità del *deficit* cognitivo, presentato dal Paziente, all'inizio del programma riabilitativo. Anche alcune variabili di natura socio-economica, relative al Paziente, si considerano fattori ulteriori capaci di modificare i tempi e la qualità degli esiti clinici perseguiti. Il tipo di prestazione scelto, inoltre, presenta un ricorso ai supporti offerti dall'*Information & Communication Technology* (I. & C.T.), alquanto contenuto. Ciò induce a considerare il processo di riabilitazione cognitiva come un processo "sartoriale". Esso è svolto, infatti, soprattutto con il contributo professionale del Personale sanitario. Date queste caratteristiche protocolli specifici per tale tipologia di prestazioni non sembrano realizzabili. Ne consegue che le considerazioni sull'efficienza gestionale di tale processo sono generalizzabili solo se fondati su osservazioni empiriche, svolte presso varie Unità Neuroriabilitative differenti.

Per aumentare l'affidabilità dei risultati del nostro lavoro, si prevede un monitoraggio di un campione predefinito di casi clinici. Questi ultimi sono selezionati, dai medici del *Team*, sulla base di un'omogeneità consistente negli aspetti clinici e nelle variabili socio-economiche relative ai Pazienti singoli.

Sul piano metodologico, la rilevazione delle informazioni economiche viene svolta con riferimento alle Fasi che caratterizzano il processo di riabilitazione cognitiva. In sintesi, queste sono:

- 1) Fase dell'Emergenza acuta;
- 2) Fase della Stabilizzazione (Fase Post-acuta);
- 3) Fase degli Esiti e del Recupero.

Le prestazioni sanitarie, erogate nella Fase n. 1, riguardano l'assistenza di Emergenza e di Urgenza fornita al Paziente in coma per trauma cranico. In genere, si tratta di prestazioni, erogate in regime di ricovero presso le Unità di Emergenza e di Rianimazione. La Fase n. 2 concerne, invece, l'insieme delle prestazioni sanitarie riservato allo stesso Paziente, dopo il superamento dello stato di emergenza acuta. In tale Fase, il Paziente è ricoverato presso un'Unità di Neuroriabilitazione per consolidare la stabilizzazione sia dei parametri vitali, sia dei *deficit* dovuti alla neurolesione subita. Il processo di assistenza

sanitaria comprende, infine, una Fase n. 3. Essa è dedicata al recupero delle capacità cognitive del Paziente necessario alla sua autonomia ed alla sua re-introduzione nell'ambito familiare, lavorativo e sociale. Di norma, prestazioni erogate in questa fase sono svolte alcune in regime di *Day Hospital* (DH), altre in regime ambulatoriale.

In mancanza di esperienze precedenti, la ricerca avviata prevede unicamente l'analisi economica degli atti clinici relativi alla Fase n. 3. Tale decisione si giustifica con il fatto che, al momento, sarebbe troppo difficile procedere alla valutazione dell'efficienza gestionale dell'intero processo assistenziale, cioè delle tre fasi appena accennate. Per giungere all'obiettivo conoscitivo richiamato andrebbero coinvolte Unità Operative (Pronto Soccorso, Rianimazione, ecc.) non ancora predisposte alla raccolta di informazioni gestionali un poco più complesse. Il traguardo appena indicato dovrebbe comportare anche la rilevazione e la misurazione sia dei costi sostenuti da alcuni soggetti esterni alle Unità citate, mentre è in corso il processo riabilitativo (*externalities negative*)⁽²⁾; sia i benefici economico-sociali, ottenibili con il successo clinico del processo riabilitativo (*externalities positive*)⁽³⁾.

La ricerca si pone, pertanto, l'obiettivo di misurare il valore economico dello "spread" (margine, differenza) tra il rimborso monetario predefinito (Tariffa = ricavo), previsto per le prestazioni incluse nella Fase n. 3 ed il flusso di costi, relativo alle risorse (*input*) necessarie alla produzione ed all'erogazione del servizio. Per agevolare la raccolta di informazioni sui costi del processo di riabilitazione sono individuati alcuni "momenti terapeutici ricorrenti" specifici che caratterizzano la Fase n. 3 in esame.

In sintesi, tali "momenti terapeutici ricorrenti" sono:

- a) Bilancio del paziente;
- b) Approccio riabilitativo di processo;
- c) Approccio riabilitativo di prestazione;
- d) Adattamento alla reintegrazione nel territorio.

Nel *primo* "momento ricorrente", si definiscono lo stato clinico del Paziente, il superamento della fase dell'Emergenza (acuta) e quella della Stabilizzazione (post-acuta). In pratica, dopo indagini diagnostiche eventuali, si procede alla anamnesi ed alla definizione del bilancio cognitivo del Paziente. Si valutano, *ex-ante*, le probabilità di recupero dei deficit rilevati, anche con riferimento alle caratteristiche socio-economiche del Paziente stesso. Si delinea, quindi, il progetto riabilitativo predisposto per quest'ultimo. Questa fase necessita, di norma, di

almeno n. 3 valutazioni estese, svolte in regime di DH, nel corso di una settimana. Essa coinvolge un Medico ed uno Psicologo.

Nel *secondo* "momento ricorrente", invece, si avvia il progetto di riabilitazione cognitiva. In media, si svolgono non meno di n. 5 sedute settimanali, per almeno n. 8 settimane. Gli interventi impegnano in modo congiunto anche se con sequenza ed impegno temporale diversi, un Medico, uno Psicologo, un Fisioterapista, un Logopedista. Queste sedute durano almeno n. 3 ore nella giornata e sono effettuate in regime di DH.

Nel *terzo* "momento ricorrente", proseguono gli interventi per il recupero della capacità cognitiva necessaria con l'autonomia personale. Si prevedono, in media, n. 3 ricoveri diurni settimanali per almeno n. 2 settimane. Gli operatori sanitari coinvolti, con ruoli e tempi diversi, sono un Medico, uno Psicologo, un Fisioterapista, un Logopedista.

Il *quarto* "momento ricorrente" è considerato, sul piano medico, come "eventuale". Tuttavia, l'esperienza insegna che esso è parte del processo di riabilitazione cognitiva nella maggioranza dei casi. Gli interventi previsti in questa fase consolidano il recupero delle capacità necessarie per la reintegrazione del Paziente nell'ambiente familiare, professionale e sociale. In genere, il tutto implica n. 2-3 cicli di n. 10 sedute ciascuno; le sedute vengono svolte in regime di prestazione ambulatoriale. Il Personale sanitario impegnato, con ruoli e tempi diversi, comprende: un Medico, uno Psicologo, un Fisioterapista, un Logopedista, un Terapista occupazionale, un Assistente sociale.

Sul piano metodologico, si procede alla rilevazione del valore economico (costo) delle risorse diverse utilizzate nei singoli "momenti ricorrenti". Date le caratteristiche delle prestazioni erogate, è evidente che il costo della risorsa umana è il più consistente tra i costi *diretti* rilevabili. Naturalmente, si misurano anche i costi diretti per medicinali, supporti informativi, ecc.. Inoltre, è in corso la rilevazione dei *costi diretti per servizi intermedi*, attivati durante la Fase n. 3, (esempio se i costi per prestazioni richieste al Laboratorio Analisi, alla Diagnostica per immagini, ecc.). In breve, si tenta di quantificare il *costo totale* delle risorse impegnate nel "processo" di riabilitazione cognitiva e, quindi, in questa fase specifica e di confrontare tale costo con il ricavo totale (rimborso), riconosciuto all'Unità di Neuroriabilitazione. Come è noto, tale rimborso si compone della tariffa predefinita per DH e della tariffa previ-

Scheda n. A. 1) – Rilevazione Tempi-Costi Risorsa Umana per seduta						
Codice paziente			Seduta del			
Codice Medico responsabile monitoraggio costi			N. progressivo della seduta			
	Attività Svolta	N° Unità (A)	Minuti (B)	Totale Minuti (C) = (AxB)	Costo Minuto (D)	Totale Costo (E) = (Cx D)
Medico						
Fisioterapista						
Logopedista						
Psicologo						
Infermiere						
Altri (Specif.)						
Amministrativi						
Totale						Totale A1

Tabella 1.

Table 1.

sta per ciascun ciclo di riabilitazione svolta in regime di ambulatorio. In sintesi, l'obiettivo è quello di misurare un primo livello di "efficienza" raggiunta dall'Unità di riabilitazione, nell'erogare il "processo" di riabilitazione cognitiva. Questo primo tipo di valutazione consiste, appunto, nel verificare se il flusso dei ricavi previsti sia superiore, uguale od inferiore al flusso di costi rilevati.

Sul piano operativo, si applicano alcune schede di rilevazione dei costi. Esse sono predisposte in modo da agevolare il Personale sanitario nella rilevazione del costo della risorsa umana e di altri costi diretti ed indiretti connessi con il "processo". In questa sede, si propongono alcuni schemi di riferimento per dimostrare la procedura seguita ed anche per incentivare altre Unità di Riabilitazione ad effettuare indagini simili. Al riguardo, si osservino le schede-tipo presentate di seguito.

Il modello di scheda n. A1. (Tabella 1) rappresenta lo strumento base per rilevare il costo del Personale impegnato per ciascuna seduta. Nella prima colonna si procede alla descrizione sintetica dell'attività svolta dalla figura professionale di riferimento. Nella colonna (A), invece, si indica il numero delle persone, con la qualifica di riferimento, coinvolte nella seduta. Nella colonna (B) si rileva il tempo di coinvolgimento delle persone richiamate. Il tempo, per semplicità di calcolo, viene rilevato ed espresso in minuti. Nella colonna (C) si calcola il totale dei minuti che la figura professionale indicata dedica al Paziente nel corso della seduta. La colonna (D)

viene predisposta *ex-ante*; in essa sono indicati i costi per minuto relativi alle singole figure professionali⁽⁴⁾. La scheda tipo appare sufficientemente definita. Dopo avere compilato le schede per ogni seduta, risulta facile calcolare il costo complessivo della risorsa umana interna all'Unità di Neuroriabilitazione.

A tale costo diretto si deve aggiungere, come accennato, quello dei Servizi intermedi "acquistati" presso altre Unità Operative, indispensabili per il successo clinico del processo riabilitativo. In proposito, si adotta una seconda scheda n. A2 (Tabella 2).

Anche in questo caso, si può osservare la costruzione, alquanto semplice, della scheda-tipo proposta. In realtà, la sua compilazione presenta una sola difficoltà. Essa riguarda la necessità che le Unità operative, fornitrici delle indagini diagnostiche, o di altri servizi (consulenza, ecc.), siano in grado di presentare all'Unità di Riabilitazione un "prezzo di trasferimento interno" attendibile, relativo ai singoli servizi offerti. Tali valori vanno iscritti nella colonna (E). Ad esempio, ove sia richiesto ed ottenuto un servizio di neuroimmagini, è necessario che la Neuroradiologia sia in grado di formulare un "prezzo di trasferimento interno" per tale prestazione. Questo "prezzo interno" rappresenta, ai nostri fini, un costo che si aggiunge ai costi di produzione della prestazione riabilitativa. Nell'esperienza in corso, solo alcune Unità Operative intermedie dispongono di tali "prezzi". È evidente che, in mancanza di tale tipo di "prezzo", si possa avere qualche ostacolo

Scheda n. A. 2) – Rilevazione Quantità-Costi delle Prestazioni Intermedie acquisite per seduta								
Codice paziente				Seduta del				
Codice Medico responsabile monitoraggio costi				N. progressivo della seduta				
Prestaz. acquisita	Data della richiesta (A)	Quantità richiesta (B)	Unità Oper. erogatrice (C)	Data della prestaz. (D)	Costo della prestaz. (E)	Costo Tot. prestaz. (F)=(BxE)	Altri Costi (specif.) (G)	Totale Costo (H)=(F+G)
A)								
B)								
C)								
N)								
Totale								Totale A2

Tabella 2.

Table 2.

nella raccolta di dati utili alla ricerca empirica in corso. Una soluzione praticabile, almeno *pro-tempore*, consiste nel considerare, come “prezzo interno di trasferimento”, il prezzo che l’Ente Regione riconosce per le prestazioni in esame, quando esse siano fornite ad Utenti esterni⁽⁵⁾. Si tratta, con evidenza, di una soluzione non del tutto soddisfacente⁽⁶⁾. È bene notare, in ogni caso, come tra i benefici indiretti, provocati dalla ricerca in corso, si ponga anche quello di stimolare alcune Unità Operative intermedie verso una quantificazione, esauriente ed affidabile, dei prezzi di trasferimento interni relativi.

La scheda n. 2 permette di misurare, nella colonna (H), i costi diretti connessi con le prestazioni fornite da altre Unità Operative; questa informazione è importante per giungere alla determinazione dei costi diretti totali del processo di riabilitazione co-

gnitiva. Tuttavia, per completare la raccolta degli altri costi diretti, è necessario rilevare anche il costo dei materiali farmaceutici, sanitari e vari che si rendono utili nel corso delle singole sedute. In proposito, si utilizza una terza scheda-tipo che viene presentata di seguito: n. A3. (Tabella 3).

Si noti che nella colonna (A) deve essere indicata la quantità del farmaco, o del materiale medicale, utilizzato. In pratica, occorre fare attenzione al fatto che, in certi casi, la quantità usata potrebbe non corrispondere alla quantità contenuta in una confezione di tale materiale. È ovvio che il costo da indicare nella colonna (B), ove la confezione non sia utilizzabile di nuovo, debba essere quello della confezione intera. Come al solito, anche le schede del tipo appena proposto vanno compilate al termine di ciascuna seduta. In aggiunta, una tabella (Tabella 4) analoga a quella appena presentata, deve essere

Scheda n. A. 3) – Rilevazione Quantità-Costi del Materiale Sanitario e Farmaceutico usato per seduta			
Codice paziente		Seduta del	
Codice Medico responsabile monitoraggio costi		N. progressivo della seduta	
Materiale	Quantità (A)	Costo Unitario (B)	Costo Tot. (C) = (AxB)
A)			
B)			
C)			
N)			
Totale			Totale A3

Tabella 3.

Table 3.

Scheda n. A. 4) – Rilevazione Quantità-Costi del Materiale Non Sanitario usato per seduta			
Codice paziente		Seduta del	
Codice Medico responsabile monitoraggio costi		N. progressivo della seduta	
Materiale	Quantità (A)	Costo Unitario (B)	Costo Tot. (C) = (Ax B)
A)			
B)			
C)			
N)			
Totale			Totale A4

Tabella 4.

Table 4.

compilata anche per i materiali non sanitari (esempio, carta), consumati durante il processo terapeutico. Disponendo di queste informazioni ulteriori si è in grado di misurare facilmente tutti i costi diretti connessi con il processo di riabilitazione. Non resta che sommare tutti i costi totali derivanti dalle quattro schede preparate per ciascuna delle sedute (Tabella 5). L'insieme dei costi diretti complessivi è indicato dal Totale generale A5., che si rileva dalla scheda appena proposta. A questo punto dell'analisi, occorre aggiungere alle informazioni economiche, raccolte con le schede-tipo presentate, i cosiddetti "costi comuni" riferibili al singolo progetto riabilitativo. La definizione di tali costi comuni non è semplice. In primo luogo, perché alcuni di essi provengono dalla struttura e dal funzionamento della sola Unità Operativa di Neuroriabilitazione, altri originano dalla struttura e dal funzionamento dell'Azienda

Sanitaria che ospita l'Unità Operativa in esame. Inoltre, appare complicato misurare, in modo attendibile, i costi *comuni* da "ribaltare" per i singoli processi. La difficoltà principale consiste nella scelta di criteri oggettivi di "ribaltamento". Ai nostri fini, pur di disporre di una soluzione operativa, si procede all'individuazione del peso percentuale dei *costi comuni per prestazione*, rispetto ai *costi diretti della stessa*. Tale peso ripete la percentuale di incidenza dei costi fissi dell'Unità di Neuroriabilitazione sui costi diretti della stessa. In tal modo, si stimano facilmente le quote di costi comuni da aggiungere ai costi totali diretti per le singole prestazioni considerate nella ricerca. Dopo avere misurato l'insieme dei costi diretti del processo riabilitativo, si applica al loro totale la percentuale individuata che stima i costi comuni di struttura ribaltabili. Per una comprensione più agevole, si ha che:

Scheda n. A. 5) – Rilevazione Costi diretti totali per Processo di Riabilitazione Cognitiva					
Codice paziente					
Codice Medico responsabile monitoraggio costi					
	Totale Costi Personale (Tot. A1)	Totale Costi Prestazioni (Tot. A2)	Totale Costi Materiali (Tot. A3)	Totale Costi Materiali (Tot. A4)	Totale Costi Diretti per Seduta (A1+A2+A3+A4)
1.					
2.					
3.					
N.					
Totale generale					Totale A5

Tabella 5.

Table 5.

Costi totali di processo riabilitativo = Costi totali Diretti
+ Costi totali Indiretti

Costi totali Indiretti = (x% Costi totali Diretti)
x% = peso percentuale dei Costi comuni
della Unità Operativa di Neuroriabilitazione rispetto ai Costi Diretti della stessa.

Dopo avere stimato, seppure con qualche ostacolo, l'ammontare dei costi totali del singolo processo di riabilitazione cognitiva, non resta che stimare i ricavi. In proposito, si è agevolati dal fatto che essi possono essere previsti per ciascuna delle sedute. Le sedute svolte in regime di DH, infatti, prevedono un ricavo che ammonta alla tariffa predefinita per lo specifico DRG. Di norma, il DRG scelto è il n. (462-H), per esso l'Ente Regione di riferimento (nella fattispecie, la Regione Marche) prevede una tariffa di Lit. 460.000. In questo caso, il medico responsabile del processo riabilitativo deve calcolare, semplicemente, il numero di sedute in regime di DH e moltiplicare la tariffa relativa. Oltre a questa voce di ricavo, occorre considerare anche quella relativa alle sedute svolte in regime ambulatoriale. Per queste ultime, in generale, viene prevista una tariffa per prestazione specialistica. L'Ente Regione prevede una Tariffa di Lit. 16.300, per singola seduta di "Training cognitivo"⁽⁷⁾. In sintesi, i ricavi si possono calcolare nel modo seguente:

$$(N^{\circ} \text{ Sedute in regime DH}) \times (\text{Tariffa unitaria per DH}) = \text{Ricavi per sedute in DH (RDH)}$$

$$(N^{\circ} \text{ Sedute in Ambulatorio}) \times (\text{Tariffa unitaria seduta}) = \text{Ricavi per Sedute in Ambulatorio (RA)}$$

$$\text{Totale ricavi del processo riabilitativo} = (\text{RDH}) + (\text{RA})$$

La nostra ricerca si avvia, pertanto, a misurare la differenza tra il flusso dei ricavi attesi ed il flusso dei costi totali relativi alla Fase n. 3 del processo di riabilitazione cognitiva. Questa differenza, come spiegato in precedenza, costituisce una valutazione di primo livello di "efficienza" per il processo di riabilitazione cognitiva. Si è già fatto cenno al progetto, più complesso, di valutare l'efficienza anche con riferimento all'intero processo riabilitativo composto dalle tre Fasi indicate. Questo obiettivo riguarda una seconda parte della ricerca che si in-

tende avviare successivamente a quella richiamata in questa sede.

NOTE

1. La Facoltà di Medicina, dell'Università degli Studi di Ancona, ha costituito il Centro Interdipartimentale in Management Sanitario (CMS). La Clinica di Neuroriabilitazione, dell'Università degli Studi di Ancona, è diretta dal Prof. Leandro Provinciali. A Lui un ringraziamento particolare per avere reso possibile la ricerca interdisciplinare di cui si tratta. La Sua collaborazione scientifica e quella del Dott. Marco Bartolini, Ricercatore presso la stessa Clinica, si sono dimostrati particolarmente utili. Oltre all'Autore, la Dott.ssa Vania Carignani e la Dott.ssa Francesca Spigarelli partecipano alla ricerca per conto del Centro di Management Sanitario della Facoltà di Medicina.
2. Si fa riferimento, ad esempio, al contributo (costi) che, in proposito, viene assicurato dalle famiglie dei Pazienti, dall'ambiente di lavoro di questi ultimi, dalle organizzazioni di volontariato, ecc.
3. Si pensi, sempre a titolo di esempio, ai benefici psicofisici percepiti dal Paziente ed a quelli rilevabili nel suo ambiente familiare e di lavoro, ecc..
4. Il valore (costo) per minuto (Cm) delle figure professionali diverse si misura considerando il *costo lordo* annuo per ciascuna di esse e ponendo questo valore in rapporto con il debito orario annuo relativo. Questi ultimi sono ricavabili sulla base dell'impegno contrattuale. In media, si ha un debito orario di circa n. 8 ore per ciascuna giornata di lavoro e si considerano circa n. 200 giornate per anno. È sufficiente dividere tale valore per 60 e si ottiene il costo minuto.
5. Si fa riferimento, in breve, ai rimborsi che l'Ente Regione predetermina per le singole prestazioni destinate ad Utenti esterni e che vengono raccolte nei cosiddetti "Tariffari per prestazioni di specialistica ambulatoriale".
6. L'esperienza insegna, infatti, che i costi delle prestazioni intermedie, quando sono erogate per pazienti interni sembrano implicare costi superiori rispetto a quelli delle medesime destinate ad Utenti esterni.
7. Può capitare che, per quanto concerne la tariffa per seduta ambulatoriale, il medico possa prescrivere ai Pazienti cicli di n. 10 sedute. Questo non muta il rimborso previsto dall'Ente Regione, ma agevola solo il Paziente nel versamento di un solo *Ticket* non superiore a Lit. 70.000. Naturalmente, non si deve confondere il versamento del *Ticket* con i ricavi ottenibili dall'Unità di neuroriabilitazione tramite l'apposita tariffa.