

Comitato scientifico

Emidio Di Giambattista (coordinatore)
Procuratore generale della Corte dei conti

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Elio Borgonovi
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone
Ordinario di scienze delle finanze
Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
Direttore generale - Azienda osped. S. Giovanni - Roma

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Franco Sassi
Coordinatore generale

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

George France

Marco Meneguzzo

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Corrispondenti esteri

Piero Masia (New York)

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales


Direzione


00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 06/8073368 - 8073386 - Fax 06/8085817

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18
Tel. 02/58363132 - 58363136 - Fax 02/89404523

Pubblicazione

- edita da  soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982
- registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
- fotocomposta da **Giuseppe Fratini**, Via del Lavoro, 56/a, 00019 Tivoli, Tel. 0774/330259, Fax 0774/330260
- stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774/381700, Fax 0774/381700
- spedita in abbonamento postale 50% - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: L. 60.000

— associata all' 

MECOSAN

*Italian Quarterly of Health
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **Il rischio di essere schiacciati dal cambiamento che si è promosso. La turbolenza degli anni '90**
Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**
- 8 **Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel Servizio Sanitario Nazionale di Francesco Zavattaro ed Eugenio Anessi Pessina**
- 12 **Il costo sociale della malattia di Alzheimer: metodologia e risultati di una indagine preliminare**
di Maria Caterina Cavallo e Giovanni Fattore
- 24 **L'applicazione di modelli organizzativi « evoluti » al sistema socio-sanitario pubblico di Claudio Caccia e Francesco Longo**
- 36 **Le strutture sanitarie e la loro logica distributiva sul territorio di Emanuele Davide Ruffino**
Sez. 2^a - **Documenti e commenti**
- 44 **Il nuovo sistema per la definizione dei prezzi dei farmaci**
- 44 **Un sistema trasparente**
di Gian Maria Gros-Pietro
- 48 **Troppi perché?**
di Emilio Platè
- 50 **Criteri per la determinazione del prezzo medico europeo d'acquisto delle specialità medicinali**
- 55 **Il decalogo degli interventi essenziali per aumentare efficienza e qualità del Servizio Sanitario Nazionale. Un appello al buon senso e alla serietà di Girolamo Sirchia**
Sez. 3^a - **Esperienze innovative**
- 60 **L'introduzione dei sistemi gestionali nelle aziende sanitarie: l'esperienza della regione Emilia-Romagna**
di Eugenio Anessi Pessina
- 72 **L'unità di osservazione temporanea nella medicina d'urgenza: caratteristiche organizzative generali**
di R. Nardi, A. Conti, R. Grimaldi et al.
Sez. 4^a - **La sanità nel mondo**
- 82 **Configurazione organizzativa, ruoli direzionali e gestione economico-finanziaria in un gruppo pubblico multispedaliero: il caso Assistance Publique Hopitaux de Paris di Marco Meneguzzo**
- 98 **Il sistema assicurativo sanitario olandese**
di Rosanna Tarricone
Sez. 5^a - **Sanità e impresa**
- 112 **Le riunioni temporanee di imprese nelle gare di forniture pubbliche**
di Guido Arturo Tedeschi
- 124 **Appalti: obiettivo trasparenza**
di Attilio Gugliatti
- 130 **La ristorazione sanitaria oggi: una panoramica nel mercato italiano**
di Stefano Cecchini
Sez. 6^a - **Biblioteca**
- 136 **Recensioni**
- 138 **Novità bibliografiche**
- 140 **Spoglio riviste**
- 142 **Bibliografia monotematica**
- 145 **Tesi di laurea**

IL RISCHIO DI ESSERE SCHIACCIATI DAL CAMBIAMENTO CHE SI È PROMOSSO LA TURBOLENZA DEGLI ANNI '90

SOMMARIO: L'effetto « schiacciamento » delle funzioni intermedie - I manager della sanità possono diventare le prime vittime del processo di aziendalizzazione - Quali manager occorrono per l'attuale fase.

Alla fine degli anni settanta e durante gli anni ottanta hanno avuto grande successo nell'ambito degli studi di management le teorie sulla « turbolenza dell'ambiente » economico e sociale in cui vivevano le imprese. Turbolenze riconducibili ai rapidi e spesso non prevedibili cambiamenti dei gusti, delle attese, dei comportamenti dei consumatori, dalla rivoluzione tecnologica, dalla modificazione degli schemi competitivi, turbolenze che appaiono tutto sommato limitate a chi analizza la realtà del sistema sanitario dei nostri giorni. Infatti da oltre 3 anni, dal febbraio 1991 quando con la legge 111 si avviò il cosiddetto processo di « aziendalizzazione » della sanità, il sistema sanitario è stato investito oltre che dalla turbolenza sul piano tecnico ed organizzativo (tecnologie e modelli assistenziali che mutano con rapidità incredibile), economica (forte riduzione delle risorse destinate alla sanità a causa dei severi provvedimenti di contenimento della spesa pubblica finalizzata a fronteggiare il periodo di grave recessione economica), sociale (crescenti critiche sulla « mala-sanità » e conseguente perdita di fiducia della popolazione nei confron-

ti di un sistema nel quale inoltre sono emersi gravi episodi di corruzione), anche dalla « turbolenza » di tipo istituzionale che può essere così caratterizzata:

— perdita di punti di riferimento per quanto attiene all'attribuzione dei poteri decisionali e alle modalità di loro esercizio;

— messa in discussione del vecchio modello di servizio sanitario e alla difficoltà di costruzione del nuovo modello.

Nel 1991 sono stati « cacciati i politici » dai vertici delle U.s.l. ai quali sono stati preposti amministratori straordinari dotati di requisiti professionali « minimi » rispondenti a criteri di legge, ma da allora non è ancora stato risolto il problema di un corretto rapporto tra « politiche sanitarie », ossia scelte delle priorità a livello locale e raccordo con gli effettivi bisogni della popolazione e « gestione degli interventi di tutela della salute », da realizzare secondo principi di efficienza e di funzionalità.

Dal 1992 con la legge 421 è stato avviato il processo di « regionalizzazione » del sistema, con attribuzione di maggiori poteri ma anche di maggiori responsabilità alle Regioni, di

cui però ad oggi non sono stati definiti precisi contorni e per il quale soprattutto non sono stati distinti quali tra fattori che determinano la spesa e la qualità dei servizi siano effettivamente « controllabili » dallo Stato, dalle Regioni, dalle USL e dagli Ospedali autonomi.

Sempre con la legge delega 421 del 1992 sono stati introdotti i principi della « trasformazione in aziende » delle Unità sanitarie locali e degli ospedali da rendere autonomi, della responsabilizzazione dei loro organi, in primis del Direttore Generale, per il raggiungimento dell'« economicità della gestione, dell'introduzione di elementi di competitività del sistema », ma nonostante l'approvazione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 tali principi non si sono ancora tradotti in nuovi « sistemi di regole » cui possono fare riferimento le persone che operano nel sistema.

Questa fase di « turbolenza » che caratterizza l'intera società italiana con l'affermarsi di una grande incertezza, ha riflessi particolarmente accentuati (e per certi aspetti rischiosi) per il sistema sanitario che, anche quando viene giudicato insoddisfacente, è pur sempre il risultato di « deli-

cati equilibri » costruiti nel tempo di aspetti tecnico scientifici (conoscenze della medicina e della tecnologia), politici (scelta tra i molteplici bisogni di soddisfare), economici (sistema di finanziamento della spesa sanitaria), etici e morali (rapporto della società con la malattia e la morte), comportamentale e socio-culturale (ruolo e status del medico nella società e rapporto tra medico e paziente). Se questi delicati equilibri « sono messi in crisi » sia pure per motivi validi quali sono quelli connessi alla ricerca di più elevati livelli di qualità dell'assistenza e più elevati livelli di efficienza, non è detto che nuovi equilibri possano essere ritrovati in tempi brevi e, soprattutto, non è detto che possano essere trovati equilibri o più soddisfacenti livelli dell'assistenza e di rapporto qualità dei servizi-quota della spesa sanitaria del PIL.

Mentre ai responsabili della politica sanitaria per il prossimo futuro, che al momento in cui esce questo articolo saranno già insediati, si suggerisce di operare in modo da evitare di « aggiungere incertezza ed instabilità alla incertezza e instabilità di questi ultimi anni » è da evitare una gestione per slogan o per messaggi evocativi che male si adattano ad un sistema tremendamente complesso nel quale le « reazioni a catena » di tipo emotivo potrebbero sfuggire al controllo, è possibile dare ai « dirigenti della sanità » alcune indicazioni utili per sopravvivere in un ambito a forte turbolenza.

Ciò può essere fatto se si è in grado di cogliere alcuni elementi « peculiari » e « strutturali » di tali periodi per assumere adeguate strategie di adattamento.

L'effetto « schiacciamento » delle funzioni intermedie

Uno dei principali effetti dei periodi di forte turbolenza, di passaggio da un « sistema » (socio-politico,

economico, istituzionale) ad un altro è rappresentato dalla radicalizzazione « dei principi e dei comportamenti » e dallo « schiacciamento » degli elementi intermedi. La realtà e le scelte, almeno quelle dichiarate e esplicitate, tendono a qualificarsi maggiormente in termini di contrapposizione, di chiaro e scuro. Così:

— sul piano politico, trovano maggiori difficoltà e sono fortemente ridimensionati partiti e movimenti che « si dichiarano di centro »;

— sul piano economico, sono i ceti medi a soffrire delle maggiori difficoltà e si ha una polarizzazione tra la crescente concentrazione della ricchezza da un lato e la crescente povertà dall'altro;

— sul piano sociale, si manifestano crescenti difficoltà di sopravvivenza dei cosiddetti « corpi sociali intermedi », dei movimenti, delle forme di autorganizzazione sociale che hanno la funzione di contemperare molteplici esigenze e interessi: sempre più si impongono scelte del tipo « da che parte stare »;

— sul piano organizzativo si ha la « perdita di potere » dei cosiddetti quadri intermedi o delle « figure dirigenziali » intermedie.

Al riguardo occorre avere ben chiara la distinzione tra proposizioni teoriche di tipo « positivo » e proposizioni teoriche di carattere « normativo » in quanto per chi scrive lo « schiacciamento » dei ceti economici medi, dei corpi sociali intermedi, dei quadri e delle figure dirigenziali-intermedie non è fenomeno auspicato o desiderato ma fenomeno da rilevare in termini di analisi positiva degli « effetti dei periodi di turbolenza politico-istituzionale ».

Anzi, per chi scrive proprio dalla capacità di realizzare processi di forte cambiamento, come quelli auspicati e prospettati dalle forze politiche uscite vincitrici dal confronto elettorale (sta ad ogni Lettore considerare credibili o meno tali promesse

e/o previsioni), senza effetti di « schiacciamento » troppo accentuati e pesanti può derivare un cambiamento di segno positivo o nel segno del progresso e non un cambiamento di segno negativo e nel segno della diminuzione del livello di tutela della salute garantito nel nostro Paese.

Prevedere gli effetti per cercare di contrastare quelli non desiderati ed esaltare quelli considerati auspicabili, e non seguire « le mode » o i « propri modelli » o le proprie « teorie più o meno ideali », è il compito dello studioso e del « policy maker » illuminato.

I manager della sanità possono diventare le prime vittime del processo di aziendalizzazione

Chi scrive, sostiene da oltre 15 anni la necessità di una cultura « aziendale » per la sanità e l'utilità della trasformazione di Unità sanitarie locali o di ospedali in azienda e proprio per questo ritiene di poter evidenziare, ora che tali concetti sembrano essere diventati « cultura forte » (se non dominante) anche nella sanità e sono entrati a pieno diritto nella legislazione, i rischi dei modi semplicistici se non proprio erronei, in cui essi sono intesi, ossia:

— aziendalizzazione come sinonimo di « libero mercato » nella sanità o come prevalenza del sistema di « prezzi per qualsiasi prestazione o servizio erogato »;

— azienda come sinonimo di « completa autonomia » di scelta sulla base di criteri di convenienza;

— management come insieme di conoscenze che se correttamente applicate sono di per sé in grado di garantire il successo, o comunque risultati positivi e manager come interprete di tali conoscenze e quindi « persone in grado di ottenere positivi risultati ».

Infatti, queste concezioni « semplificate » fanno sì che in periodi di tur-

bolenza e di incertezza istituzionale il successo « appaia » molto più legato, almeno nel breve periodo, alle competenze « tecnico-specialistiche » (il diagnosta, il chirurgo, il riabilitatore « di eccellenza ») o al consenso e all'esercizio del potere legato a un nuovo tipo di legittimazione e contrapposto al vecchio potere (considerato causa della inefficienza) che non alla capacità di costruire e far funzionare efficienti sistemi di gestione.

In periodi di turbolenza e di forti critiche sul passato, nell'immaginario collettivo ci si attende:

- soluzioni soddisfacenti;
- immediate (perché sono considerate non più sopportabili le disfunzioni « denunciate »).

Ciò può essere garantito solo da chi compie atti medici, la cui opera (positiva) si esercita solo su una parte del problema (i pazienti direttamente trattati con i quali si identifica tutta la società nel desiderio di poter ottenere un identico positivo trattamento), o da chi può esercitare un potere forte e indiscusso e perciò può mobilitare risorse o può imporre l'accettazione delle sue regole. Il potere del tecnico (medico, luminare della medicina) e di chi ha un largo consenso (leader sociale) è immediato e percepibile mentre il potere del manager o di chi gestisce i sistemi di supporto (come la dirigenza amministrativa) è sempre indiretto, non sempre riconducibile immediatamente alle sue decisioni.

Paradossalmente nel periodo in cui si afferma il concetto di « azienda » chi si occupa dei sistemi di gestione rischia di essere schiacciato da chi ha la cultura dell'atto medico (o comunque specialistico come nel caso di « esperti di computer o di apparecchiature e attrezzature) o da chi ha la « cultura della decisione rapida non importa se condivisa ».

Nei periodi di turbolenza si impongono poi la cultura e i criteri di valutazione « di breve periodo » (poiché

il lungo periodo sfugge a qualsiasi « ragionevole previsione ») mentre è noto che il manager dovrebbe garantire le « condizioni di funzionalità e di economicità di lungo periodo ».

La moneta « direttamente spendibile » in termini di opinione pubblica (un reparto o un settore di « eccellenza » mentre tutto il resto è trascurato, un pareggio di bilancio conseguito a spese del futuro, un aumento di produttività ottenuto con misure restrittive, pressioni e condizionamenti psicologici sopportabili solo nel breve periodo) è preferita alla « moneta più solida, ma non sempre immediatamente spendibile ». Il primo tipo di moneta in genere è quella dei « tecnici » e di chi ha il « potere di decidere formalmente », mentre la seconda è la tipica moneta del manager.

Anche con riferimento ai criteri economici le situazioni di turbolenza e di orientamento al breve periodo portano a dare maggiore rilievo a valutazioni fondate su costi unitari (ad esempio riduzione dei costi unitari delle prestazioni), costi variabili (che appaiono bassi rispetto a costi precedenti), costi cessanti e/o costi emergenti (in occasione di scelte di esternalizzazione di servizi) piuttosto che a valutazioni di costi complessivi (che possono aumentare pur in presenza di riduzioni di costi unitari se aumentano i volumi di servizi sanitari richiesti), costo pieno (che considera le esigenze di economicità delle aziende di lungo periodo), costo opportunità (che considera non solo il « valore » direttamente misurati da variazioni numerarie, ma esprime il « valore » delle alternative cui si rinuncia compiendo una certa scelta).

Anche sul piano dei sistemi di programmazione, controllo, gestione del personale, analisi e valutazione finanziarie, raccolta, trattamento e utilizzo delle informazioni (i cosiddetti sistemi di gestione), nei periodi di turbolenza e di incertezza istituzionale:

- prevalgono i messaggi « sem-

plici » (dire promettere di risolvere i problemi senza dire come) o le « soluzioni pronte per l'uso », le soluzioni tecniche che sono applicate senza tener conto delle esigenze di adattamento agli specifici contesti dati dalla storia, dalla cultura e dai comportamenti della sanità (italiana nel caso specifico);

— *sugli sforzi rivolti ad affermare i metodi e le tecniche per renderli « coerenti » con aziende che producono un « bene speciale » quale è la tutela della salute che, indipendentemente dalle visioni ideologiche, politiche e da valori etici, non può essere « oggetto di negoziazione » sic et simpliciter come qualsiasi altro bene destinato a soddisfare qualsiasi altro bisogno.*

Il manager che cerca di capire i principi, i metodi e le tecniche del management « per adattarli » allo specifico della sanità, rischia in questo periodo di essere considerato meno valido, o meno efficace e meno professionale rispetto a chi, sapendo poco dei comportamenti di domanda e offerta di servizi sanitari, è pronto a fornire una soluzione, a proporre una « tecnica » che magari poi si rivelerà « soluzione transitoria » quando non addirittura « rimedio peggiore della disfunzione cui intende far fronte ».

Ancora, in questi periodi di forte turbolenza si teorizza nelle dichiarazioni formali e nei dibattiti il passaggio:

— *dal sistema sanitario burocratico, ingessato dai criteri formali e dai piani « rigidi » cosiddetti sistema di government, di regolamentazione;*

— *al cosiddetto sistema di governare, o di « regolazione » in cui si chiede ai pubblici poteri nei confronti dei privati e allo Stato nei confronti delle Regioni e delle « aziende sanitarie » di dare solo regole, criteri, indirizzi, spazi di flessibilità per adattarsi alle differenze.*

Ma poi, nei comportamenti reali, proprio come reazione e quasi come autodifesa di fronte alla turbolenza e « per ragioni di rapidità decisionale », viene privilegiato l'uso del potere formale e dei modelli di razionalità astratta.

Oggi qualcuno si attarda ancora a discutere dell'alternativa aziendalizzazione sì, aziendalizzazione no, e della contrapposizione aziendalizzazione ed efficienza umanizzazione ed etica della sanità quando il confronto, lo scontro e la posta in gioco è di ben altro tipo. Riguarda due differenti « modelli di management »:

— quello del management d'assalto, « del tutto subito », che promette soluzioni rapide e soddisfacenti ai tanti gravi problemi della sanità italiana;

— quella del management che, pur essendo consapevole dell'esigenza di fare presto ed essendo conscio del rilievo che la variabile tempo assume per i problemi di salute, sa anche che la « complessità » ha le sue regole e che non vi possono essere soluzioni semplici e immediate per problemi complessi e rimasti irrisolti (o addirittura non affrontati) da decenni e decenni.

Quali manager occorrono per l'attuale fase

Sembra quasi inevitabile che nell'attuale fase di turbolenza istituzionale, politica, sociale ed economica possano prevalere, almeno in parte, i cosiddetti « manager d'assalto », i « nuovi venuti nella sanità » e che alcuni di coloro che si sono battuti per l'introduzione di strumenti di gestione e di logiche aziendali magari combattendo dure battaglie contro il vecchio sistema burocratico e il vecchio « sistema di potere » possano « essere messi un po' in disparte ».

E può accadere che, alcuni, speriamo non molti, dei Lettori che si identificano con la « linea » di Me-

cosan che, credendo a fondo nell'utilità del management, non ha mai avallato il modello del « manager d'assalto », della cultura del « successo per il successo » possano essere temporaneamente travolti e messi fuori gioco da nuove teorie e nuovi metodi di management « più spinti » e « più avanzati ».

Chi ha interiorizzato la « linea culturale » di Mecosan sa che anche nella vita e nella carriera dei manager e degli innovatori ci sono « alti e bassi » e sa che se si vuole veramente contribuire a migliorare questo nostro sistema sanitario occorre seguire alcune regole di base:

— restare sempre radicati ai problemi e mai farsi irretire dai « modelli » di management perché i mo-

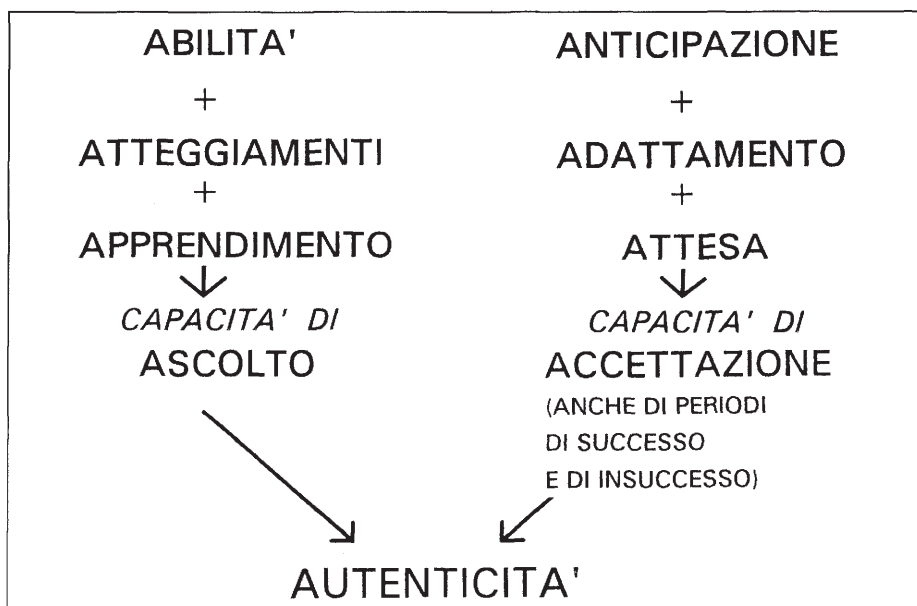
delli sono sempre semplificazioni del reale;

— essere sempre profondamente convinti che le soluzioni ai problemi della sanità non possano derivare da « tecniche » ma solo da « processi sociali »;

— assumere l'atteggiamento di chi vuole sapere di management per volere il miglioramento per essere attore del cambiamento per poter essere (dimostrare di essere) persone vere.

Il manager infatti non solo è « una persona che sa di management », ma è una « persona vera e autentica che sa di management ».

Ma il percorso dell'autenticità è complesso e passa attraverso lo sviluppo di queste caratteristiche



Chi oggi vuole essere veramente manager nella sanità non deve preoccuparsi di fornire « soluzioni miracolistiche » ma deve rafforzare le proprie competenze e le proprie abilità nel campo della valutazione di convenienza, comparata, di calcolo dei costi (ad esempio per applicare tariffe dei servizi), di recupero di più elevati livelli di qualità (dei servizi

e della gestione), di attivare processi negoziali (circa la mobilità sanitaria, nei rapporti Regione-aziende, nei rapporti pubblico-privato, nei rapporti acquirente-fornitore di servizi) senza però mai rinunciare alla sua autenticità di persona e senza mai essere indotto a pensare che le tecniche di management sono di per sé sufficienti.

MECOSAN

*La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità*

Spedizione in abbonamento postale - 50%

L'indice degli articoli pubblicati su *MECOSAN* nel 1992 e 1993

- in ordine alfabetico
per autore
- in ordine di materia
per sezione

*Abbonati subito
lo riceverai gratuitamente*

Direzione:

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 06/8073368 - 8073386 - Fax 06/8085817

Redazione:

20136 MILANO - Via Balilla, 18
Tel. 02/58363132-58363136 - Fax 02/89404523

Pubblicazione:

- edita da SIPIS ed iscritta al n. 285 del Registro Nazionale della Stampa in data 22 settembre 1982
- registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
- fotocomposta da Giuseppe Fratini, Via del Lavoro, 56/a, 00019 Tivoli - Tel. 330259 Fax 330260
- stampata dalla « Grafica Ripoli » snc, - Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli - Tel. 381700 - Fax 381700
- spedita in abbonamento postale - 50%

Condizioni di abbonamento:

Per abbonarsi a *Mecosan* per l'anno 1994 versare l'importo di **L. 200.000** mediante c.c.p. n. **72902000** intestato a SIPIS - Roma o inviare assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a SIPIS - Roma - Viale Parioli, 77.

Supplemento al n. 8 di *MECOSAN*

Direttore responsabile
Luigi D'Elia

Condirettore
Elio Borgonovi

Coordinatore generale
Franco Sassi

Redattori capi sezione
**Giorgio Fiorentini, George France,
Marco Meneguzzo, Antonello Zangrandi,
Francesco Zavattaro**

Redattori
**Giorgio Casati, Mario Del Vecchio,
Andrea Garlatti, Alessandra Massei**

SIPIS

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

PRIME RIFLESSIONI SUI SISTEMI DI CONTABILITÀ ECONOMICA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di Eugenio Anessi Pessina e Francesco Zavattaro

SDA - CeRGAS - Università « L. Bocconi » - Milano

SOMMARIO: Introduzione - 1. Il significato del risultato d'esercizio - 2. Il ruolo del bilancio preventivo economico.

The Italian National Health Service (INHS) is in the midst of a profound reorganization. The 1992 INHS Reform Decree places great emphasis on decentralization, managerial autonomy and accountability, competition within the INHS as well as between the INHS and the private sector. These developments will require new, more adequate management tools and management information systems, including a new financial-accounting system. Acknowledging this need, the Reform Decree provides for an accrual-based accounting system to integrate and eventually replace the current cash-and obligation-based system. This paper analyzes two major issues concerning the introduction of accrual accounting in the INHS; the significance of net income and the role of accrual-based budgeting.

Introduzione

Come già più volte sottolineato in numerosi contributi apparsi su questa stessa rivista, il SSN sta attraversando un processo di profondo rinnovamento che, a prescindere dagli specifici strumenti normativi nazionali e regionali adottati, dovrà comunque caratterizzarsi per i seguenti aspetti:

— superamento progressivo dell'attuale modello di governo del SSN, caratterizzato dalla predominanza di logiche burocratico-formali, da processi decisionali centralistici tipici dei sistemi ad economia pianificata, da ipotesi di controllo della spesa attraverso vincoli finanziari e più in generale normativi imposti a preventivo (come ad esempio il blocco delle piante organiche e delle assunzioni) e dall'assenza di adeguati strumenti di controllo sui risultati;

— rafforzamento del ruolo delle Regioni nel determinare l'assetto istituzionale del sistema e l'organizzazione dei servizi sanitari sul proprio

territorio e conseguente attribuzione alle Regioni stesse di quote crescenti di responsabilità economico-finanziaria;

— affermazione della concezione di SSN come *sistema di aziende autonome*, in cui ciascuna azienda persegue propri obiettivi e propri equilibri, anche economici, pur nel rispetto di alcuni vincoli imposti dalle finalità comuni di tutela della salute;

— sviluppo progressivo di relazioni tra pubblico e privato più coerenti con il principio delle pari opportunità, pur nella necessaria distinzione dei ruoli tra chi è chiamato a garantire il perseguimento dell'interesse collettivo e chi ha prevalenti finalità di reddito, ossia di remunerazione del capitale investito e del rischio d'impresa;

— introduzione di meccanismi concorrenziali tra pubblico e privato e all'interno del sistema pubblico, con conseguente riduzione delle tutele istituzionali tradizionalmente garantite alle strutture pubbliche;

— attivazione di ambiti più ampi di responsabilità operativa ed econo-

mica in capo alle singole aziende ed ai diversi livelli decisionali interni alle stesse, anche in conseguenza dei maggiori gradi di autonomia presenti nel sistema.

L'insieme di queste linee di tendenza impone la progettazione e la creazione di numerose, articolate e complesse condizioni, che investono le relazioni interistituzionali, il contenuto e lo sviluppo delle professionalità, le logiche e gli strumenti per l'esercizio delle funzioni di governo ad ogni livello del sistema. Tra questi ultimi assume particolare rilievo lo sviluppo di strumenti di management che favoriscano le capacità competitive di ciascuna azienda e l'esercizio delle attività di produzione ed erogazione dei servizi in condizioni di economicità.

Il contesto evolutivo sopra delineato impone tra l'altro la progettazione e la progressiva introduzione di sistemi di rilevazione maggiormente focalizzati sull'aspetto economico della gestione: particolarmente rilevante in questa fase appare l'introduzio-

ne di sistemi di contabilità generale di tipo economico analoghi a quelli da tempo adottati nella gran parte delle aziende, non solo private (si pensi ad esempio al settore delle aziende municipalizzate). Tale orientamento è già stato peraltro recepito dal decreto di riordino del SSN (art. 5, D.L.vo n. 502/92 come modificato dal D.L.vo n. 517/93). Nello stesso tempo, tuttavia, le specificità delle aziende pubbliche di servizi sanitari sono tali da rendere scarsamente efficace il recepimento acritico delle finalità attribuite al sistema di contabilità generale in altre aziende e delle metodologie ad esse correlate. Ad un primo stadio di approfondimento, i temi maggiormente critici sembrano essere:

1) il significato del risultato economico d'esercizio determinato attraverso la contabilità generale e le sue correlazioni con le modalità di finanziamento della gestione;

2) il ruolo del bilancio preventivo in relazione all'articolazione delle responsabilità istituzionali, in particolare tra il livello regionale e le singole aziende (USL ed ospedali-azienda);

3) i metodi di misurazione delle componenti positive e negative del risultato di sintesi, ossia delle diverse classi di costi, ricavi e proventi. A questo riguardo sembrano assumere particolare rilevanza: (i) il momento di rilevazione, soprattutto con riferimento alle operazioni di trasferimento di risorse finanziarie nella forma di ricavi o proventi; (ii) le scritture di rettifica ed integrazione dei valori rilevati nel corso dell'esercizio e le connesse valutazioni; (iii) in particolare, la determinazione delle quote di ammortamento delle immobilizzazioni tecniche in relazione alle diverse possibili modalità di finanziamento degli investimenti; (iv) le correlazioni logiche e tecniche tra contabilità pubblica (con prevalenti finalità di consolidamento dei conti pubblici), con-

tabilità generale (con finalità di determinazione del risultato d'esercizio) e contabilità analitica (con prevalenti finalità di osservazione di particolari aree di risultato interne all'azienda).

Data la natura prevalentemente derivata dei temi di cui al punto 3), questo saggio limita la propria analisi ai primi due punti.

1. Il significato del risultato d'esercizio

In prima approssimazione, l'obiettivo generalmente attribuito ai sistemi di contabilità generale è quello di « misurare il risultato economico di un dato periodo e rappresentarlo attraverso il bilancio d'esercizio » (Anthony [1989]). È tuttavia agevole rilevare come il significato del risultato economico debba essere diverso nelle diverse classi di aziende, ed in particolare tra le aziende che perseguono prevalenti finalità di reddito e quelle in cui il fine economico non è preminente (1). Nelle aziende del primo tipo, in particolare, il risultato economico di sintesi determinato attraverso le rilevazioni di contabilità generale (*reddito d'esercizio*) può essere assunto quale indicatore significativo dell'economicità dell'azienda e quindi quale misura della responsabilità dei suoi organi di governo; nelle aziende del secondo tipo, per contro, il giudizio di economicità non può esaurirsi nella determinazione del risultato d'esercizio ma richiede il ricorso ad ulteriori elementi di valutazione, tra cui particolare rilievo assume la verifica del grado di soddisfacimento dei bisogni. Nelle aziende pubbliche di servizi sanitari, pertanto, le valutazioni di economicità devono inevitabilmente basarsi anche su informazioni extra-contabili, spesso non economiche, e quindi non sintetizzabili in un unico indicatore.

Almeno in prima approssimazio-

ne, dunque, non ci si può attendere che il bilancio economico di una USL o di un ospedale-azienda ne rifletta la *performance* complessiva, ossia l'economicità. Ciò che il bilancio economico può misurare in questi contesti è la capacità dell'azienda (i) di salvaguardare il proprio patrimonio nel corso dell'esercizio, e (ii) di garantire un equilibrio fisiologico tra il valore atteso della produzione, espresso attraverso il meccanismo di finanziamento, ed i costi sostenuti per lo svolgimento della funzione di produzione e di erogazione dei servizi. Più specificamente, il bilancio economico può evidenziare:

— se, nel corso dell'esercizio, i cittadini-utenti hanno usufruito di servizi che hanno comportato costi inferiori, uguali o superiori all'entità dei trasferimenti e delle altre risorse economiche fisiologicamente acquisite dall'azienda;

— la formazione di un « avanzo » di risorse da destinare a consumi sanitari negli esercizi successivi, nel caso in cui i costi siano stati inferiori alle risorse economiche disponibili;

— la formazione di un « disavanzo » nel caso in cui i costi siano stati superiori alle risorse economiche disponibili.

Nell'ultima fattispecie, inoltre, il bilancio economico può facilmente evidenziare se i maggiori consumi di prestazioni e servizi sanitari rilevati in un dato esercizio debbano trovare copertura economica negli esercizi successivi, con eventuali riflessi negativi sull'economicità dell'azienda come giudizio di lungo periodo.

Nelle aziende pubbliche di servizi sanitari, quindi, il risultato di esercizio:

— non può essere interpretato come reddito, ossia come remunerazione del capitale investito e quindi come creazione o distruzione di disponibilità economico-finanziarie per un gruppo ben identificato di soggetti (i soci dell'azienda);

— a maggior ragione, *non* dovrebbe essere denominato « utile » o « perdita », che rappresentano la trasposizione giuscontabile del concetto di reddito;

— *non* può essere interpretato come mera variazione nelle risorse monetarie disponibili, in quanto alla sua determinazione concorrono valori che non hanno avuto manifestazione monetaria nel corso dell'esercizio (ad esempio gli accantonamenti e le rimanenze iniziali), mentre non concorrono valori che hanno già avuto la propria manifestazione monetaria (ad esempio valori che vengono rinviati all'esercizio successivo attraverso la rilevazione di risconti);

— coerentemente, *non* dovrebbe essere denominato « avanzo » o « disavanzo », anche a motivo del significato assunto da questi termini nel sistema di contabilità pubblica;

— assume il significato di misura *solo parziale* dell'economicità, da integrare con altri elementi di giudizio tipicamente non rappresentabili attraverso il metro monetario.

In alternativa, il risultato d'esercizio può correttamente essere interpretato nel duplice aspetto di:

— misura del grado di mantenimento del valore del patrimonio nel corso dell'esercizio;

— misura dell'equilibrio nella distribuzione dei consumi di servizi sanitari tra periodi temporali in relazione alle risorse economiche rese disponibili.

La seconda interpretazione, peraltro, è già stata recepita dalla letteratura e dalla prassi contabile anglosassone che individua nel concetto di *interperiod equity* il principale significato da attribuire al risultato d'esercizio nelle organizzazioni *non-profit* (2).

Sembra conseguentemente lecito proporre che il risultato di sintesi rilevato tramite la contabilità generale assuma una denominazione coerente con il significato sopra evidenziato,

ed in particolare la denominazione di *Risparmio d'esercizio* (3).

Occorre peraltro sottolineare che tale interpretazione del risultato di sintesi risulterebbe ampliata fino a ricomprendere pienamente il giudizio di economicità qualora il meccanismo di finanziamento fosse in grado di riflettere perfettamente il valore della produzione come percepito dai cittadini-utenti. In questo caso, infatti, il risparmio d'esercizio verrebbe a misurare anche la capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni in modo efficace ed efficiente.

2. Il ruolo del bilancio preventivo economico

Nei sistemi di contabilità pubblica, il bilancio preventivo avrebbe dovuto svolgere, tradizionalmente, una funzione detta *autorizzativa*, e più in particolare:

— costituire un vincolo all'ammontare complessivo delle risorse impiegate dall'azienda in un dato periodo attraverso l'obbligo del pareggio di bilancio a preventivo;

— rappresentare la base per il controllo sulle decisioni di allocazione delle risorse tra impieghi alternativi, attraverso la definizione di un iter formale di approvazione delle decisioni di spesa.

A tali finalità preminenti corrispondeva una struttura complessivamente coerente del sistema di contabilità pubblica.

La contabilità generale su base economica, avendo finalità prevalenti di osservazione della gestione d'azienda e di rappresentazione delle sue condizioni di equilibrio economico tramite opportune sintesi di bilancio, non appare in grado di svolgere una funzione simile a quella autorizzativa sopra descritta. D'altra parte, ogni sistema sanitario regionale presenta esigenze di coordinamento dell'azione e di controllo sulle risorse almeno pari a quelle di tutti i « gruppi di

aziende ». Da qui la necessità di progettare meccanismi e strumenti di programmazione, e quindi di coordinamento e controllo, adeguati alla complessità del sistema e coerenti con il nuovo impianto contabile.

In parte questa esigenza è stata già recepita dal nuovo impianto normativo che in proposito prevede la predisposizione obbligatoria di un « bilancio preventivo economico annuale » (art. 5, comma 4, D.L.vo n. 502/92). Per le considerazioni sopra svolte appare tuttavia necessario definire più approfonditamente il ruolo, la struttura ed i contenuti di tale documento contabile.

Per quanto riguarda gli aspetti di contenuto, è già stata messa in evidenza la criticità del significato da attribuire al risultato di sintesi (risparmio d'esercizio) ed in particolare la sua correlazione con il meccanismo di finanziamento della gestione. Il risparmio d'esercizio, infatti, costituisce una misura significativa ed esaustiva dell'equilibrio dell'azienda, delle sue condizioni di funzionamento e quindi della responsabilità di chi la amministra solo se il sistema di finanziamento è in grado di riflettere perfettamente il valore della produzione come percepito dai cittadini-utenti. Nella realtà, tuttavia, questa condizione non può mai essere pienamente soddisfatta per l'impossibilità tecnica di rappresentare in maniera compiuta e pienamente razionale i giudizi di utilità connessi ad un'amplissima gamma di prestazioni e di servizi sanitari. Ad evidenza, questa considerazione è tanto più vera quanto più il sistema di finanziamento è orientato verso una differenziazione analitica del valore attribuito a ciascuna prestazione (4). Da qui la necessità di individuare:

— configurazioni intermedie del risultato di sintesi (margini di varia configurazione) che siano coerenti con gli ambiti di autonomia e di responsabilità di chi amministra l'azienda;

— informazioni integrative di natura extracontabile e tipicamente non monetaria che possano costituire elementi di valutazione aggiuntiva circa l'equilibrio dell'azienda, le sue condizioni di funzionamento e quindi la responsabilità di chi la amministra.

In termini di struttura è quindi necessario prevedere che il bilancio preventivo economico annuale sia articolato almeno nei seguenti « Documenti »:

— *Conto economico preventivo scalare*, che evidenzi le opportune configurazioni intermedie del risultato di sintesi;

— *Preventivo finanziario*, che evidenzi le dinamiche monetarie e finanziarie ed i correlati fabbisogni;

— *Piano programmatico di esercizio*, che in analogia alla Nota integrativa al bilancio consuntivo fornisca i necessari elementi aggiuntivi di previsione, valutazione e responsabilizzazione (un esempio può essere costituito da un Piano delle dinamiche del personale).

Il Preventivo finanziario, tra l'altro, può efficacemente assolvere alle esigenze di consolidamento dei conti

pubblici precedentemente garantite dalla contabilità pubblica ed in particolare dal Bilancio di cassa.

Come inevitabile conseguenza di questo impianto, il bilancio preventivo economico annuale assume il ruolo di strumento di negoziazione e responsabilizzazione interistituzionale; in particolare tale documento contabile deve consentire la definizione di condizioni operative di funzionamento (organizzative ed economiche) condivise tra Regione ed Azienda e coerenti con gli obiettivi di politica sanitaria come percepiti a livello regionale e a livello locale.

(1) Ai fini del presente lavoro non si fa ricorso ad un criterio giuridico-formale di distinzione tra aziende pubbliche e private in quanto per ciascuna classe di aziende le finalità preminenti possono variare in relazione ai valori ed alle attese della società civile di riferimento.

(2) Sul concetto di *interperiod equity*, si veda GASB [1988].

(3) Sul concetto di risparmio d'esercizio, si veda MASINI [1979].

(4) Particolarmente critiche risultano quindi le ipotesi, da più parti avanzate, di definizione di sistemi di finanziamento ba-

sati su tariffari estremamente analitici, soprattutto qualora questi determinino un valore fisso per ciascuna prestazione.

BIBLIOGRAFIA

AMIGONI [1979], *I Sistemi di Controllo Direzionale*. Milano: Giuffrè.

ANTHONY [1978], *Financial Accounting in Nonbusiness Organizations*. Stamford, CT: Financial Accounting Standards Board.

ANTHONY [1989], *Should Business and Non-business Accounting Be Different?* Boston, MA: Harvard Business School Press.

BORGONOVÌ (a cura di) [1990], *Il Controllo Economico nelle Aziende Sanitarie*. Milano: EGEA.

CATTURI [1989], *Teorie Contabili e Scenari Economico-Aziendali*. Padova: CEDAM.

CODA e FRATTINI [1983], *Valutazioni di Bilancio*. Venezia: Libreria Universitaria.

FREEMAN e SHOULDERS [1993], *Governmental and Nonprofit Accounting*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

GASB (Governmental Accounting Standards Board) (1988), *Codification of Governmental Accounting and Financial Reporting Standards*. Norwalk, CT.

MASINI [1978], *Il Sistema dei Valori d'Azienda*. Milano: Giuffrè.

MASINI [1979], *Lavoro e Risparmio*. Torino: UTET.

ZAPPA [1950], *Il Reddito d'Impresa* (2^a ed.). Milano: Giuffrè.

IL COSTO SOCIALE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

METODOLOGIA E RISULTATI DI UNA INDAGINE PRELIMINARE

di Maria Caterina Cavallo, Giovanni Fattore

SDA-CeRGAS - Università « L. Bocconi » - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. La metodologia dei costi sociali: 2.1. Costi umani e costi economici; 2.2. I costi diretti; 2.3. I costi indiretti; 2.4. I costi intangibili (approccio del capitale umano e approccio della disponibilità a pagare) - 3. La Malattia di Alzheimer: 3.1. Caratteristiche nosologiche; 3.2. Le variabili rilevanti per l'analisi economica; 3.3. Stadiazione della malattia e sopravvivenza del malato - 4. La metodologia di determinazione dei costi: 4.1. Le fonti informative; 4.2. La stima dei costi diretti; 4.3. La stima dei costi indiretti; 4.4. Le basi epidemiologiche della stima dei costi sociali - 5. Risultati: 5.1. Il costo di un paziente affetto dalla Malattia di Alzheimer; 5.2. I casi prevalenti e i costi sociali annuali; 5.3. L'analisi di sensitività - 6. Conclusioni.

Alzheimer Disease (AD), a degenerative, fatal disease of the brain mainly afflicting the aged, is the leading cause of dementia in Italy. As AD progresses, patients tend to become unable to take care of themselves, requiring health care and depending on others to manage daily activities. The purpose of this paper is twofold: to provide a preliminary indication of the overall direct and indirect costs of AD in Italy, and to illustrate the « burden of illness » methodology. We estimated that « life-time » cost and annual cost (both including direct and indirect costs) in an AD patient amount to Lit. 250 million and Lit. 29,4 million respectively. Assuming 302.000 prevalent cases, the total cost to the nation of AD is estimated to be 8.911 billion (Lit. 1993). As population ages, cost of a AD will significantly increase in the next future.

1. Premessa

La crisi finanziaria del SSN, nonché la più generale scarsità di risorse che caratterizza i sistemi sanitari suggeriscono l'urgenza di indagare malattie e modelli di assistenza ad esse collegati anche sotto il profilo economico. Sebbene anche in Italia si stia sviluppando un filone di ricerca economica orientato al contesto sanitario, mancano a tutt'oggi indagini rivolte a valutare le conseguenze economiche delle patologie che maggiormente coinvolgono la popolazione sia in termini di mortalità che di morbilità. Un recente contributo del CRESA (Cresa; 1993) sulle demenze, uno studio sulle malattie infiammatorie croniche intestinali (Sassi & Borgonovi, 1992), una ricerca sull'ulcera gastrica (Muttarini 1978), nonché alcune analisi parziali sui costi sanitari dell'AIDS (ad es. Rossi et al., 1992) rappresentano i principali lavori attualmente disponibili.

Il presente lavoro si prefigge di contribuire allo sviluppo di questo cam-

po di studi, fornendo una stima preliminare dei costi della Malattia di Alzheimer: una malattia cronico-degenerativa che drena una rilevante quantità di risorse del sistema sanitario, del settore socio-assistenziale e delle famiglie impegnate nel supporto quotidiano dei malati.

Lo scopo del lavoro è quindi duplice: da un lato fornire dati introduttivi che servano da stimolo a ricerche più complesse miranti a leggere in maniera più dettagliata le conseguenze economiche della malattia oggetto di analisi; dall'altro a mostrare la metodologia seguita in modo da contribuire ad uno sviluppo degli strumenti di analisi tramite la presentazione di un caso.

Il presente lavoro non è quindi da considerarsi come punto d'arrivo dell'analisi dei costi della Malattia di Alzheimer. Gli stessi autori presentano questi dati preliminari come parte di una ricerca più ampia attualmente in corso che prevede un'analisi più dettagliata dei costi indiretti tramite un questionario da sottopor-

re ai familiari dei malati e un approfondimento dei costi diretti tramite uno studio di coorte che rilevi prospetticamente i consumi sanitari su di un campione di pazienti.

2. La metodologia dei costi sociali

2.1. Costi umani e costi economici

Le malattie, seppure in misura differente a seconda delle caratteristiche che le contraddistinguono, impongono alla collettività rilevanti costi umani in termini di mortalità, di decremento della qualità della vita del malato e di chi è chiamato a prestargli assistenza, di distruzione di capacità fisiche e psichiche dei soggetti che ne risultano colpiti.

L'indagine empirica su cui si basa il presente lavoro è stata svolta presso il CeRGAS dell'Università « L. Bocconi » di Milano e ha usufruito di un apposito finanziamento da parte della Bayrofarm, alla quale va il ringraziamento degli Autori. In termini di stesura finale, i par. 3 e 4 sono da attribuire a M.C. Cavallo e i par. 1, 2, 5 e 6 a G. Fattore.

Le malattie hanno anche pesantissime conseguenze economiche: le persone malate necessitano di assistenza sanitaria e assistenza « sociale » per sopperire al diminuito livello di capacità funzionale, « perdono » tempo che sarebbe altrimenti impiegato nella produzione di ricchezza e condizionano la vita di parenti e amici che, oltre a sopportare elevati costi psicologici, impiegano il loro tempo per aiutare e curare i loro cari.

La rilevanza delle conseguenze delle malattie suggerisce la necessità di una loro valutazione anche secondo la prospettiva economica, non per assumere che solo la « razionalità » economica debba guidare le scelte in campo sanitario, ma perché gli strumenti dell'analisi economica possono produrre informazioni utili a supportare i processi decisionali che, inevitabilmente, non possono seguire percorsi astrattamente « razionali », ma dovrebbero scaturire da una sintesi tra diverse dimensioni di analisi.

L'approccio tradizionale all'analisi dei costi sociali delle malattie distingue fra tre categorie principali di costi: i costi diretti, i costi indiretti e i costi intangibili (Drummond, 1980).

2.2. I costi diretti

Le malattie comportano innanzitutto costi per l'assistenza sanitaria. Sebbene notevoli sforzi siano stati compiuti negli ultimi anni per orientare i sistemi sanitari verso la prevenzione, la grande maggioranza delle risorse sanitarie è assorbita dalla diagnosi e dalla cura (intesa anche semplicemente come alleviamento dei sintomi) delle malattie: gli accertamenti necessari per la diagnosi, le terapie (mediche o chirurgiche), gli esami di « laboratorio » e di « imaging » finalizzati al monitoraggio, nonché tutte le attività di riabilita-

zione compongono i costi diretti sanitari.

I costi sanitari non sono l'unica forma di assorbimento di risorse direttamente imputabile alla malattia: ausili non strettamente sanitari, diete specifiche, adattamenti particolari degli spazi in cui il paziente vive, nonché il trasporto del malato dal domicilio alle strutture sanitarie comportano costi generalmente non trascurabili nel contesto delle patologie cronico-degenerative. La letteratura sui costi sociali fa principalmente riferimento ai soli costi diretti che siano in qualche modo imputabili al malato: in realtà, una quota rilevante dei costi finali è rappresentata dalla categoria dei costi diretti indivisibili, ossia dei costi attribuibili alla malattia in generale e non ai suoi portatori. Tra questi, i più rilevanti sono: la formazione del personale sanitario (e in alcuni casi anche extra-sanitario), per la parte del costo di formazione finanziata tramite risorse pubbliche, e l'attività di ricerca.

La mancanza di fonti informative adeguate ha suggerito, almeno in questa fase dello studio, di trascurare la quantificazione dei valori riconducibili a tale tipologia di costi, alla cui rilevanza è comunque parso opportuno fare cenno sia a fini di accuratezza descrittiva della metodologia in questione, sia per evidenziare che l'omissione degli stessi rafforza la convinzione di chi scrive circa la conservatività delle stime di seguito proposte.

2.3. I costi indiretti

Il benessere sociale di una collettività dipende anche dalla sua capacità di produrre ricchezza economica: la produzione di beni e servizi contribuisce a soddisfare bisogni individuali e collettivi e apre opportunità in termini di progresso sociale.

La ricchezza economica prodotta da un Paese dipende principalmente

dalla quantità e qualità delle risorse a disposizione. Tali risorse sono classificabili in due grandi categorie: umane e naturali. Le prime riguardano la quantità del lavoro che entra, a vario titolo, direttamente nella produzione di « beni » (lavoro propriamente detto e imprenditorialità) o indirettamente contribuendo a formare capitale produttivo (strutture fisiche, attrezzature e beni « intermedi » utili alla produzione di prodotti e servizi destinati al consumo). Le seconde riguardano tutte le risorse naturali che, in forma diretta o mediata, sono necessarie per produrre beni di consumo e di investimento.

Le malattie non solo richiedono l'assorbimento di risorse per essere prevenute, diagnosticate e curate, ma inibiscono la capacità di lavoro: gli effetti delle malattie sul piano cognitivo-funzionale e il tempo che sottraggono per l'assistenza ai parenti e agli amici dei malati inducono un assorbimento della quantità di lavoro disponibile. Il valore economico del tempo perso dai pazienti e dalle persone a loro vicine a causa delle malattie viene generalmente quantificato tramite l'analisi dei costi indiretti.

Anche in questo caso il concetto di costo rilevante per l'analisi è l'assorbimento di risorse economiche e non la registrazione di un trasferimento finanziario o di un pagamento indotto dalla malattia; il costo non consiste nelle variazioni di retribuzione dovute alla stessa (che chiaramente vengono a dipendere dai regimi previdenziali), ma deriva dalla mancata produzione di ricchezza che la società sopporta a causa dell'« invalidità » delle persone malate e del tempo impiegato da familiari e amici per assisterle. È quindi importante valorizzare anche l'offerta di assistenza ai malati che non ha, come corrispettivo, una retribuzione, monetizzando il tempo sottratto al lavoro, quello sottratto alle attivi-

tà domestiche, nonché la riduzione di produttività per le persone che continuano a lavorare ma con un rendimento inferiore.

2.4. *I costi intangibili (approccio del capitale umano e approccio della disponibilità a pagare)*

Il dibattito sull'analisi dei costi sociali ha visto contrapporsi l'approccio sostenuto dalla *teoria del capitale umano* a quello sostenuto dalla *teoria della disponibilità a pagare* (« willingness to pay »), per taluni aspetti considerabile più coerente con la teoria economica. I sostenitori del primo approccio ritengono che obiettivo dell'analisi dei costi sociali sia la definizione di un quadro di sintesi che esprima le conseguenze indotte sulla collettività dalle patologie, attraverso la quantificazione del danno economico ad esse imputabile. Si suggerisce, pertanto, la determinazione dei costi sociali attraverso il riferimento sia ai costi *diretti* (le risorse assorbite per l'assistenza, la ricerca, ecc.), sia ai costi *indiretti* collegati alla perdita di produzione. Il secondo approccio trae origine da una critica di fondo, mossa alla teoria del capitale umano, incentrata sulla convinzione che quest'ultima tenda a discriminare le patologie in base al reddito e all'età dei portatori. La quantificazione dei costi indiretti, infatti, tende a considerare socialmente più rilevanti le malattie che colpiscono le persone giovani e/o con retribuzioni elevate. Con riferimento ai fondamenti della dottrina economica, i difensori del secondo approccio sostengono inoltre che il « costo » di una malattia deve essere misurato tramite l'ammontare di risorse che la collettività sarebbe disposta a sacrificare per eliminarla.

I due approcci non sono facilmente conciliabili in quanto tendono a misurare due fenomeni colle-

gati ma sostanzialmente diversi. La teoria del capitale umano mette in rilievo la dimensione delle risorse economiche assorbite dalla malattia: il concetto di « danno economico » è, in questo contesto, inteso come l'ammontare di risorse che si renderebbero disponibili se la malattia fosse completamente debellata.

La teoria della disponibilità a pagare attribuisce al « danno economico » un'accezione differente: il sacrificio che la malattia impone alla collettività, misurabile in termini di risorse che la collettività stessa sarebbe disposta a « sacrificare » (da qui « willingness to pay ») affinché la malattia fosse debellata.

Le due scuole sono diverse oltre che rispetto alle teorie retrostanti, rispetto agli strumenti idonei a rilevare i valori rispettivamente indicati come rilevanti: nel primo caso assume estremo rilievo la raccolta di dati sui consumi determinati dalla malattia, mentre nel secondo diventa cruciale l'individuazione dello strumento con cui rilevare la disponibilità della popolazione a pagare per eludere la malattia. Le difficoltà legate all'implementazione di un simile strumento sono la causa della scarsa diffusione di studi basati sulla sottostante teoria della disponibilità a pagare, nonché il principale fattore motivante la scelta di condurre il presente studio seguendo l'impianto concettuale della teoria del capitale umano. Sono stati quindi esclusi dall'analisi i costi classificati come « intangibili », quelli cioè legati al dolore, l'ansia, la sofferenza, che non trovano, neanche lontanamente, dei prezzi di riferimento. Questa scelta non è chiaramente motivata dalla convinzione che questi costi siano irrilevanti, ma dall'obiettivo di aggiungere un tassello, parziale ma quantificabile, alle conoscenze su questa malattia: le risorse economiche che sottrae alla collettività.

3. La malattia di Alzheimer

3.1. *Caratteristiche nosologiche*

Il processo di invecchiamento comporta gravi perdite funzionali responsabili del progressivo deterioramento del patrimonio individuale e dell'insorgenza di forme di disabilità, sebbene variabili da soggetto a soggetto.

Nonostante una parte di queste perdite funzionali si possa considerare in qualche modo fisiologica, la parte più consistente è, invece, di origine patologica, cioè derivante da veri e propri processi morbosi indicati con il termine di *demenza* secondo i criteri di classificazione ormai acquisiti dalla nosografia internazionale (Canal, Rozzini, 1989).

Si ritiene che l'80% di tutte le demenze sia di tipo *primario*; sia cioè il risultato di una degenerazione neuronale primitiva e/o di alterazioni vascolari tali da determinare la sofferenza neuronale e che solo il 20% sia di tipo *secondario*, ovvero attribuibile ad una causa specifica.

Nel complesso la Malattia di Alzheimer, che rappresenta la principale forma di demenza degenerativa primaria, è responsabile di più del 50% dei casi di demenza. Un tasso di riscontro che legittima la focalizzazione dell'analisi su tale patologia, anche nella considerazione che l'eterogeneità della sindrome demenziale dal punto di vista clinico, neurochimico, neuropatologico, suggerisce una distinzione della popolazione affetta da demenza in diverse sottopopolazioni caratterizzate da tratti peculiari.

La Malattia di Alzheimer è una malattia progressiva, irreversibile e di lunga durata: nonostante l'ultimo decennio sia stato testimone di notevoli progressi nella conoscenza della stessa, nessuna delle ipotesi patogenetiche proposte ha avuto conferme tali da supportare un approccio preventivo o terapeutico.

L'orientamento più recente della ricerca è nella direzione dell'indagine dei fattori di rischio, rispetto ai quali, pur nell'evidenza di una mancanza di accordo unanime da parte della letteratura circa i risultati raggiunti, è possibile quantomeno identificare la classificazione di base dei fattori osservati.

Questi appaiono, infatti, suddivisi in *fattori di rischio certi*, per i quali l'associazione con la malattia è comprovata, *fattori di rischio possibili*, per i quali esiste un'associazione forte, ma non provata con la malattia, *fattori di rischio incerti e improbabili*, per i quali invece l'associazione viene fortemente messa in discussione (Vitali, 1993).

La revisione della letteratura sotto l'aspetto semiologico ha evidenziato la ricorrente indicazione delle placche senili, della degenerazione neurofibrillare e della degenerazione granulovacuolare come lesioni istopatologiche più caratteristiche, assieme al reperto dell'amiloide, presente in accumuli di entità tale da poter essere considerati atipici anche rispetto a quelli spesso presenti nel cervello senile (Canal, Rozzini, 1989).

3.2. Le variabili rilevanti per l'analisi economica

Gli aspetti citati, da quello patogenetico, a quello semiologico a quello incentrato sull'analisi dei fattori di rischio, esulano dalle finalità dello studio compiuto e sono stati sfiutati in un'ottica tesa ad inserire l'analisi economica nel contesto più esaustivo possibile della patologia indagata.

Al contrario, le problematiche diagnostiche, l'evoluzione della malattia, il quadro clinico della stessa e le possibili terapie farmacologiche di seguito discusse sono state indagate a livello teorico in quanto da tali tematiche traggono origine le variabili in seguito monetizzate e, pertanto,

rappresentative dei costi diretti ed indiretti correlati alla malattia.

Lo studio delle problematiche diagnostiche, dei possibili interventi terapeutici e dei bisogni correlati all'evoluzione della malattia hanno permesso di individuare le seguenti fonti di costi diretti:

- Iter diagnostico e di monitoraggio della malattia
- Trattamento farmacologico
- Ausili
- Prestazioni assistenziali retribuite.

L'analisi del quadro clinico e, conseguentemente, delle manifestazioni sintomatiche della Malattia di Alzheimer, hanno invece consentito di focalizzare le necessità assistenziali del paziente riconducibili a fonti di costi indiretti:

- Forme di assistenza non retribuita erogate dai caregivers;
- Forme di assistenza di supporto al caregiver di riferimento.

L'analisi delle linee evolutive della malattia si è resa necessaria allo scopo di identificare la durata media dei singoli stadi evolutivi rispetto a cui compiere la valutazione dei costi connessi ad ognuno di essi, oltre che ad individuare il ruolo rivestito da una variabile rilevante in ottica economica quale la necessità di istituzionalizzazione del malato.

L'indagine dell'aspetto diagnostico pone in evidenza come dato più rilevante l'assenza di uno strumento definitivo per la diagnosi della Malattia di Alzheimer che resta a tutt'oggi possibile solo attraverso l'esame autoptico. La diagnosi presuntiva della malattia resta, pertanto, una diagnosi per esclusione a cui è possibile pervenire dopo aver debitamente escluso una lunga serie di cause alternative di più sicura determinazione.

L'esigenza di uniformità diagnostica ha portato all'elaborazione di criteri clinici standardizzati da parte del Work Group on the Diagnosis

of Alzheimer's Disease del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) e dell'Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA) (Mc Khann et al., 1984).

I criteri suggeriti, peraltro conformi alle indicazioni del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III), hanno consentito di raggiungere una accuratezza diagnostica dell'80%; risultato rilevante se si considera che l'oggetto della valutazione viene ad essere un insieme molto complesso di funzioni e non un singolo segno clinico.

La diagnosi desumibile mediante l'applicazione dei suddetti criteri può essere di probabilità o di possibilità a seconda che il quadro clinico osservato sia compatibile rispettivamente con la totalità o con una parte dei criteri proposti. La prassi clinico-diagnostica seguita nel nostro Paese prevede, come primo ma importante passo, un'accurata raccolta anamnestica e un esame obiettivo neurologico, integrati dai dati forniti dalla Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e da una prima batteria di esami ematochimici finalizzati alla diagnosi differenziale. Altre tecniche diagnostiche quali Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Elettroencefalogramma (EEG), Positron Emission Tomography (PET), Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT), non rientrano nel percorso diagnostico standard seguito nel nostro Paese essendo, per vari ordini di motivi, eseguiti in un ridotto numero di casi di demenza presunta.

Al contrario, l'iter diagnostico risulta sempre comprensivo di una serie di metodiche neuropsicologiche a cui il clinico chiede di confermare il sospetto di demenza degenerativa ed eventualmente quantificarne il danno cognitivo seguendone nel tempo l'evoluzione.

Il percorso diagnostico osservato e successivamente monetizzato è da

considerarsi comprensivo dei controlli compiuti periodicamente per la discussione della diagnosi iniziale in un primo momento e per il monitoraggio della malattia in seguito.

3.3. Stadiazione della malattia e sopravvivenza del malato

Lo studio dell'evoluzione della malattia ha rivelato una sopravvivenza superiore, tra i soggetti che ne risultano affetti, in relazione ad altre forme di demenza quale, ad esempio, la multifattoriale. Il dato potrebbe, comunque, essere condizionato dalle diverse percentuali dei due sessi presenti nelle diverse forme. La Malattia di Alzheimer, infatti, presenta una spiccata prevalenza tra le donne che, come è noto, sono caratterizzate da un'aspettativa di vita più lunga. Uno studio dell'85 (Rorsman, 1985; cit. in Vitali, 1993) evidenzia che i maschi dementi hanno un'aspettativa di vita inferiore rispetto a quella delle donne dementi e sono maggiormente esposti alle forme multifattoriali.

La sopravvivenza per i pazienti affetti da Malattia di Alzheimer viene modificata dall'età di esordio della malattia: è migliore nelle forme ad esordio precoce (prima dei 65 anni) nonostante si abbia, in entrambi i casi, una riduzione dell'aspettativa di vita (Vitali, 1993).

Lo studio di Barclay (1985) (cit. in Vitali, 1993) stima in 8.1 anni la sopravvivenza media dei soggetti affetti dalla Malattia di Alzheimer a decorrere dal periodo di esordio dei primi sintomi. Risultato più ottimistico è quello riportato da Walsh (1990) (cit. in Vitali, 1993) che stima in 9.3 anni la sopravvivenza. La consapevolezza dell'eterogeneità della malattia a livello sintomatico e dell'esistenza di quadri nosografici contrassegnati da diverse linee evolutive ha portato una parte della letteratura a non esprimersi in termini assoluti sui valori di sopravvivenza, ben-

si mediante l'indicazione di un intervallo temporale all'interno del quale è verosimile che si trovi il valore di sopravvivenza medio della patologia in oggetto.

Friedland (1993) riporta una sopravvivenza variabile tra 5 e 12 anni, altri studi la considerano compresa tra 7 e 8 anni, altri ancora tra 8 e 15. In linea di massima l'intervallo maggiormente accreditato sembra variare tra 7 e 10 anni, come confermato, peraltro, da numerose esperienze cliniche. Tale valore è stato prescelto dal presente lavoro quale arco temporale di riferimento lungo il quale conteggiare i costi della malattia oggetto di analisi.

Sono molteplici le classificazioni disponibili in letteratura per realizzare la stadiazione della malattia; per posizionare, cioè, lungo l'arco temporale definito in precedenza, le diverse fasi in cui essa si evolve, contrassegnate da voci di costo differenti in quanto espressione della diverse necessità terapeutico-assistenziali da cui ognuna di esse è caratterizzata.

Una delle classificazioni più accreditate dell'andamento della malattia distingue 4 fasi cronologiche (Spinnler, 1982) (cit. in Vitali, 1993) rispettivamente denominate *reattiva*, *neuropsicologica*, *neurologica ed internistica*, caratterizzate da un progressivo aggravamento dei deficit cognitivi e dei sintomi psichici e comportamentali.

Seguendo un differente approccio funzionale è possibile immaginare la Malattia di Alzheimer come un fenomeno patologico contrassegnato da tre livelli di espressione tra loro collegati.

Il primo livello, *livello biologico*, è rappresentato dalle alterazioni cerebrali che sono all'origine dei disturbi che caratterizzano gli altri due livelli.

Il secondo livello, *livello cognitivo*, è costituito dai disturbi delle funzioni cognitive e, in particolare, del-

la memoria, della formulazione e della comprensione dei messaggi verbali, della capacità di compiere correttamente alcuni movimenti come ad esempio il vestirsi e della capacità di identificare correttamente gli stimoli.

I disturbi cognitivi comportano gravi conseguenze a livello del comportamento nella vita quotidiana (terzo livello o *livello comportamentale e funzionale*). Così, col progredire della malattia, i pazienti diventano dapprima incapaci di svolgere correttamente le « attività strumentali », come l'uso dei mezzi di trasporto o del telefono e successivamente le « attività di base » della vita quotidiana, quali il vestirsi o l'alimentarsi.

La Malattia di Alzheimer può essere classificata in base alla gravità, seguendo le indicazioni dell'American Psychiatric Association (1987), in *lieve*, *moderata* e *grave*; tale classificazione, nonostante le differenze terminologiche, è parzialmente sovrapponibile a quella proposta da Poncet e Guinot (1989) all'interno della quale si distinguono altrettanti stadi:

— una « fase iniziale », contraddistinta da disturbi mnemonici;

— la « sindrome demenziale », in cui si acutizzano i disturbi mnemonici;

— la « fase terminale », in cui il paziente deve essere assistito nelle azioni più elementari della vita quotidiana quali la comunicazione, l'incontinenza, ecc.

La stadiazione della malattia, prescelta ai fini dell'analisi dei costi sociali della stessa, è rappresentata dalle suddette tre fasi, a cui è stata attribuita la seguente durata media:

— Fase I (lieve): pari a 2.5 anni; valore puntuale prescelto all'interno dell'intervallo stimato variabile tra 1 e 3 anni.

— Fase II (moderata): stima puntuale pari a 4 anni, quale valore medio della durata stimata variabile tra 3 e 5 anni.

— Fase III (grave): stima puntuale pari a 2 anni, quale valore medio della durata stimata variabile tra 1 e 3 anni.

Il valore temporale attribuito alla prima fase, pur non rappresentando la media esatta dell'intervallo considerato, permette di rispettare la coincidenza con il valore assunto quale tempo di sopravvivenza complessivo del paziente, stimato variabile tra 7 e 10 anni e pertanto equivalente alla media di 8.5 anni.

4. La metodologia di determinazione dei costi

4.1. Le fonti informative

Gli strumenti informativi utilizzati per quantificare lungo le tre fasi considerate le voci di costo precedentemente enunciate, sono di natura differente:

— indicazioni fornite dal panel di esperti di supporto, composto da geriatri e neurologi;

— incontri con i *caregivers* dei pazienti affetti dalla Malattia di Alzheimer;

— letteratura nazionale ed internazionale sull'argomento;

— revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (decreto ministeriale 7 novembre 1991);

— informatore farmaceutico, 1993;

— contabilità per centri di costo attivata dalla regione Toscana (con riferimento ai valori per il 1993);

— rette giornaliere assegnate dalla regione Lombardia ad IRCCS privati, Case di cura private, ospedali classificati, convenzionati ex art. 25, L. n. 883/78 per gli anni 1992/1993 (regione Lombardia, Relazione sulla spesa corrente, 1992);

— rette giornaliere assegnate dalla regione Lombardia agli istituti di riabilitazione convenzionati ex art. 26, L. n. 883/78 per il triennio 1992/1994

(Bollettino Ufficiale della regione Lombardia, 2° supplemento straordinario al n. 37 del 17 settembre 1993).

4.2. La stima dei costi diretti

L'analisi della prima voce di costo diretto, costituita dall'iter diagnostico e di monitoraggio della malattia, ha condotto all'individuazione di un percorso standard a cui, in presenza di sospetto disturbo dementigeno, il paziente viene sottoposto; tale percorso risulta comprensivo delle visite mediche specialistiche, degli accertamenti diagnostici, della valutazione neuropsicologica, condotti durante l'intero arco di durata della malattia. Per la monetizzazione delle singole voci si è fatto riferimento alle tariffe nazionali per i servizi sanitari erogati in convenzionamento esterno (D.M. 7 novembre 1991). Si sono, inoltre considerate le diverse modalità di conduzione di tale iter e la frequenza media con cui vengono utilizzate sul territorio nazionale:

— regime di day-hospital, a cui ricorre il 30% circa dei pazienti;

— regime ambulatoriale, utilizzato in circa il 50% dei casi;

— regime di ricovero, in cui si diagnostica circa il 20% dei malati.

Tale differenziazione, introdotta a fini di completezza dell'analisi, è stata in seguito abbandonata alla luce della sostanziale omogeneità dei valori di costo riscontrati nei tre diversi contesti diagnostici; come valore puntuale necessario al prosieguo dell'analisi si è, pertanto, assunta la media ponderata degli stessi.

Il costo dell'iter diagnostico così determinato ammonta a 6.980.000 lire per paziente (tabella 1).

La seconda componente di costo considerata, il trattamento farmacologico correlato all'iter terapeutico, è risultata di difficile quantificazione a causa dell'assenza di una modalità univoca nella conduzione della terapia.

Pur con i limiti legati alla pretesa di standardizzazione, la necessità di inserire questa importante voce nel computo dei costi diretti, ha condotto alla costruzione di un protocollo terapeutico di massima, differenziato rispetto agli stadi della malattia che definiscono i tratti peculiari del trattamento erogato.

La consapevolezza dell'estrema personalizzazione dei trattamenti farmacologici ha reso opportuno basare l'analisi su valori medi di duplice ordine:

— il dosaggio considerato è una media ponderata del valore minimo e del valore massimo somministrabile a seconda delle reazioni individuali allo specifico farmaco considerato;

— la terapia è stata espressa in termini di somministrazione di principi attivi, per poi procedere alla definizione di un valore espressivo della media tra i prezzi delle diverse specialità farmaceutiche esistenti in commercio in corrispondenza di uno stesso principio attivo, in modo da evitare distorsioni nei risultati finali causate da differenze di ordine commerciale.

Le categorie farmacologiche generalmente prescritte sono risultate strumentali alla realizzazione di due fasi terapeutiche principali: la *fase della stimolazione* e, successivamente, la *fase della sedazione* (Fabris et al., 1992). Si noti che si tratta, in entrambi i casi, di trattamenti sintomatici della malattia mentre un'attenzione a parte è stata dedicata alla prassi seguita nella somministrazione di farmaci

Tabella 1 - Costi dell'iter diagnostico e del monitoraggio

Regime di assistenza	Frequenza	Costo
Day-Hospital	30%	6.120.000
Ambulatorio	50%	7.200.000
Ricovero ordinario	20%	7.720.000
Totale	—	6.980.000

specifici per il disturbo dementigeno in sé. L'osservanza delle suddette indicazioni ha condotto ad un valore di costo medio per il trattamento dei sintomi della malattia pari a 2.600.000 lire complessive per l'intero arco di durata della stessa, ripartite tra le tre fasi individuate lungo il decorso come rappresentato nella tabella 2 e ad un costo medio per i farmaci finalizzati alla cura della demenza pari a 1.500.000 lire.

Voce di costo diretto è, inoltre, quella relativa agli ausili di cui il paziente necessita durante l'arco della malattia: tra questi la categoria di gran lunga più rilevante è costituita dagli ausili all'incontinenza, problematica assai comune tra i soggetti affetti dalla Malattia di Alzheimer soprattutto nella fase di massima gravità.

L'opinione degli esperti e l'analisi delle esperienze dirette dei caregivers hanno permesso di standardizzare la necessità di pannoloni per incontinenti in un numero di 3 al giorno, valorizzato al costo unitario di 500 lire (fonte: listino prezzi di alcuni produttori); necessità che si considera protratta per un periodo di tempo posto al margine tra la fase moderata e la fase grave e, pertanto, mediamente quantificabile in 4 anni.

Con riguardo alla necessità di prestazioni infermieristiche si è assunto, sulla base dell'analisi del quadro clinico della malattia, che la necessità di dette prestazioni sanitarie venga a determinarsi durante il corso della fase grave (fase III) quando la permanenza a letto del paziente e le sue condizioni generali richiedono il sup-

porto, per la famiglia, di prestazioni professionali (es. cura delle piaghe da decubito) non più erogabili dal caregiver come nella fase moderata. Nella fase III della malattia si è assunto che il supporto assistenziale così delineato venga erogato da un infermiere professionale per un numero medio di 6 ore settimanali.

In realtà i pazienti assistiti a domicilio durante la fase terminale della malattia, seppure con il necessario supporto infermieristico, costituiscono, nel nostro Paese, una relativa minoranza: si calcola, infatti, che circa l'80% dei soggetti nella fase grave venga istituzionalizzato in strutture protette.

Il costo medio per giornata di degenza in una delle suddette strutture, assunto a riferimento per il calcolo, è costituito dalla retta media giornaliera assegnata dalla regione Lombardia agli istituti di riabilitazione convenzionati equivalente a 154.294 lire giornaliere da cui discende, nell'ipotesi di un tempo di ricovero medio per paziente di 2 anni, un costo per l'istituzionalizzazione pari a 112.630.000 lire.

4.3. La stima dei costi indiretti

La famiglia chiamata ad erogare assistenza ad un paziente affetto dalla Malattia di Alzheimer va incontro ad una progressiva modificazione degli abituali modelli di comportamento che coinvolge, oltre alle relazioni sociali e professionali, anche le attività della vita quotidiana e che può determinare lo scompensamento delle dinamiche intrafamiliari fino alla com-

parsa di conseguenze psichiche o organiche su alcuni componenti del nucleo (Lacetera et al., 1989) sul piano emotivo e di conseguenze spesso rovinose sul piano economico.

Ognuno di questi aspetti rappresenta un costo per chi vi si trovi coinvolto: c'è un costo per l'attività lavorativa, continuativa o *part-time*, a cui il caregiver è costretto a rinunciare per far fronte alle necessità di assistenza del congiunto; un costo per il tempo libero venuto meno a causa della necessità di assicurare assistenza 24 ore su 24; un costo per la perdita della normale vita di relazione.

Tutte queste componenti richiederebbero una valorizzazione economica in grado di quantificare e monetizzare la perdita e, quindi, il costo sopportato dalla famiglia a causa della malattia del congiunto. Le difficoltà di quantificare uno sforzo assistenziale prestato in assenza di un controvalore comporta, in assenza di una realtà empiricamente osservabile e suscettibile di rilevazione diretta dei valori, alcune necessarie semplificazioni che, se da un lato implicano la perdita di alcuni aspetti che andrebbero considerati, dall'altro isolano dal pericolo di compiere stime arbitrarie in assenza di un campione di riferimento.

Il punto d'arrivo di tali considerazioni è la valorizzazione delle seguenti voci tra le possibili forme di assistenza citate:

— Necessità di assistenza diretta, erogabile dal caregiver o da una figura ad esso assimilabile, finalizzata allo svolgimento delle attività quotidiane di supporto al paziente (alimentazione, igiene personale, ecc.) quantificabile in una media di 6/8 ore al giorno nella fase II della malattia e in 8/10 ore nella fase successiva, valorizzate ad un costo orario di lire 9.000.

— Necessità di un supporto al caregiver di riferimento che consenta a quest'ultimo l'autonomia sufficiente

Tabella 2 - Costi del trattamento farmacologico

Costo	Fase I	Fase II	Fase III	Farmaci per demenza	Totale
Minimo	250.000	1.260.000	300.000	400.000	2.210.000
Massimo	750.000	2.100.000	500.000	2.600.000	5.950.000
Medio	500.000	1.700.000	400.000	1.500.000	4.100.000

ad espletare le basilari attività quotidiane (fare la spesa, eseguire le pulizie di casa, effettuare commissioni, ecc.) stimate in una media di 20 ore settimanali ad un costo medio di lire 9.000 orarie durante la fase II della malattia (si assume che durante la fase successiva tale ruolo venga assunto dall'infermiere il cui costo è già stato oggetto di considerazione). La ragione che ha condotto all'inclusione di tale voce tra i costi indiretti piuttosto che tra quelli diretti risiede nella considerazione che molto spesso tale supporto è fornito volontariamente da un membro della famiglia stessa o da amici, piuttosto che da una persona retribuita.

Le due voci di costo, così determinate, ammontano rispettivamente a 180.680.000 e 37.540.000 lire per i pazienti assistiti a domicilio durante la fase III della malattia mentre sono state opportunamente modificate con riguardo alla quota di pazienti che si è assunto trascorra la fase terminale in una istituzione protetta (tabella 3).

4.4. Le basi epidemiologiche della stima dei costi sociali

La letteratura sui costi sociali distingue tra studi « incidence-based » e « prevalence-based », sottolineando come in situazioni di rapido cambiamento dei modelli assistenziali e dei tassi di incidenza e/o mortalità della malattia i due tipi di studi arrivano a produrre risultati qualitativamente diversi (Hodgson & Meiners, 1982). L'esiguità delle informazioni disponibili sull'incidenza della malattia di Alzheimer, nonché l'impossibilità di raccogliere, almeno in questa fase, dati di costo appropriati hanno suggerito di condurre l'analisi sui costi sociali partendo dai dati di prevalenza.

La metodologia seguita ha quindi ricostruito i costi diretti e indiretti

di un paziente « medio », snodando entrambe le tipologie di costo lungo l'arco di vita del paziente affetto dalla malattia e arrivando successivamente a produrre un costo medio annuale. Tale costo è stato infine moltiplicato per il numero di casi prevalenti al fine di quantificare il costo che la società sopporta annualmente a causa della malattia.

In mancanza di uno studio sulla prevalenza in Italia che potesse fornire dei dati significativi per l'intera popolazione si è deciso di costruire le stime dei costi sociali utilizzando tre ipotesi basate sui dati di prevalenza: ottimistica, utilizzando i dati di prevalenza stimati in un'indagine campionaria nella provincia di Ragusa (Corso et al., 1992); intermedia, facendo riferimento ai risultati dell'indagine « door-to-door » condotta ad Appignano, un comune rurale delle Marche (Rocca, 1987); « moderatamente pessimistica » applicando alla popolazione italiana i tassi specifici di prevalenza calcolati sulla base di 6 studi europei (progetto

Eurodem; Rocca et al., 1991) (tab. 4).

Il numero dei casi prevalenti al 1991 e al 2038 è stato calcolato moltiplicando i valori di prevalenza per fasce di età per la consistenza della popolazione nelle suddette fasce come risultante dai dati ISTAT (tabella 5). Per la proiezione dei casi prevalenti al 2038 si è utilizzato lo scenario prodotto dall'ISTAT nell'ipotesi di natalità e mortalità costanti e flusso migratorio nullo. Non essendo disponibili in questi studi dati epidemiologici sulla popolazione ultranovantenne, si è stimato il numero di casi prevalenti in questa fascia di età utilizzando i valori di prevalenza della fascia più anziana disponibili negli studi sopraccitati. Si tenga presente che il procedimento utilizzato è da considerarsi conservativo, in altre parole tendente a sottostimare i casi prevalenti; infatti, incidenza e prevalenza tendono a crescere all'aumento dell'età ed è quindi lecito supporre che i tassi relativi agli ultranovantenni siano ben più elevati di quanto assunto.

Tabella 3 - Costi indiretti

Tipologia pazienti	Assistenza diretta	Supporto settim/le	Totale
Non istituzionalizzati (20%)	180.680.000	37.540.000	218.220.000
Istituzionalizzati (80%)	91.980.000	37.540.000	129.520.000
Costi indiretti medi per paziente	109.720.000	37.540.000	147.260.000

Tabella 4 - Stime di prevalenza per fasce di età

« Corso et al., 1990 » - Ragusa	60-64 anni	65-74 anni	+ 75 anni
Prevalenza (percentuale)	0.07%	1.27%	4.45%
« Rocca et al., 1987 » - Appignano	60-69 anni	70-79 anni	80-89 anni
Prevalenza (percentuale)	0.6 %	2%	10.20%
« Rocca et al., 1991 » - Eurodem	60-69 anni	70-79 anni	80-89 anni
Prevalenza (percentuale)	0.30%	3.20%	10.80%

5. Risultati

5.1. Il costo di un paziente affetto dalla Malattia di Alzheimer

Nell'arco degli 8,5 anni di vita attesa ipotizzati per un paziente affetto dalla Malattia di Alzheimer il costo complessivo non scontato è di 250 milioni di lire a prezzi 1993. Di questi costi, circa il 41% è classificabile come « diretti » sanitari, cioè collegati all'erogazione di prodotti e servizi imputabili al settore sanitario, mentre il restante 59% è classificabile come « indiretti » e cioè principalmente collegati al tempo impegnato da familiari o altri « caregivers » per l'assistenza al malato. È da sottolineare che solo parzialmente la distinzione tra costi diretti e indiretti è sovrapponibile a quella tra risorse « pubbliche » e risorse « private ». Sebbene sia ipotizzabile che gran parte dei costi sanitari siano a carico del SSN (o dei servizi sociali dei Comuni), parte dei pazienti è assistita in strutture residenziali a pagamento e parte delle spese per ausili e per farmaci rimangono talvolta a carico dei pazienti. D'altra parte, l'assegno di accompagnamento e forme di assistenza domiciliare, queste ultime peraltro non molto diffuse, contribuiscono ad alleviare le conseguenze economiche della malattia sulle famiglie, trasferendo parte di costi « privati » al sistema pubblico. È inoltre utile ricordare che gli studi sui costi sociali non registrano i flussi finanziari collegati alle malattie, ma l'assorbimento di risorse economiche da esse determinate. Questa osservazione dovrebbe contribuire a chiarire la natura dei costi indiretti per la Malattia di Alzheimer: questi non sono spesso esborsi finanziari da parte delle famiglie, ma assorbimento di tempo che avrebbe potuto trovare altro impiego.

La tabella 6 presenta la disaggregazione dei costi diretti secondo al-

Tabella 5 - Popolazione per fasce di età e casi prevalenti della Malattia di Alzheimer

	Fasce	1991 Popolazione	1991 Casi prevalenti	2038 Popolazione	2038 Casi prevalenti
"Corso et al., 1990" Ragusa	60-64 anni	3.330.000	2.331	3.750.000	2.625
	65-74 anni	4.815.000	61.151	7.880.000	100.076
	+ 75 anni	3.936.000	175.152	6.660.000	296.370
	Totale	12.081.000	238.634	18.290.000	399.071
"Rocca et al., 1987" Appignano	60-69 anni	6.340.000	38.040	7.740.000	46.440
	70-79 anni	3.670.000	73.400	6.880.000	137.600
	+ 80 anni	1.878.000	191.556	3.670.000	374.340
	Totale	11.888.000	302.996	18.290.000	558.380
"Rocca et al., 1991" Eurodem	60-69 anni	6.340.000	19.020	7.740.000	23.220
	70-79 anni	3.670.000	117.440	6.880.000	220.160
	+ 80 anni	1.878.000	202.824	3.670.000	396.360
	Totale	11.888.000	339.284	18.290.000	639.740

Tabella 6 - Stima del costo « life-time » medio (lire 1993)

Voci	Fasi coinvolte	Paziente istituzionalizzato fase terminale	Paziente non istituzionalizzato fase terminale	Costo medio
Costi diretti				
Diagnosi e monitoraggio	I, II e III	6.050.000	6.980.000	6.236.000
Trattamento farmacologico	I, II e III	2.370.000	4.100.000	2.716.000
Ausili	II e III	730.000	2.190.000	1.022.000
Prestazioni infermieristiche	III	0	13.400.000	2.680.000
Istituzionalizzazione	III	112.630.000	0	90.104.000
Totale	I, II e III	121.780.000	26.670.000	102.758.000
Costi indiretti				
Assistenza non retribuita	II e III	91.980.000	180.680.000	109.720.000
Supporto al « Care-Giver »	II e III	37.540.000	37.540.000	37.540.000
Totale	II e III	129.520.000	218.220.000	147.260.000
Tot. costi diretti + indiretti		251.300.000	244.890.000	250.018.000

cune classi di servizi. Come prevedibile, gran parte dei costi diretti è assorbita dall'assistenza in strutture protette nella fase terminale della malattia, mentre i costi di diagnosi e monitoraggio e le terapie farmacologiche hanno un peso relativamente ridotto, anche se certamente non trascurabile in termini assoluti. Sulla ripartizione dei costi diretti sanitari è utile ribadire che i pesi relativi delle diverse voci non indicano una scala di priorità, non potendosi effettuare alcuna correlazione tra ammontare dei costi e benefici sanitari delle diverse tipologie di prestazioni. Si tratta tuttavia di un'informazione che può essere di supporto alle attività di programmazione finanziaria del SSN e che indica come estremamente rilevante il tema del finanziamento dei costi di «long-term care» per i pazienti con la Malattia di Alzheimer e, più in generale, dei pazienti con patologie cronico-degenerative.

I costi diretti e indiretti dei malati di Alzheimer si distribuiscono nel tempo, suggerendo l'importanza di una procedura che sconti il valore degli stessi in funzione del tempo al fine di evidenziarli in termini di valori attuali. Utilizzando un tasso di sconto pari al 5%, comunemente utilizzato in studi simili, si giunge ad un costo attuale per il 1993 di 180 milioni di lire per paziente. Per comprendere meglio il significato del costo attuale di un paziente si tenga presente che è questo il costo che andrebbe utilizzato per quantificare gli eventuali benefici economici derivanti dalla « prevenzione » di un caso di Malattia di Alzheimer.

Un altro indicatore utile per comprendere le conseguenze economiche della malattia è il costo medio annuo. Come evidenziato nella tabella 7, il costo medio (non scontato) calcolato sull'intero periodo di malattia è pari a 29,4 milioni; questo valore esprime una sintesi tra costi medi annui moderati per la fase iniziale della malattia e costi, sia diretti che indiretti, più alti per la fase terminale.

5.2. I casi prevalenti e i costi sociali annuali

La ricostruzione del numero dei casi prevalenti in base ai tre scenari delineati sopra conduce a una stima compresa tra i 239.000 e i 339.000 casi per il 1991 (tabella 5). In base alle proiezioni per il 2038 condotte dall'ISTAT, basate su ipotesi di natalità e mortalità costanti e flussi migratori nulli, il numero di casi prevalenti aumenterà del 45-80% (in relazione allo scenario di prevalenza per classe di età utilizzato), portando ad un numero di pazienti compreso tra le 400.000 e 640.000 unità.

Il danno economico annuale per l'Italia causato dalla Malattia di Alzheimer è calcolato come prodotto tra le stime dei casi prevalenti e il costo medio annuo non scontato (tabella 6).

Secondo l'ipotesi più ottimistica, derivante dall'estrapolazione dei dati di prevalenza calcolati da Corso et al. (1992), la Malattia di Alzheimer causa un danno economico di 7.000 miliardi; mentre secondo l'ipotesi più pessimistica derivante dalle stime del progetto Eurodem (Rocca et al., 1991) i costi stimati salgono a 10.000 miliardi (tab. 7). Assumendo che l'80% dei costi diretti siano a carico del SSN, è possibile stimare in circa 2.900 miliardi di spesa sanitaria pubblica attribuibile alla Malattia di Alzheimer, si tratta di un impegno economico-finanziario considerevole che riguarda una percentuale delle risorse sanitarie pubbliche intorno al 3% (calcolato come rapporto sulla spesa sanitaria pubblica per il 1993 stimata in circa 95.000 miliardi) (Agenzia Sanitaria Italiana, 1994).

Se dovessero essere rispettate le proiezioni per il 2038 le conseguenze economiche della Malattia di Alzheimer saranno ancora più rilevanti, costringendo la collettività all'acquisizione di nuove risorse finanziarie ad un tasso di crescita probabilmente più alto di quello del reddito nazionale.

5.3. L'analisi di sensitività

Gran parte delle ipotesi formulate per giungere alla stima dei costi diretti e indiretti presenta un ampio margine di incertezza ed è quindi da verificare. È fondamentale simulare quali sarebbero i costi sociali nel caso alcune delle ipotesi formulate fossero sostanzialmente diverse. Nella tabella 8 vengono presentati 3 scenari possibili per verificare la solidità dei risultati raggiunti e per individuare quali variabili siano più cruciali. Gli scenari sono costruiti facendo variare alcune ipotesi ritenute particolarmente critiche: i tempi e i costi di istituzionalizzazione, il carico assistenziale sulle famiglie e il tempo di sopravvivenza dei pazienti.

In un primo scenario vengono presentate le stime secondo una prospettiva « economica » ottimistica (e, probabilmente, pessimistica in termini di qualità della vita dei pazienti). Assumendo che soltanto il 50% dei pazienti venga istituzionalizzato nella fase terminale, che il costo per giornata di degenza sia solo 100.000 lire (il minimo osservato nella regione Lombardia) e che venga valorizzato economicamente soltanto il 50% del tempo prestatato dai « caregivers » si ottiene un costo medio « life-time » per paziente (non scontato) pari a 145 milioni, corrispondente a un costo medio annuo di 17 milioni. Benché la riduzione dei costi sia certamente rilevante, anche sulla base di ipotesi molto conservative sul livello di assistenza richiesto dai pazienti, si giunge a costi sociali complessivi estremamente rilevanti (5.000 miliardi annui).

Il secondo e il terzo scenario analizzano le conseguenze sui costi sociali di diverse ipotesi relative alla vita dei pazienti e alla durata delle fasi della malattia. Se da un lato un allungamento della fase lieve della malattia ed una riduzione di quelle successive hanno notevoli conseguenze economiche, suggerendo la razionalità anche eco-

nomica di ipotetici interventi che ritardano la manifestazione dei sintomi più gravi della malattia; dall'altro è da rilevare come il costo sociale annuale non viene a dipendere in modo sostanziale dalla stima della vita attesa dei pazienti.

6. Conclusioni

I risultati raggiunti tramite il presente lavoro di ricerca costituiscono, al tempo stesso, un punto d'arrivo ed un punto di partenza: punto d'arrivo rispetto allo studio retrospettivo ba-

sato essenzialmente su stime, seppure attentamente verificate, realizzato dagli autori nel tentativo di applicare per la prima volta alla Malattia di Alzheimer la metodologia di rilevazione dei costi sociali delle patologie; punto di partenza rispetto all'approfondimento, peraltro già in corso, costituito dalla valutazione diretta di un campione selezionato di pazienti le cui necessità assistenziali e relativi costi verranno rilevati empiricamente attraverso strumenti appositamente disegnati. Il contributo sin ora fornito è costituito, a parere di chi scrive, da un duplice ordine di fattori:

— dalla presentazione della metodologia seguita, condotta in maniera estremamente disarticolata al fine di rendere partecipe chi fosse interessato a tale campo d'indagine dei passi analitici indispensabili alla conduzione di analisi dei costi sociali di patologie differenti;

— dalla possibilità di porre in rilievo, attraverso le informazioni raccolte, le problematiche fondamentali che ruotano attorno alla malattia al fine di orientare gli sforzi richiesti al quadro di programmazione sanitaria nella direzione più coerente rispetto alle necessità emerse.

La necessità di definire appropriate strategie assistenziali di sostegno ai soggetti affetti dalla Malattia di Alzheimer e alle famiglie degli stessi emerge con chiarezza dalla dimensione del danno economico per la collettività, stimato in 5/10 mila miliardi annui; un valore che, per quanto possa essere modificato alla luce di ulteriori studi, difficilmente potrà presentare scostamenti rilevanti rispetto all'ordine di grandezza in cui si inserisce.

Alla stregua di quanto affermato da due studi prospettici statunitensi (cit. in Max, 1993), l'analisi della realtà italiana mostra che la componente di costo di maggiore incidenza sul valore globale è rappresentata da costi indiretti, derivanti cioè dal tempo generalmente non retribuito offerto dai fami-

Tabella 7 - Costi annuali della Malattia di Alzheimer (dati in miliardi a prezzi 1993)

	Costo medio per paziente	1991 Casi prevalenti	1991 Costo sociale	2038 Casi prevalenti	2038 Costo sociale
"Corso et al., 1990" Ragusa	29.410.000	238.634	7.018	399.071	11.737
"Rocca et al., 1987" Appignano	29.410.000	302.996	8.911	558.380	16.422
"Rocca et al., 1991" Eurodem	29.410.000	339.284	9.978	639.740	18.815

Tabella 8 - Analisi di sensitività (scenario di prevalenza - Appignano) « Rocca et al., 1987 » - Anno 1991 (prezzi al 1993)

Scenario I

* 50% dei pazienti istituzionalizzati nella fase terminale	Costo medio per paziente	145.030.000
* costo per giornata di degenza dei pazienti istituzionalizzati = 100.000 lire	Costo medio annuo	17.060.000
* valorizzazione solo del 50% del tempo prestato dai « Care-givers »	Costo sociale annuale (miliardi di lire)	5.169

Scenario II

* Fase I - lieve = 1 anno (valore di base 2,5 anni)	Costo medio per paziente	161.320.000
* Fase II - moderata = 3 anni (valore di base 4 anni)	Costo medio annuo	32.260.000
* Fase III - grave = 1 anno (valore di base 2 anni)	Costo sociale annuale (miliardi di lire)	9.775

Scenario III

* Fase I - lieve = 4 anni (valore di base 2,5 anni)	Costo medio per paziente	190.770.000
* Fase II - moderata = 2,5 anni (valore di base 4 anni)	Costo medio annuo	22.440.000
* Fase III - grave = 2 anni (valore di base 2 anni)	Costo sociale annuale (miliardi di lire)	6.799

liari o da altre categorie di caregivers. Benché questi costi non siano generalmente correlati a flussi monetari, devono comunque essere al centro del dibattito sulle conseguenze economiche della Malattia di Alzheimer in quanto principali determinanti della discussa necessità di riformulazione della scala di priorità a livello di programmazione sanitaria.

Programmi pubblici e prodotti assicurativi privati specifici per le malattie invalidanti della vecchiaia, nonché altre forme di copertura finanziaria quali l'accesso ai premi assicurativi sulla vita nella fase terminale della malattia o contratti in cui il malato cede la propria abitazione mantenendone il diritto all'utilizzo e realizzando parte del valore, dovrebbero essere studiati per far fronte alle problematiche emerse.

Risulta evidente dalle proiezioni per il 2038 presentate nello studio come tali esigenze saranno avvertite, in futuro, in modo ancora più drammatico, soprattutto alla luce della diminuzione della dimensione media delle famiglie e della crescente presenza delle donne nel mercato del lavoro. L'inevitabile ruolo di copertura assicurativa (pubblica o privata) che il finanziamento dell'assistenza per questa malattia dovrebbe rivestire, rende essenziale l'anticipazione dell'evoluzione futura delle sue ripercussioni economiche. La mancata capacità di anticipazione potrebbe condurre all'impossibilità di garantire adeguata assistenza per il futuro e a scaricare sulle generazioni future in età lavorativa enormi costi assistenziali che non avranno trovato adeguato finanziamento a tempo debito.

Una direzione ulteriore verso cui indirizzare gli sforzi in termini sia finanziari sia delle risorse umane disponibili è costituita dal campo della ricerca biomedica ed epidemiologica: progressi a livello terapeutico in grado di ridurre il periodo di dipendenza totale di questa categoria di pazien-

ti, nonché l'individuazione di fattori di rischio a cui sia possibile agganciare strategie preventive potrebbero determinare risparmi di risorse rendendo così giustificabili, in un'ottica economica, gli investimenti in ricerca già legittimati da considerazioni etiche.

Nonostante i valori espressivi del costo sociale della Malattia di Alzheimer nel nostro Paese possano, in prima istanza, sembrare abnormi, essi non si discostano di molto, in realtà, dai dati di sintesi raggiunti nello stesso campo d'indagine negli USA. Con riferimento alle demenze globalmente intese, Hu e coll. (1983) stimano in 22.000 dollari e in 12.000 dollari i costi annui rispettivamente dei pazienti istituzionalizzati e dei pazienti assistiti a domicilio (cit. in Max, 1993). In uno studio più recente condotto basandosi su fonti secondarie, Hay e Ernst (1990) stimano in 26.000 dollari il costo medio annuo per paziente affetto dalla Malattia di Alzheimer. Decisamente più alte, infine, sono le stime di Rice e colleghi che, in uno studio basato sull'analisi di 200 pazienti assistiti in California, giungono a stimare un costo annuale di 47.000 dollari (cit. in Max, 1993).

Il costo medio annuo di 29,4 milioni stimato in questo lavoro appare paragonabile a quelli americani citati sopra. Malgrado le differenze tra il sistema sanitario statunitense e quello italiano, e le inevitabili differenze metodologiche utilizzate negli studi i risultati appaiono comparabili, suggerendo come le conseguenze economiche della Malattia di Alzheimer siano rilevanti, e in parte simili, nei due paesi.

BIBLIOGRAFIA

AGENZIA SANITARIA ITALIANA (ASI), 14 marzo 1994.
CANAL N., ROZZINI L., *Deterioramento cerebrale patologico ed omeostasi calcica*. Roma, Lombardo Editore, 1989.
CORSO E.A., CAMPO G., et al., *Prevalence of clinically diagnosed Alzheimer's disease and other dementing disorders: a door to door survey in Appignano*. Ital J Neurol Sci, 1992, 13: 215-219.

CRESA, *Aspetti economici della demenza senile*. Franco Angeli, Milano, 1993.

DRUMMOND M., *Economic appraisal in Health Care*. Oxford University Press, Oxford 1980.

FABRIS F., FERRARIO E., et al., *Il paziente con deterioramento mentale: day-hospital geriatrico vs assistenza domiciliare*. Atti del 4° Workshop « La neuroscienza ». St. Moritz 17-18 luglio 1992, 1993, 86-91.

FRIEDLAND R.P., *Alzheimer's disease: clinical features and differential diagnosis*. Neurology 1993, 43 (suppl. 4): S45-S51.

HAY J.W., ERNST D.B., *The Economic Cost of Alzheimer disease*. American Journal of Public Health, 1987, 77, 9.

HODGSON T.A., MEINERS H.R., *Cost of illness methodology: a guide to current practice and procedures*. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1982, vol. 60 n. 3, 429-462.

ISTAT, POPOLAZIONE LEGALE (13° censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 20 ottobre 1991), Roma, 1993.

MAX W., *The economic impact of Alzheimer's disease, 1993*, Neurology, 43, n. 8 (suppl. 4).

Mc KHANN G., et al., *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease*. Report of the NINCDS-ADRDA Work group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. Neurology 1984, 34: 939-944.

MUTTARINI L., *La determinazione dei costi sociali dell'ulcera peptica in Italia*. Istituto di Studi Politico-Economici, Università di Pavia, 1978.

PONCET-GUINOT, *Aspects cliniques et évolution de la Maladie d'Alzheimer*. Revue du Praticien, 1989; 6: 462-5.

ROCCA W.A., et al., *Prevalence of clinically diagnosed Alzheimer's disease and other dementing disorders: a door to door survey in Appignano*. Neurology, 1990, 40, 4.

ROCCA W.A., HOFMAN A. et al., *Frequency and distribution of Alzheimer disease in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings*. Annals of Neurology, 1993, vol. 30, n. 3, 9.

ROSSI F., POLITI C., et al., *Il costo dell'Aids: le indicazioni di uno studio pilota*. Milano, Franco Angeli, 1992.

SASSI F., BORGONOV E., *Costo sociale delle malattie infiammatorie croniche intestinali*. Argomenti di gastroenterologia clinica, 1992, vol. 5, 375-383.

VITALI S., *Ordinaria follia: la demenza senile*. La Nuova Italia Scientifica, 1993.

L'APPLICAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI "EVOLUTI" AL SISTEMA SOCIO-SANITARIO PUBBLICO

di Claudio Caccia, Francesco Longo 1

Responsabile del Servizio informativo - U.s.l. 68 - Rho

1 SDA - CeRGAS - Università « L. Bocconi » - Milano

SOMMARIO: 1. Considerazioni sulla possibile applicazione di modelli organizzativi « evoluti » al sistema socio-sanitario pubblico; 1.1. Premessa; 1.2. Complessità organizzativa; 1.3. Integrazione - 2. Il cliente fattore integrazione - 3. Modelli organizzativi di riferimento: 3.1. Modello attuale; 3.2. Modello « reticolare »; 3.3. Modello « organizzazione semplice »; 3.4. Alcune comparazioni dei modelli di riferimento - 4. Il ruolo dei distretti socio-sanitari nei modelli organizzativi « evoluti »: 4.1. Rilancio dei distretti nelle USL-azienda; 4.2. Possibili modelli organizzativi per il distretto; 4.3. Possibili meccanismi operativi e finanziari per il distretto.

1. Considerazioni sulla possibile applicazione di modelli organizzativi « evoluti » al sistema socio-sanitario pubblico

1.1. Premessa

La trasformazione legislativa delle USL in « aziende » e l'introduzione di un nuovo soggetto istituzionale quali gli « ospedali azienda », attuata con il D.L.vo n. 502/92, ha fatto parlare i commentatori di un complessivo processo di « aziendalizzazione » degli enti responsabili dell'erogazione dei servizi socio-sanitari per conto del SSN. In realtà, per i cultori dell'economia aziendale, questi istituti, da sempre contengono un momento aziendale e quindi da sempre costituiscono delle aziende, ma ciò che importa in questa sede, al di là di disquisizioni dottrinali, sono le implicazioni di questa rinnovata impostazione, o sensibilità culturale, dimostrata dal legislatore, nel momento in cui ha deciso di definire gli istituti del SSN « aziende ».

Ciò che caratterizza l'azienda, a

differenza di impostazioni più amministrativistiche (come ad esempio la classica concezione che ispira la natura dell'« ente pubblico »), è uno spiccato accento che dovrebbe cadere sul binomio *autonomia-responsabilità* (E. Borgonovi, 1990).

Autonomia per il management aziendale nell'utilizzo delle leve gestionali, alleggerito quindi dal carico dei vincoli amministrativi e dal controllo e dal meccanismo autorizzativo per l'utilizzo dei fattori produttivi da parte dell'ente superiore (la Regione nel caso delle USL).

Responsabilità per il management per il livello di risultati conseguiti rispetto a quelli programmati, sia sul lato dell'efficacia complessiva dell'azione aziendale, sia sul lato dell'economicità della gestione.

In altre parole, l'« aziendalizzazione » mette a disposizione del management dell'USL tutta una gamma di leve gestionali che precedentemente erano soffocate dalle competenze del livello regionale (es. accesso ai fattori produttivi, schemi organizzativi) o dalle norme sui procedimenti ammi-

nistrativi, tali per cui i margini di autonomia erano invero modesti. D'altra parte, a questi esigui margini di autonomia, che, almeno in prima istanza, parevano che spostassero le responsabilità complessive ai livelli di governo superiori, corrispondevano esigui meccanismi di responsabilizzazione del management aziendale.

Ora che invece il processo di « aziendalizzazione » pare imporsi come un processo irreversibile si apre la reale opportunità per il management di utilizzare il complesso delle leve gestionali tipiche di ogni azienda: la definizione degli schemi organizzativi, la pianificazione strategica, gli strumenti di programmazione e controllo direzionali e operativi, le tecniche di gestione del personale, ecc. (M. Del Vecchio, F. Longo, 1993).

La responsabilità complessiva sui contenuti del presente articolo è comune ai due autori, il paragrafo 2 è stato scritto da Claudio Caccia, il paragrafo 5 da Francesco Longo, mentre i paragrafi 1 e 3 sono frutto di una elaborazione a quattro mani.

Occorre pertanto avviare tutta una serie di riflessioni per promuovere lo sviluppo e la diffusione di modelli gestionali per le molteplici leve che il management delle USL dovrà progressivamente « scongelare », imparare ad usare e a raffinare.

Naturalmente questo processo di diffusione e di sviluppo delle capacità gestionali non potrà che verificarsi in maniera graduale e progressiva, probabilmente si assisterà a frequenti scelte contraddittorie e a livelli di penetrazioni diversi, a macchia di leopardo nelle diverse realtà del paese, a seconda delle precondizioni culturali e operative già presenti localmente.

Il presente saggio si propone pertanto di portare un contributo di riflessione su una delle principali leve gestionali di cui il management potrà disporre, e che, molto probabilmente, costituirà una delle prime a cui si potrà e dovrà ricorrere: la definizione degli schemi organizzativi per l'azienda socio-sanitaria.

Infatti la definizione degli schemi organizzativi è stato finora quasi esclusivo appannaggio delle leggi regionali di organizzazioni, che normavano, spesso, fin nel minimo dettaglio, soprattutto alla luce di successivi indirizzi applicativi, le strutture organizzative degli enti (1). All'interno dell'USL azienda, invece, la scelta organizzativa dovrà progressivamente rientrare tra le leve a disposizione della direzione generale dell'azienda, in coerenza con il binomio « autonomia-responsabilità ». Le singole regioni, qualora recepissero con coerenza il reale contenuto di fondo del processo di aziendalizzazione, dovrebbero infatti legiferare in maniera estremamente « leggera » in tema di assetti organizzativi, indicando semplicemente delle linee guida di fondo, per lasciare alla piena autonomia aziendale l'elaborazione, la definizione e la gestione dell'organizzazione e dei meccanismi operativi dell'azienda sanitaria.

Questa esigenza, importante per

qualsiasi tipo di azienda, si fa ancora più pressante nel particolare contesto sanitario, dove la complessità e la peculiarità tipica di ogni singolo ambito territoriale non può che determinare scelte organizzative elaborate ad hoc.

Infatti, la molteplicità, complessità e dinamicità dei problemi di cui deve tener conto una USL, in quanto sistema organizzativo fortemente interrelato con altri sistemi, richiede che l'assetto strutturale, i meccanismi operativi e i comportamenti organizzativi siano caratterizzati da un adeguato grado di flessibilità ma nel contempo di autonomia, tali da consentire di adeguare ed adattare i processi organizzativi e le modalità operative alle specifiche e mutevoli esigenze dell'ambiente locale nel suo complesso, pur nell'ambito di un quadro generale di indirizzi e vincoli stabiliti ai livelli istituzionali sovraordinati (G. Reborà, M. Meneguzzo, 1990).

A tale proposito verranno illustrati, di seguito, tre modelli organizzativi di possibile riferimento dei quali si è cercato di evidenziare, sinteticamente, caratteristiche e vincoli.

Prima di analizzare i tre modelli, appare necessario definire, per motivi di chiarezza culturale ed etimologica, alcuni concetti « chiave » su cui si basano entrambi i modelli organizzativi proposti: in particolare ci riferi-

remo ai concetti di complessità e di integrazione organizzativa.

1.2. Complessità organizzativa

Faremo riferimento, come sfondo concettuale del nostro discorso, alla definizione formulata Galbraith:

$$\text{Complessità organizzativa} = f(n, d, v, i) * p$$

dove le singole variabili della funzione sono:

n = numerosità elementi da considerare (missioni, attività, uu.oo., tecniche)

d = disomogenità delle attività da gestire (differenza qualitativa/tecnica)

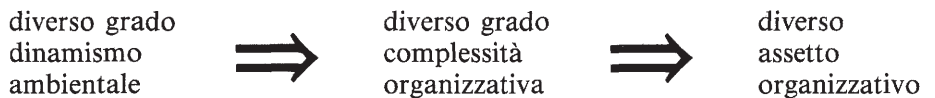
v = variabilità delle attività da gestire (statiche-ripetitive/dinamiche)

i = interconnessione tra le attività da gestire (livello integrazione richiesto)

p = pressioni sui risultati da raggiungere.

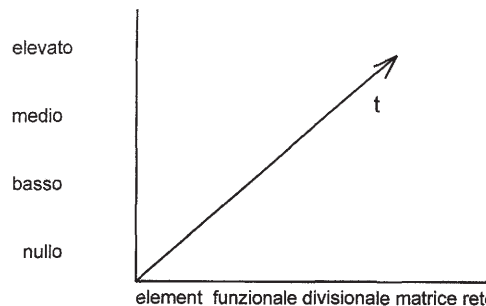
Dalla definizione di complessità organizzativa formulata da Galbraith discendono due fondamentali riflessioni:

1) la necessità di assumere come « regola », che a distinti livelli di dinamismo ambientale devono corrispondere distinti livelli di complessità organizzativa, i quali contribuiscono a determinare, in ultima analisi, lo sfondo per decidere gli assetti organizzativi.



2) l'evidenza che durante lo sviluppo di ogni azienda si eleva progressivamente il grado di complessità e contestualmente, in maniera correlata, si evolve il tipo di struttura organizzativa.

GRADO DI COMPLESSITA'

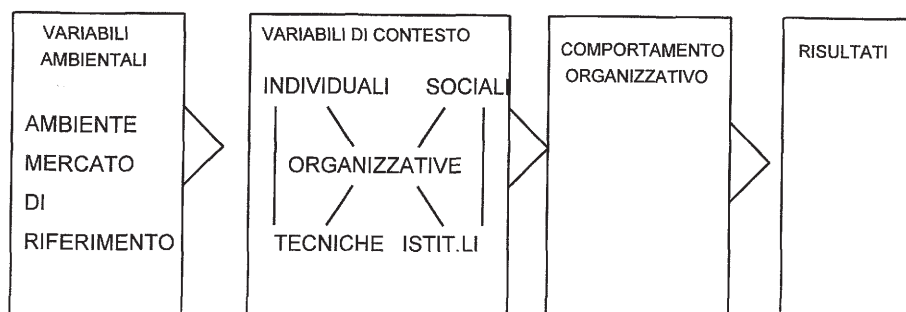


1.3. Integrazione organizzativa

Per integrazione intendiamo un insieme di metodi e strumenti che consentono a unità operative (uu.oo.), caratterizzate da un profilo funzionale e gestionale differenziato, di concorrere, con altre uu.oo., al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Come tale l'integrazione è un requisito fondamentale per il raggiungimento di risultati competitivi.

Per quanto concerne l'integrazione terremo conto come sfondo teorico di riferimento due modelli di analisi organizzativa che si basano sui seguenti presupposti:

A) un'azienda, per poter produrre risultati competitivi, deve essere fortemente orientata al proprio ambiente / mercato di riferimento;



B) MODELLO DI LAWRENCE E LORSCH

Questo modello sostiene che non solo è necessario considerare che l'organizzazione nel suo complesso deve saper « adeguarsi » con efficacia, efficienza e tempestività alle dinamiche evolutive del proprio ambiente di riferimento ma è necessario considerare che ogni funzione aziendale possiede, a sua volta, un sottoambiente peculiare di riferimento (che si differenzia in termini culturali, normativi, tecnici).

Tale modello, che si fonda su un riconoscimento / valorizzazione del criterio di specializzazione delle di-

B) i risultati sono determinati dal « comportamento organizzativo », vale a dire dall'insieme di norme / procedure / processi che, a diverso titolo, regolamentano i livelli di cooperazione, organizzazione, motivazione all'interno dell'azienda.

A) MODELLO DI SEILER-RUGIADINI

Questo modello di analisi dell'ambiente di riferimento dell'azienda sottolinea con forza che la capacità di produrre risultati competitivi in termini di efficacia, efficienza, soddisfazione è strettamente correlata / dipendente alla capacità dell'azienda di trovare una forte coerenza tra le variabili di contesto e le variabili ambientali.

verse uu.oo aziendali, suggerisce di misurare, attraverso l'applicazione di alcune metodologie:

- il grado di diversificazione esistente delle diverse uu.oo. (quanto si differenziano);

- il grado di differenziazione richiesto (quanto si devono differenziare);

- il grado di integrazione esistenti;
- il grado di integrazione richiesto al fine del conseguimento degli obiettivi aziendali strategici.

Dai risultati ottenuti si definisce un piano di interventi organizzativi secondo alcuni criteri e metodologie che possono variare dalla semplice unificazione di uu.oo. legate da interdipendenze sequenziali (Thompson), all'introduzione massiccia di strumenti di programmazione e controllo, sistemi informativi, alla formalizzazione di comitati di indirizzo con potere prescrittivo, alla modificazione della macrostruttura aziendale.

pendenze sequenziali (Thompson), all'introduzione massiccia di strumenti di programmazione e controllo, sistemi informativi, alla formalizzazione di comitati di indirizzo con potere prescrittivo, alla modificazione della macrostruttura aziendale.

2. Il cliente come fattore di integrazione

Lo sviluppo delle considerazioni espresse in questa parte del saggio tengono conto delle analisi effettuate da diversi autori (R. Normann, 1985; Miles, Snow, Coleman, 1992) relativamente ai processi di trasformazione del mondo produttivo nell'ultimo decennio, nel quale si è assistito ad uno straordinario sviluppo del « terziario ». Ciò viene definito come il fenomeno sociale più rilevante delle società moderne: si stima che nelle nazioni maggiormente sviluppate i 2/3 del PIL siano oramai dovuti al terziario.

Per spiegare tale ascesa è possibile utilizzare il termine di **rivoluzione dei servizi** che viene affiancato al precedente termine **rivoluzione industriale**.

Tale sviluppo corrisponde ad una nuova forma di rapporti sociali/umani per la presenza di un nuovo concetto, quello di «SERVIZI», contrapposto al modello «PRODUZIONE DI MASSA-CONSUMO DI MASSA».

In questa nuova realtà socio-produttiva viene capovolto il rapporto QUANTITÀ/QUALITÀ.

L'azienda pertanto deve sapersi modellare in modo da poter *sempre* rispondere al *problema* che il cliente pone.

Tale innovazione modifica sostanzialmente il rapporto produttore-consumatore in un rapporto di reciproco apprendimento (viene coniato il termine «PROSUMER» acronimo di PRODUCER e CONSUMER che sostituisce il termine CUSTOMER). In altri termini, la produzione non è più standardizzata e di massa, ma

si sposta verso prodotti che vengono erogati ad personam, individualizzati ed offerti nel luogo, nei tempi e nei modi richiesti, lungo una traiettoria di forte dinamicità complessiva.

Queste riflessioni generali valide per il complesso delle società industriali devono essere riprese e rielaborate per il contesto specifico del settore socio-sanitario. Infatti alla luce di questi concetti di fondo nell'analisi del sistema socio-sanitario pubblico si possono evidenziare le seguenti considerazioni di carattere culturale e organizzativo.

1) Il disagio, la malattia, l'emarginazione sono esperienze rispetto alle quali ogni « società » si è dovuta confrontare. Il modo in cui la società/comunità definisce queste esperienze determina le risposte complessive che la stessa ritiene di attivare per porvi rimedio.

2) In una società complessa in cui questi problemi (disagio, malattia, disadattamento...) sono fortemente delegati a specifiche istituzioni il livello e il tipo di « risposta » è fortemente dipendente dalla « cultura » dell'organizzazione stessa.

La cultura dell'organizzazione socio-sanitaria pubblica è, in genere, ancora una cultura RIPARATORIA sia in campo sanitario sia in campo socio assistenziale, in cui l'obiettivo riconosciuto dell'intervento viene valutato sulla capacità di riportare il soggetto alla situazione precedente di quella di « deviazione dalla normalità » (in effetti ragionare in termini di SALUTE — come indicato dall'OMS — obbliga molto di più a focalizzare l'attenzione sul contesto sociale-culturale e sulla qualità della vita, mentre il "DISAGIO/MALATTIA" tende a farci sentire il bisogno di strutture/servizi) (I. Illich, 1976).

Frequentemente prevale una « lettura amministrativa » che tende ad interpretare il bisogno espresso dall'utente all'interno di una serie di risposte precodificate.

3) Di conseguenza il sistema dei servizi presuppone l'esistenza di categorie specifiche di bisogno cui rispondere con servizi settoriali.

Questo approccio si basa sulla divisione e standardizzazione del lavoro, sulla segmentazione del sapere in discipline separate ed autonome, sullo sviluppo ipertrofico della specializzazione differenziale. Le modalità di lettura della domanda tendono quindi a sovrapporre alle persone gli aspetti parziali della loro realtà: *l'utente risulta frantumato in tante parti tra loro indipendentemente come, appunto, l'organizzazione* (I. Illich, 1976).

In questo contesto, settoriale e specialistico, l'organizzazione perde la percezione della dinamicità delle variabili ambientali, riduce la variabilità e la turbolenza ambientale ad un « campo statico » e di conseguenza standardizza procedure di intervento e di prodotto che riproducono un rapporto produttore-consumatore sovrapponibile al modello « produzione di massa - consumo di massa » che, come è stato evidenziato, tende ad esaurire socialmente la propria funzione e relativa efficacia.

Per poter dar corpo ad una nuova logica, che deve essere coerente alle trasformazioni della società nel suo complesso (progressiva de-industrializzazione e vertiginosa espansione del terziario; rapidità con cui si manifestano e si diffondono processi di innovazione tecnologica, sociale, culturale; forte complessificazione del tessuto economico-sociale) è necessario un notevole sforzo di innovazione che si fonda sostanzialmente su tre concetti « chiave ».

A) Assoluta centralità del ruolo del cliente-utente

Ciò concerne la fondamentale relazione tra erogatore e fruitore dei servizi: in questa interazione, che è tipicamente sociale, si determinano le condizioni dell'offerta e della do-

manda che a loro volta rivestono un ruolo centrale nella definizione e nella realizzazione stessa del servizio.

Da questo punto di vista è possibile considerare il cliente (singolo, famiglia, insieme di soggetti) come *attore collocato in un sistema all'interno del quale può avvalersi di più risorse — una delle quali è il servizio socio-sanitario — per rispondere alle proprie necessità.*

Viene sostanzialmente rovesciato il rapporto assistenziale-terapeutico:

— il cliente non è più soltanto il destinatario di una serie di interventi scelti dal singolo operatore, ma **persona cui l'organizzazione fornisce informazioni e garantisce opportunità che gli consentano di scegliere opzioni conformi ai propri piani di vita.**

Il rapporto terapeutico si connota come « scambio » tra soggetti ciascuno dei quali utilizza « risorse » per un obiettivo di SALUTE concordato e condiviso da entrambi gli attori.

In questo contesto dovrà essere attentamente valutato il fatto che la strategia che il cliente attua nella SCELTA dell'utilizzo di risorse alternative è influenzata dai modelli culturali, dalle pratiche d'uso abituali e dal contesto specifico nel quale il cliente sceglie di avvalersi di questo o quel servizio in base al *grado di significatività che vi attribuisce* (G. Fiorentini, 1990).

B) Qualità

Una diretta conseguenza della centralità della relazione « erogatore-cliente » riguarda la qualità del servizio. In tale contesto l'efficacia di un intervento oltre che dal contenuto dello stesso dipende dalle modalità con le quali viene attuato il processo relazionale di comunicazione tra erogatore e cliente.

« Il successo di uno scambio comunicativo è legato solo in parte al "contenuto" dello scambio, ma molto di più alle modalità attraverso cui

viene trasmesso; è il COME più del CHE COSA che permette e caratterizza il passaggio o meno della comunicazione» (Watzlavick).

La nozione di qualità travalica quindi le caratteristiche misurabili o quantitativamente apprezzabili tipiche dei beni materiali; essa assume una connotazione non definibile a « priori » in quanto è interamente racchiusa nel tipo di rapporto che si stabilisce tra chi rappresenta l'azienda ed il cliente (oltre che in processi temporalmente lunghi).

C) Innovazione e apprendimento

Le considerazioni precedenti determinano una necessità di *esposizione fisiologica delle aziende di servizi al rapporto con l'ambiente esterno*.

Il continuo confronto con l'ambiente esterno determina una richiesta ed una capacità al cambiamento e all'innovazione.

Tale rapporto *garantisce la sopravvivenza e lo sviluppo* delle organizzazioni di servizi poiché da esso dipende la capacità di assumere informazioni pertinenti, di scoprire e risolvere problemi, di selezionare opportunità, di elaborare strategie di azione, in definitiva di apprendere.

Analizzeremo pertanto nel prossimo paragrafo, come il passaggio alla società dei servizi, che anche nel contesto socio-sanitario impone di ragionare in termini di centralità del ruolo cliente-utente, di qualità e di capacità di innovazione e apprendimento, determini una completa rivisitazione dei modelli organizzativi per le aziende socio-sanitarie, in particolare per le USL.

3. Modelli organizzativi di riferimento

La diffusione teorica e pratica di modelli organizzativi « evoluti » viene considerata, in letteratura, come risposta a due sostanziali fenomeni

di ordine economico-organizzativo verificatisi negli ultimi anni, nel processo di terziarizzazione della società (D. Agnoletto, 1990):

* forte turbolenza e incertezza dell'ambiente/mercato di riferimento:

— imprevedibilità caratteristiche del passaggio dalla società del « codificato » (industriale) alla società del « possibile » (terziario);

— rapida e continua evoluzione della domanda;

— elevata pressione esercitata dalle aziende concorrenti;

— rapida diffusione di innovazione tecnologica, sociale, culturale;

* forte necessità di poter disporre di modelli organizzativi caratterizzati:

— maggior reattività e coerenza con l'ambiente/mercato di riferimento;

— maggior elasticità nei processi di produzione di prodotti/servizi;

— maggior efficienza/efficacia.

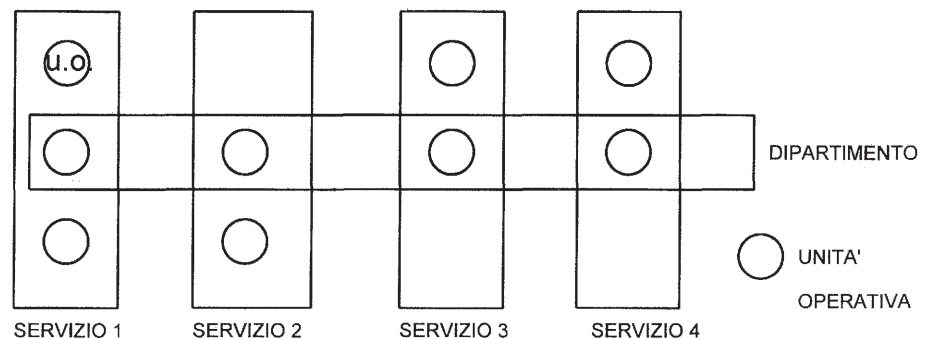
Analizzeremo ora, alla luce di queste istanze, i punti di forza e di de-

bolezza dei tre principali modelli organizzativi ipotizzabili per le aziende socio-sanitarie.

3.1. Modello attuale « funzionale-settoriale »

Il modello « settoriale-funzionale » articolare l'azienda in settori/servizi, responsabili di funzioni settoriali specialistiche. I singoli settori si articolano a loro volta in unità operative, che, di norma, contengono un sottoinsieme specialistico di funzioni, con a capo una responsabilità dirigenziale.

Il meccanismo di integrazione, per area di bisogno o per « target » di utenza, è posto in capo al dipartimento, che coinvolge in un programma comune unità specialistiche appartenenti a settori/servizi diversi. L'attività svolta da ogni unità operativa in seno al dipartimento rappresenta solo una parte, di solito modesta, dell'attività dell'u.o. (AA.VV., 1986).



Caratteristiche del modello « settoriale-funzionale »

1) prevalenza del rapporto gerarchico lungo la linea verticale;

2) strutturale debolezza della linea dipartimentale, oscurata dal rapporto gerarchico verticale a cui sono sottoposte le singole unità operative;

3) perdita dell'unitarietà della gestione dovuta alla scomposizione rigida in servizi, impermeabili tra loro;

4) focus sulla specializzazione differenziale;

5) interventi settoriali, che necessitano un'attività di ricomposizione dell'offerta da parte del cliente stesso;

6) chiara identificazione delle responsabilità nelle linee gerarchiche verticali.

Questo modello può essere agilmente rintracciato in tutte le leggi di organizzazioni emanate dalle regioni italiane, che hanno finora regolato

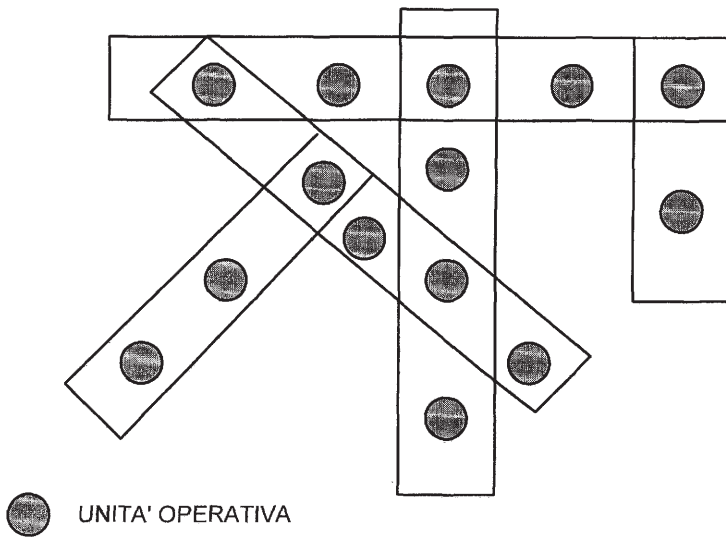
la vita e gli schemi organizzativi delle USL in applicazione della legge istitutiva del SSN.

3.2. Modello « reticolare »

Adottando il modello reticolare, analizzato e auspicato da autori come Miles, Snow, Butera, Grandori, l'azienda si articola in unità organizzative autonome, specializzate per oggetti specifici. A capo di ogni unità organizzativa corrisponde una respon-

sabilità dirigenziale. Le uu.oo. non hanno alcuna dipendenza gerarchica verticale, se non quella della direzione generale, responsabile dei processi di integrazione.

Le unità operative sono raccordate tra loro « a rete » attraverso precisi percorsi di integrazione per programmi, segmenti di utenza, obiettivi, ecc. Ogni unità operativa è coinvolta, di norma, in più di un processo di integrazione ed esaurisce in essi quasi la totalità delle proprie attività.



Caratteristiche del modello « reticolare »

1) Le unità operative sono estremamente specializzate. Questo determina focus su:

- competenze distintive;
- elevata autonomia organizzativa e gestionale per le singole uu.oo.

2) Ogni rete è fortemente orientata a un fine specifico. Le reti garantiscono:

- aggregazione delle uu.oo. per missioni tipiche;
- forte condivisione delle strategie aziendali.

3) L'azienda è intesa come holding, insieme di una vasta serie di « consorzi specializzati ». Vi è quindi:

- rilevante attenzione sulle rego-

le/norme di diversificazione/integrazione;

— elevato livello diversificazione delle uu.oo./consorzi che necessita di complessi strumenti di integrazione.

4) I sistemi di comunicazione interaziendale assumono un ruolo fondamentale, in particolare occorre:

— rilevante attenzione all'introduzione di sistemi informativi e sistemi di programmazione e controllo complessi.

5) Le uu.oo. non hanno una dipendenza gerarchica verticale.

6) Le uu.oo. di erogazione di prodotti/servizi hanno strutturalmente una dipendenza organizzativa molteplice. Questo comporta:

— elevati livelli di negoziazione/pressione/competizione sia tra uu.oo. sia tra reti, in termini di utilizzo delle risorse interne.

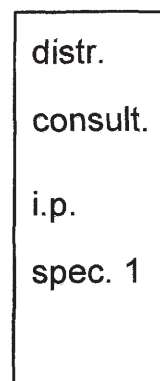
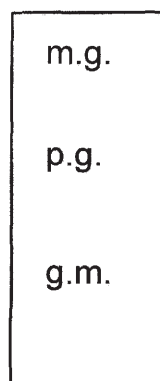
7) Strutture organizzative particolarmente flessibili:

— la maggior flessibilità tende a garantire una maggior capacità di adattamento alle modificazioni ambientali.

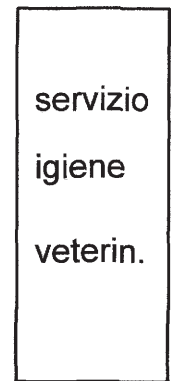
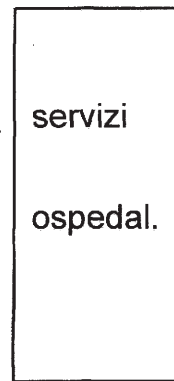
3.3. Modello « organizzazione semplice »

Il modello organizzativo che per chiarezza espositiva abbiamo voluto definire « semplice », i cui sostenitori si possono rintracciare in autori come Crozier e Normann, nasce dall'esigenza di rispondere ad un ambiente complesso e fortemente dinamico con uno schema organizzativo fondamentalmente opposto: rispondere a contesti complessi con assetti semplici e fortemente integrati. L'idea di fondo è quindi di definire delle strutture il più lineari possibili, capaci di elaborare una grande adattabilità rispetto all'ambiente, ove quest'ultimo determina assetti parziali contingenti e contestualizzati.

sistema territoriale



sistema centrale



Caratteristiche del modello « organizzazione semplice »

1 SEMPLICITÀ

Fino ad oggi si è cercato di rispondere alla *complessità ambientale* con una complessità equivalente dei sistemi di governo e di gestione. Procedure e strutture specializzate che tentano di prevedere e governare la complessità si trasformano in *crystallizzazioni burocratiche* che portano inefficienza. **Il sistema di governo della complessità deve essere semplice (non semplicistico).** L'unica risposta efficace alla complessità è la semplificazione di strutture e procedure.

Questi modelli determinano perciò:

— forte enfasi sulla professionalità/cultura degli individui. Anziché complicare le procedure, investire sulle risorse umane;

— centralità assoluta del «fattore umano» nell'azienda. La risorsa umana è concepita come il fattore fondamentale, decisivo, strutturante, è quello intorno a cui vanno ordinate le altre.

2 AUTONOMIA

Uno dei modi migliori di ridurre la complessità consiste nel dare potere decisionale a unità organizzative forti e decentrate. Il principio dell'autonomia è indispensabile affinché l'organizzazione possa rivolgersi con maggior efficacia al cliente.

Nel sistema *produzione di massa-consumo di massa* il cliente è anonimo. Le prestazioni offerte sono standardizzate. Nel sistema dei servizi, al contrario, la relazione con il cliente assume un ruolo centrale: è questa che consente di ottenere gli utili, di apprendere e di scoprire nuove possibilità di sviluppo. Per ottenere migliori risultati è necessario creare una organizzazione che ponga il potere decisionale il più vicino possibile al cliente (A. Rugiadini, 1979). Questo impone:

— rilevante centralità della relazione *erogatore-cliente*. La struttura or-

ganizzativa tende perciò ad una marcata semplificazione (strutture con pochi livelli gerarchici, cioè strutture « piatte »);

— enfasi sul decentramento. Le uu.oo. devono essere adeguatamente dimensionate per essere vicine al cliente; in tal modo esse hanno molte possibilità di risolvere rapidamente con efficacia alla sua domanda;

— diffusione della cultura della *capacità imprenditoriale*.

3 CULTURA AZIENDALE

Semplicità e autonomia determinano una modificazione del management. Nell'azienda classica, dominata da procedure, si cerca di ottenere il miglior adattamento del sistema umano a decisioni prese razionalmente partendo da alcune premesse. Nelle aziende di servizi l'attenzione deve essere focalizzata sui processi che riescono ad ottenere quelle convergenze e quel coordinamento che sono indispensabili per una *gestione efficace*.

* Vengono ipotizzati alcuni metodi:

- management partecipativo;
- progetto imprenditoriale (condizione valori comuni);
- circoli di qualità;

3.4. Alcune comparazioni tra i modelli di riferimento

In questa parte del saggio si cercherà di confrontare tra loro i modelli organizzativi proposti per dare una prima interpretazione, su quali possono essere gli assetti più coerenti ed efficaci nel contesto sociale precedentemente descritto, alla luce degli schemi interpretativi proposti da Seiler-Rugiadini e Lawrance-Lorsch (cfr. par. 1.3.), in tema di coerenza tra schemi organizzativi e ambiente strategico di riferimento.

Limitaremo nei fatti il confronto ai soli due ultimi modelli proposti (modello reticolare e modello semplice), essendo il primo, ad evidenza concreta

e a dimostrata esperienza teorica debole e frammentario in una logica di servizio e di superamento dell'impostazione produzione di massa-consumo di massa.

Confronteremo pertanto gli ultimi due modelli proposti attraverso l'ausilio di due tavole.

1) Nella prima tavola i due modelli vengono confrontati secondo alcune variabili:

- orientamento;
- compatibilità con l'attuale cultura organizzativa;
- sistemi di identificazione delle responsabilità;
- reattività/elasticità;
- compatibilità con lo standard di strumenti di programmazione e controllo e di sistemi informativi mediamente esistenti.

Queste variabili vengono pesate secondo due criteri:

- applicabilità;
- risultati attesi.

L'attribuzione dei pesi, la cui classificazione è indicata al fondo della tavola, può risentire dell'interpretazione soggettiva degli estensori.

2) Nella 2^a tavola viene effettuato un confronto tra le due macrostrutture organizzative. In entrambi i casi appare, in termini assoluti, maggiormente compatibile con l'attuale realtà, il modello « organizzazione semplice ».

Gioca a favore di questo modello l'introduzione di un reale criterio di *semplificazione* sia nella macrostruttura, sia nei sistemi operativi, sia nei sistemi di feedback con i clienti. Il punto critico di questo modello appare la modificazione culturale richiesta in azienda. Nettamente sfavorevoli al modello reticolare sono i problemi relativi ai sistemi operativi e allo stile di direzione che risultano essere particolarmente complessi. Il modello reticolare appare, inoltre, un passaggio troppo repentino da logiche organizzative, come quelle attuali, molto precise e strutturate, ad un modello organizzativo totalmente destrutturato.

	MODELLO RETICOLARE	applic	risult.	MODELLO ORGANIZZAZIONE SEMPLICE	applic	risult.
Tipo orientamento	costituzione di reti fortemente orientate a missioni tipiche che si ritiene siano espressione di bisogni della popolazione	2	4	forte orientamento alla centralità della relazione EROGATORE-CLIENTE	2	4
Compatibilità attuale cultura organizzativa	necessità inserimento forte logica di mercato all'interno dell'azienda «holding»	1	3	modificazione netta dell'orientamento di fondo richiede processi culturali e formativi diffusi	2	4
Sistemi di identificazione responsabilità	le uu.oo. hanno dipendenze organizzative molteplici	1	2	chiare definizioni di responsabilità	3	2
Reattività ambiente esterno	elevata reattività	3	3	elevata reattività associata a funzioni di costante apprendimento dall'ambiente esterno	3	4
Elasticità nei processi di produzione	elevata elasticità deve contrastare una più difficoltosa identificazione delle responsabilità	2	4	elevata elasticità dovuta alla coincidenza del livello di programmazione con il livello di gestione	2	4
Compatibilità con stand / strum di progr&contr	necessità di elevata sofisticazione	1	4	consente l'applicazione di alcuni strumenti previsti dalla nuova normativa contabile	3	3
Compatibilità con stand / strum di sist. info.	bisogno di elevata sofisticazione * decentramento * efficienza/rapidità	1	4	necessità di significativa introduzione di stand / strum di sist. info.	2	4
Totale		11	24		17	25
Totale generale			35			42

Applicabilità: 1 difficoltosa, 2 possibile, 3 semplice

Risultati attesi: 1 nessun cambiamento, 2 poco innovativi, 3 innovativi, 4 fortemente innovativi

MODELLO A



- Il **modello B avvicina fortemente il potere decisionale al cliente** sia al livello territoriale sia a livello dei servizi centrali. La pressione del cliente nel caso A viene esercitata a livello di Unità Operativa e dovrà essere negoziata sia tra Responsabile di uu.oo. appartenenti alla stessa « rete » sia tra direttori di dipartimenti. Nel caso B le pressioni del cliente sono esercitate direttamente sul livello decisionale di programmazione e controllo, essendo coincidente con il livello gestionale.
- I sistemi di **responsabilità, coordinamento, integrazione**, saranno particolarmente complessi nella soluzione A.
- I sistemi **informativi e i sistemi di programmazione e controllo di gestione**, che costituiranno l'ossatura dei due modelli, sono particolarmente complessi nel caso A mentre assumono un grado di semplicità maggiore nel caso B proprio in ragione di una semplicità « strumentale » dell'organizzazione.

4. Il ruolo dei distretti socio-sanitari nei modelli organizzativi «evoluti»

4.1. Rilancio dei distretti nelle USL azienda

La nuova macro-dimensione delle USL richiede, in una rinnovata prospettiva dei processi di razionalizzazione delle strutture di offerta, una attenzione particolare alla diffusione territoriale di punti di erogazione socio-sanitari, in particolare per i servizi di primo livello, tipicamente di assistenza primaria, prevenzione, medicina dei servizi, specialistica e diagnostica. Questo determina un rilancio del processo di distrettualizzazione e una revisione del processo di orientamento della domanda e della natura dei servizi offerti nei distretti. Peraltro, il disegno di riforma del SSN concede alcune opzioni che possono produrre rilevanti modificazioni nell'assetto dei servizi territoriali. Alcuni di queste opzioni sono rappresentate

— dalla definizione, a livello regionale, dei nuovi assetti organizzativi/funzionali delle future USL azienda;

— dalla definizione, a livello regionale, delle leggi di contabilità e di regolazione dei flussi finanziari delle USL azienda che possono introdurre reali processi di trasformazione delle strategie, dei comportamenti e degli assetti aziendali;

— dall'introduzione, a livello regionale, di indirizzi e stimoli per lo sviluppo e l'implementazione di strumenti di programmazione e controllo;

— dalla definizione, a livello regionale, di parte della nuova convenzione per la medicina di base (convenzione MMG e PLS) che potrebbe incentivare l'eliminazione della guardia medica, l'associazionismo medico, una progressiva responsabilizzazione dei medici relativamente al proprio comportamento prescrittivo vincolando, ad esempio una quota fissa

della loro retribuzione per assistito e una quota variabile connessa all'effettuazione di prestazioni particolari (attività di prevenzione, integrazione con l'equipe distrettuale, collegamento con il sistema informativo dell'USL) (M. Del Vecchio, F. Longo, 1993).

Tutte queste opzioni permettono di costituire modelli regionali per la « medicina territoriale », che possono o confermare la situazione attuale (assoluta prevalenza dell'ospedale, una insufficiente attenzione alla medicina primaria e alla prevenzione, nonostante l'OMS le attribuisca un ruolo centrale, non soddisfacente integrazione tra sociale e sanitario) oppure avviare un processo che rilanci il ruolo e la valenza dell'assistenza socio-sanitaria « territoriale ». Questo processo non può più basarsi soltanto su dichiarazioni di principio e di intenti, ma deve avviarsi a partire da precise leve organizzative e finanziarie, che lo rendano strutturalmente irreversibile, così come è avvenuto recentemente in alcuni rappresentativi paesi occidentali (pensiamo alle riforme inglesi e tedesche), mentre in Italia l'assetto e l'efficacia

della medicina territoriale rimane uno dei principali problemi socio-sanitari non ancora avviati a soluzione (R. Alfieri, Bonaldi, 1993).

4.2. I possibili modelli organizzativi per il distretto

Procedendo per sintetiche schematizzazioni due sono i modelli organizzativi fondamentali rispetto a cui costruire la sanità territoriale (cfr. par. 3.1./3.3.), caratterizzati da due diverse responsabilità apicali:

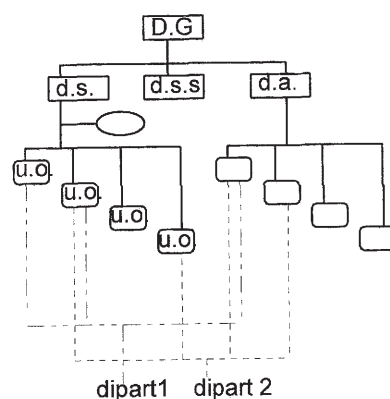
A) responsabilità per materie e discipline sanitarie (modello attuale);

B) responsabilità sulla prestazione del presidio d'offerta.

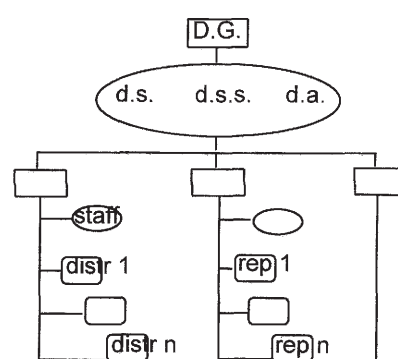
Il modello A) individua la linea di responsabilità fondamentale nella competenza medico scientifica. La linea gerarchica è diretta dal dirigente di una materia o disciplina sanitaria, individuata nel responsabile di un servizio o di un'unità operativa, dove i servizi e le unità operative individuano dei gruppi di attività sanitarie omogenee.

In questo modello, la sanità territoriale in genere e il distretto in par-

MODELLO RETICOLARE (A)

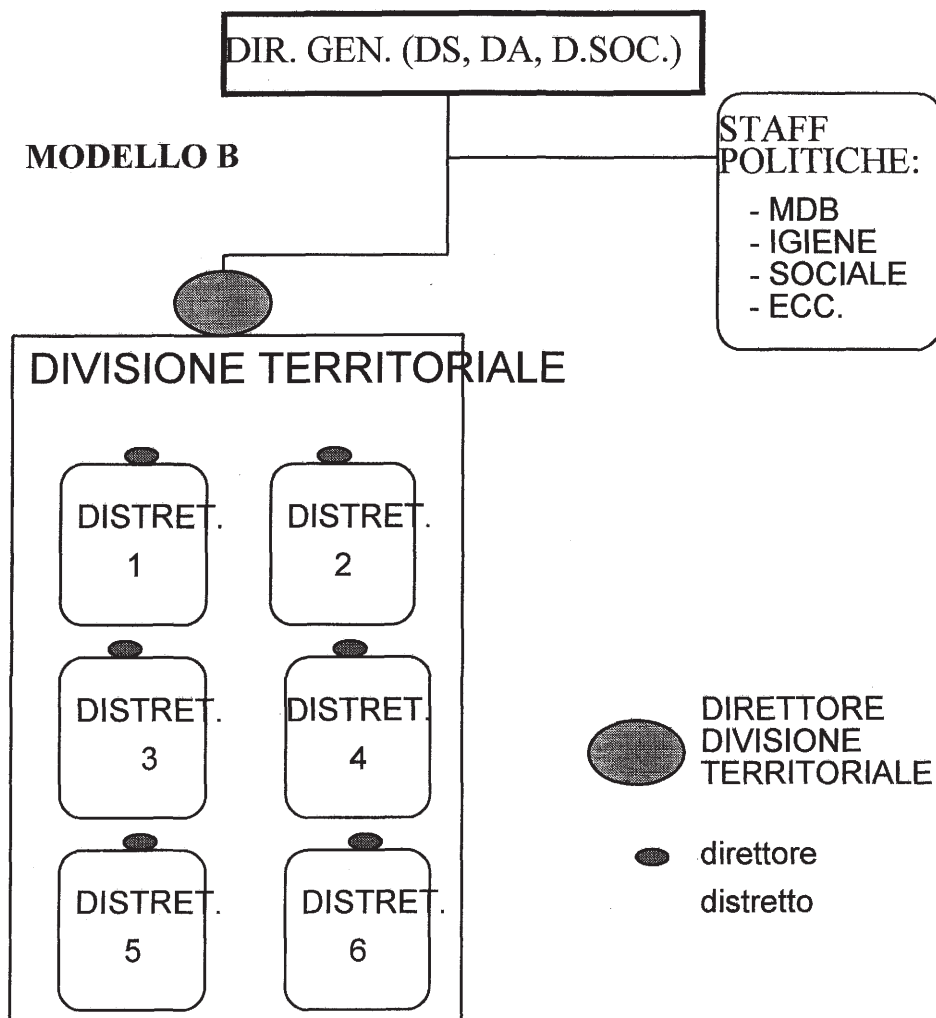


MODELLO ORGANIZ.NE SEMPLICE (B)



ticolare, si trovano ad essere dei coordinatori, o integratori orizzontali, di competenze specialistiche verticali. La linea organizzativa forte è quella verticale, specialistica per materie e discipline, la linea debole è quella orizzontale, per presidi e strutture territoriali, responsabili del coordinamen-

to dell'offerta settoriale specializzata (cfr. 3.1). In questo modello funzionale il focus organizzativo si concentra sul versante dell'offerta, preoccupato soprattutto dello sviluppo della qualità delle prestazioni specialistiche. Il distretto è soprattutto agenzia di coordinamento.



Nel modello B la linea di responsabilità principale è individuata nel « direttore di distretto », che è responsabile dell'insieme delle prestazioni, che, complessivamente, devono rispondere alla domanda posta dall'utente. Al distretto, sotto la diretta ed unica responsabilità del direttore, sono assegnati operatori e risorse di discipline diverse.

In questo modello il focus organizzativo si concentra soprattutto sulla domanda, la quale trova una risposta unica e complessiva attraverso un circuito territoriale di servizio, il distretto appunto. Il distretto è centro di responsabilità finale rispetto all'utenza.

Il modello B si caratterizza soprattutto per la sua semplicità organizza-

tiva: fino ad oggi si è cercato di rispondere alla complessità ambientale con complessità equivalente dei sistemi di governo e di gestione, che tentano di rispondere alla complessità, ma si trasformano in cristallizzazioni burocratiche. Il sistema di governo della complessità deve essere semplice e l'enfasi deve cadere sulle professionalità e non sulle complicazioni delle procedure.

Nel modello B la centralità si colloca nella relazione EROGATORE-UTENTE, che fa sì che l'onere di sviluppare una risposta complessiva e integrata (sociale e sanitaria e tra le specialità sanitarie) ricada sull'agenzia (il distretto) e non sulla capacità di ricomposizione dell'offerta da parte dell'utente.

Una possibile interpretazione del fallimento del processo di distrettualizzazione, può, a nostro avviso, essere trovata nella prevalenza assoluta che finora è stata data al modello A di tipo funzionale, che crea sul territorio una serie di strutture specialistiche, separate, che creano risposte segmentate e parziali: i consultori, la medicina di base, i servizi sociali, il servizio di igiene e prevenzione, il SERT, il CPS, dove la linea gerarchica forte è quella per materia e disciplina, che perpetua e rafforza la separazione tra le discipline, espresse nelle singole unità operative.

Probabilmente occorre arrivare al ribaltamento delle responsabilità, attribuendo direttamente ai distretti, e alla responsabilità dei direttori, gli specialisti delle diverse discipline oggi dispersi tra le strutture territoriali specialistiche. Il distretto sarebbe responsabile per l'intera popolazione di riferimento di tutte le funzioni assistenziali di primo livello, dotato di tutte le competenze necessarie. Il distretto sarebbe il responsabile ultimo e complessivo per i propri « iscritti ».

L'implementazione di questo assetto organizzativo può rappresentare un processo che renda il percorso di di-

strettualizzazione irreversibile, perché trasforma i distretti in centri di responsabilità finale, con a capo persone valutate sull'output complessivo, in risposta ai bisogni dell'utenza.

4.3. *I possibili meccanismi operativi e finanziari per il distretto*

Oltre all'assetto organizzativo altri meccanismi operativi, specificatamente quelli finanziari, possono spiegare la debolezza dei distretti e ne possono determinare il rilancio.

I possibili meccanismi finanziari possono essere così rappresentati (R. Alfieri, Bonaldi, 1993).

1) *La finanza dispersa*. La contabilizzazione avviene solo per fattori produttivi (personale, beni e servizi, utenze, manutenzioni, ecc.), che non vengono mai aggregate per presidi o unità d'offerta. Questo modello rappresenta abbastanza fedelmente la realtà attuale, nella quale ben difficilmente si riesce a ricostruire la struttura dei costi dei distretti o delle spese indotte dai medici di base e dal distretto, per i farmaci, per le specialistiche, per le prestazioni diagnostiche, ecc.

Questo modello alimenta la deresponsabilizzazione economica ed impedisce il monitoraggio e la valorizzazione del lavoro dei MMG e dei distretti, tutti irriconoscibilmente dispersi nei costi dei fattori produttivi generali dell'USL. La mancata responsabilizzazione sulla spesa e sul livello di attività raggiunti dai singoli centri di costo, consolida i settori strutturalmente più forti (l'ospedale), impedendo di dimostrare l'eventuale maggiore efficacia di altri presidi (es. il distretto).

2) *La contabilità per centri di costo*. Il controllo della gestione riesce ad attribuire ad ogni centro di costo la spesa complessiva sostenuta per il consumo di fattori produttivi, correlati eventualmente al livello di attività. Questo significa che il distretto

conosce la propria spesa complessiva e, soprattutto, quella indotta dai MMG per farmaci, specialistica, esami, ecc.

Il monitoraggio della spesa permette di verificare:

- alcune caratteristiche del comportamento prescrittivo dei MMG;
- il grado di copertura di domanda sanitaria di primo livello raggiunto dal distretto, non inviato ad altri presidi d'offerta.

Queste informazioni richiedono strumenti di monitoraggio di non immediata implementazione. L'utilizzo stesso delle informazioni economiche (prestazioni-costo) richiede capacità gestionali per interpretare i dati, per creare possibili linee-guida alternative, per condividere i programmi e le linee guida tra i MMG e gli operatori del distretto, per distribuire eventuali risparmi su tetti di spesa programmati. A questo proposito la futura convenzione con i MMG e i PLS, che prevede parti variabili, potrebbe rappresentare un utile strumento di incentivazione di comportamenti prescrittivi desiderati e di partecipazione ad attività distrettuale.

3) *Il budget per prestazioni*. Il distretto riceve un budget, calcolato moltiplicando la quota capitaria per le prestazioni di primo livello, compreso la farmaceutica e la prevenzione (poniamo 400.000 lire) per il numero degli iscritti. Il distretto è quindi interamente responsabile per la copertura della domanda di servizi di primo livello per i propri iscritti. In considerazione della libertà di scelta della struttura di cura da parte dell'assistito, eventuali mobilità verso altre strutture per le prestazioni di competenza del distretto, vengono « pagate » dal distretto stesso a favore della struttura che ha offerto i servizi richiesti (2). In questo modo il distretto diventa anche acquirente di servizi, avendo però probabilmente tutto l'interesse a soddisfare con le risorse interne (quindi a costo varia-

bile) i bisogni dei propri iscritti, piuttosto che cederli alla « concorrenza », con tariffe a costo pieno. Questo dovrebbe incentivare il distretto verso standard elevati di qualità per attirare i propri utenti, soprattutto se a risparmi sul budget corrisponde la possibilità di reinvestirli nelle attività distrettuali e ad incentivare gli operatori, MMG compresi.

Come si evince da queste schematiche rappresentazioni, i meccanismi finanziari possono incidere profondamente sulla natura stessa dei distretti. Il secondo e il terzo modello rafforzano il ruolo e il significato del distretto, probabilmente ad un livello tale da rendere un processo di decisa distrettualizzazione del SSN irreversibile.

Questo può naturalmente essere ulteriormente rafforzato integrando appropriati modelli organizzativi con quelli finanziari.

Le leve organizzative e finanziarie qui prospettate per introdurre dei meccanismi operativi che rendano significativo il processo di distrettualizzazione delle USL troppo spesso solo auspicato, richiedono però una solida cultura manageriale per la sua implementazione e una conoscenza dei relativi strumenti gestionali. Occorre però essere coscienti che la diffusione di una corretta cultura aziendale e l'acquisizione dei relativi strumenti gestionali, come il monitoraggio della spesa, il budget o l'acquisto di servizi sanitari da parte di agenzie pubbliche è frutto di un processo, necessariamente lungo. Questo perché l'aziendalizzazione non è già l'assunzione di qualche manager ma la diffusione di nozioni e prassi gestionali a livello diffuso.

Questo processo è già in corso e va governato, a livello di regione e di USL. Oggi storicamente l'opportunità è data e da qui ne discende una possibilità concreta anche per i distretti. Si tratta di cogliere questa opportunità e di avviarli verso mo-

delli organizzativi e finanziari che li strutturino e li consolidino.

(1) Nei fatti avveniva che le USL più dinamiche e innovative separassero la reale configurazione organizzativa concretamente determinata dagli schemi organizzativi ufficiali, contenuti nella pianta organica, che veniva inviata al controllo regionale. Vi era quindi una necessità di governare un doppio circuito decisionale: quello reale interno e quello formale ufficiale, con tutti gli evidenti disagi di questo doppio processo decisionale e l'aggravio della debolezza formale nella gestione del personale, che spesso ha potuto appellarsi agli schemi organizzativi formalmente riconosciuti o in alternativa ai reali fabbisogni organizzativi, a seconda della particolare esigenza rivendicativa.

(2) Naturalmente il budget va inteso in questo caso come strumento di programmazione e controllo, che funziona quindi come meccanismo economico « virtuale » che serve ad attribuire pre-

cise responsabilità aziendali e a valutare l'efficacia gestionale dei diversi centri di responsabilità e non come meccanismo di trasferimento di cassa.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *L'azienda sanità*. Convegno internazionale Bologna. Mc Graw-Hill, 1986.
- AGNOLETTI D. (a cura di), *Successo e fallimento nei servizi socio-sanitari*. F. Angeli, 1990.
- AIROLDI G., *Sistemi operativi*. Giuffrè, 1980.
- ALFIERI R., BONALDI, CACCIA C., LONGO F., *Una proposta per la nuova convenzione per i MMG e i PLS*. *Mecosan*, 8/93.
- BONTADINI P., RODOLFI E., *USL come sistema organizzativo*. F. Angeli, 1987.
- BONTI M.C., *L'USL: criticità di alcuni aspetti organizzativi*. Azienda pubblica 3/92.
- BORGONOV E. (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*. Egea, 1990.
- CARTOCCIO, FABBRO, *Complessità organiz-*

zativa e sviluppo manageriale. *Svilup & Org.ne* 131.

- DEL VECCHIO M., LONGO F., *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L.vo n. 502/92*. *Mecosan*, 6/93.
- EIGLIER P., LANGEARD E., *Il marketing strategico dei servizi*. Mc Graw-Hill, 1988.
- ILLICH I., *Medical Nemesis*. Pantheon Books, 1976.
- ITAMI H., *Le risorse invisibili*. Isedi, 1988.
- FIorentini G., *Amministrazione pubblica e cittadini: le relazioni di scambio*. Egea, 1990.
- MAURI L., PENATI C., SIMONETTA M., *La formazione e i sistemi informativi: strumenti per le politiche sociali*. F. Angeli, 1993.
- MILES, SNOW, COLEMAN, *Gestire le organizzazioni del 2000*. Economia e management, 1/92.
- NORMANN R., *La gestione strategica dei servizi*. Etas, 1985.
- REBORA G., MENEGUZZO M., *Strategia delle pubbliche amministrazioni*. Utet, 1990.
- RUGIADINI A., *Organizzazione d'impresa*. Giuffrè, 1979.

LE STRUTTURE SANITARIE E LA LORO LOGICA DISTRIBUTIVA SUL TERRITORIO

di Emanuele Davide Ruffino

Cattedra di Scienze delle Finanze II

Facoltà di Giurisprudenza - Università di Torino

SOMMARIO: 1. Introduzione ai problemi corologici - 2. Ipotesi di modelli - 3. Applicazioni degli indici corologici - 4. Il bonus - Conclusione.

The localization of health care facilities and patient flows are relevant to resource allocation as well as research aimed at improving health care efficiency. Useful information on the efficiency of health care facilities may be derived from an appropriate analysis of the demand for different medical services relative to the organization of the provision across a particular geographical area. This represents a broader view of health service efficiency, that goes for beyond the usual approach focusing on the inputs of the production process.

1. Introduzione ai problemi corologici

Le evoluzioni concettuali e metodologiche, compiute dalle discipline corologiche, che hanno per oggetto lo studio del territorio e la distribuzione ottimale delle risorse, possono aver condizionato le scelte che hanno dettato la mappa degli insediamenti sanitari e il loro sviluppo.

L'approfondimento delle conoscenze dei bisogni sanitari sotto l'aspetto corologico comporta lo studio dettagliato della distribuzione spaziale della domanda da parte delle imprese operanti nel settore, l'analisi dell'estensione delle competenze degli enti pubblici e la valutazione dell'accresciuta disponibilità di dati omogenei da parte delle grandi organizzazioni internazionali.

La Regione, geografica e amministrativa, su cui agisce un sistema sanitario può rappresentare una realtà oggetto di conoscenza specifica, dove risorse fisiche e forme di organizzazione rappresentano un tutt'uno,

in funzione del quale ogni spazio è diverso dagli altri. Essendo possibile, senza un eccessivo dispendio di risorse, quantificare queste differenze, diventa indispensabile per i responsabili della pianificazione sanitaria, in primo luogo, acquisire un'adeguata conoscenza del territorio su cui si opera e, in una fase successiva, concordare con le altre autorità lo sviluppo dell'area.

La sanità rappresenta una componente significativa e determinante di una società avanzata dove l'impegno dei fattori produttivi è di fondamentale importanza per gli equilibri del sistema economico: sommando il fatturato o il numero dei dipendenti o l'acquisto dei beni intermedi (1) di tutte le attività operanti in una grande metropoli, si può constatare come il settore sanitario si collochi ai primi posti della graduatoria, in ordine di grandezza.

La programmazione sanitaria deve costantemente confrontarsi con le variabili da cui è influenzata ma che, a sua volta, è in grado di condizio-

nare (qualità della vita, ricchezza complessiva, livello occupazionale, reddito medio, stili di vita e altre variabili socio-culturali) per poter attuare un'allocazione ottimale delle risorse da investire in questo settore, non solo come esigenza di razionalizzazione gestionale per offrire un servizio più accessibile e più confacente alle reali necessità di una popolazione, ma come strumento operativo di visione e di crescita complessiva della società.

2. Ipotesi di modelli

Dovendo analizzare realtà in cui interagiscono un'infinità di variabili, il tenere costanti tutte le forze tranne una, permette di verificare come questa può influenzare l'intero sistema in cui è inserito. Se inoltre si ipotizzasse:

— che su una popolazione sufficientemente ampia, si eliminassero tutte le variabili dipendenti dal comportamento umano non razionali che portano una persona bisognosa di

prestazioni ad operare una scelta a favore di un determinato punto sanitario (2);

— che un soggetto eserciti sempre la richiesta di una prestazione ritenuta necessaria indipendentemente dalla distanza (3) dal punto sanitario: nella civiltà occidentale, la disponibilità di mezzi di trasporto permette lo spostamento rapido di un paziente verso il più vicino ospedale o, viceversa, lo spostamento di strutture sanitarie mobili verso il paziente (esempi operativi sono offerti dall'organizzazione sanitaria approntata in regioni di grande dimensioni, ma scarsamente abitate come certe zone del Canada o dell'Australia oppure da centri sanitari mobili programmati per spostarsi con mezzi e personale da un ospedale all'altro, in modo da utilizzare pienamente le potenzialità disponibili laddove si manifesta la necessità); si creano cioè opportunità logistiche che individuano sistemi fortemente integrati dentro i quali il fruitore dei servizi conosce il punto presso il quale può soddisfare i suoi bisogni sanitari;

— che da parte dell'offerta le prestazioni dei vari punti sanitari siano omogenee sotto un profilo qualitativo ed eguali nel costo (cioè che i vari punti sanitari dispongono di analoghe attrezzature, *know how* ed eventuali differenze nella professionalità del personale non siano percepibili);

— l'unico parametro di riferimento per le decisioni di una persona che necessita di prestazioni sanitarie rimarrebbe la possibilità di accesso: il paziente sceglierà razionalmente il punto sanitario più facilmente accessibile e cioè quello che minimizza il sacrificio per poter godere di una determinata prestazione.

Questo modello concettuale può essere utile per esaminare come si movimenterebbe il cliente/paziente in un'area geografica dove nessun operatore fosse in grado di condizionare

le scelte degli altri e i prezzi delle prestazioni offerte, fossero uniformi.

In un'ottica di programmazione degli investimenti, per ogni unità sanitaria deve, quindi, essere analizzata, delineandone i confini, l'area di influenza in cui l'investimento realizza il servizio, valutabile in questo caso anche come corrispettivo del risparmio nei costi di trasporto e nella difficoltà di accesso che altrimenti dovrebbero essere sostenuti per superare l'ostacolo « distanza ». Viceversa un punto sanitario può ricavare utilità (o rendita di posizione) in forza della sua localizzazione funzionale alla dislocazione e dell'aggregazione degli altri fattori operanti nella stessa area o in aree limitrofe.

L'esistente, almeno in prima approssimazione, dovrebbe rappresentare la somma di tutte le esigenze sanitarie finora avvertite (a livello individuale, collettivo o politico) e realizzate; di conseguenza, l'offerta di sanità si dovrebbe essere concentrata laddove è maggiore la domanda o dove questa trova la sua ragion d'essere nel raggiungimento di un determinato obiettivo.

Esclusi i sanatori e i centri di ricerca, i punti sanitari sono, infatti, concentrati dentro o vicino gli agglomerati urbani dove, cioè, la domanda di questi servizi si concretizza con maggiore intensità.

È esperienza comune che, nei centri abitati più piccoli o intorno ai quali graviti un bacino limitato di persone, si trovi un numero minore di servizi sanitari, proporzionato alla grandezza del centro. Se si accetta l'ipotesi che sia l'offerta a creare la domanda sanitaria, sarebbe oggettivamente contraddittorio che questa possa appetire un'area scarsamente popolata. Ben più conveniente, da parte di chiunque detenga l'offerta, concentrare gli sforzi di creazione di servizi sanitari laddove la concentrazione di persone è maggiore, individuando un rango nella gerarchia dei

servizi sanitari; partendo cioè da quelli costituiti semplicemente dalla presenza di un'unità di personale sanitario (in genere un medico), per raggiungere l'ampiezza massima con alcuni istituti di fama internazionale cui fanno riferimento scienziati e ricercatori provenienti da tutte le parti del mondo. Tra queste situazioni estreme esiste un'infinità di tipologie di strutture sanitarie che esercitano un'attrazione non solo sugli abitanti del centro abitato in cui sono insediati, ma anche delle zone circostanti; il raggio di queste zone si estende finché non si raggiunge un'altra area di gravitazione (4).

Lo studio della distribuzione e dell'organizzazione spaziale delle funzioni sanitarie si ricollega a quello delle reti urbane e, di conseguenza, ai problemi connessi con lo scambio di servizi tra i poli urbani e alla determinazione delle aree d'influenza i cui confini variano in relazione alla natura e alla frequenza dell'organizzazione dei servizi sanitari. Le città vengono così ad assumere, anche sotto un profilo sanitario, il ruolo di centro di direzione e di gestione di un'area le cui dimensioni raggiungono parecchi centri periferici, creando, così, una suddivisione del territorio tra le aree d'influenza delle diverse città.

Queste ipotesi portano a elaborare una scala di località centrali che, partendo dai servizi di medicina di base, permettono d'individuare dimensioni spaziali del rango d'influenza di un punto sanitario sempre maggiore, se capaci di offrire determinati servizi, fino a immaginare, per i servizi più sofisticati, un solo centro al mondo capace di offrire una determinata prestazione.

L'analizzare e il quantificare l'inequale e gerarchica distribuzione dell'offerta sanitaria porta a individuare un concetto di « soglia » inteso come numero minimo di fruitori di un bene e/o di un servizio sanitario al di sotto del quale può non essere

economicamente conveniente l'esistenza di un centro. Ogni servizio presenta una propria soglia: molto bassa per i servizi di base (in Italia, un medico generico segue, al massimo 1500-1800 pazienti, contro i 3000 in Olanda e in Gran Bretagna), mentre occorre una popolazione di centinaia di migliaia di persone per giustificare, ad esempio, un servizio di chirurgia toracica. Occorre cioè che il rapporto Domanda/Offerta sia equilibrato permettendo così, a ogni punto sanitario, di disporre di un bacino d'utenti sufficientemente ampio, tale da garantirgli la sua ragion d'essere anche a livello di soddisfacente utilizzazione economica della struttura. Ciò non esclude che si possano operare scelte di natura squisitamente politica tendenti a offrire servizi di grado elevato in aree deboli o strategiche (esempi possono essere offerti dalle zone di montagna e da quelle abitate da minoranze etniche o linguistiche).

A ogni punto sanitario (cioè a ogni centro in grado di fornire servizi sanitari) viene così attribuito un rango di livello più o meno elevato, in rapporto alla quantità e alla qualità delle prestazioni, alla dimensione dell'area e al potenziale numero di persone da seguire.

Per quantificare questi due ultimi fattori è necessario introdurre il concetto di « portata del punto sanitario » cioè il raggio dell'area di un territorio, inteso come un'estensione spaziale, oppure come numero di persone che vi gravitano e che possono, o devono, afferrire a quel servizio.

In un'ottica economica, tale raggio ha il suo limite inferiore nel numero minimo di persone da servire, affinché i costi sostenuti per il funzionamento abbiano un soddisfacente ritorno, mentre il limite superiore è fissato dal raggiungimento di un'area gravitante sotto la portata di un altro raggio di azione (se non vi sono vincoli e se si avverte un bisogno

giudicato necessario e impellente, si è infatti disposti a sopportare qualsiasi distanza e/o costo per recarsi in un punto sanitario di rango adeguato). Nessun problema sorge se l'area della soglia che definisce il numero minimo di pazienti per attivare un servizio non si sovrappone con l'area di un altro punto sanitario; viceversa, se cioè il raggio « minimo » per giustificare la presenza di un centro, raggiunge e si sovrappone con il raggio delimitante la soglia di un altro centro, siamo in presenza di diseconomie e sprechi.

Utilizzando questi concetti in una programmazione sanitaria si vengono a concretizzare due esigenze non sempre immediatamente conciliabili; da un lato la necessità di individuare soglia e portata del servizio definendo, con analitica precisione, la popolazione che potenzialmente necessita di quel servizio e la distanza intesa come comodità di accesso presso il punto (lavoro non semplice da eseguire se si considera la velocità di trasformazione di certe aree, con il conseguente bisogno di costanti adattamenti), dall'altro lato l'impossibilità di superare certi limiti di costi per raggiungere questi risultati che renderebbero non più economicamente utile questo tipo di lavoro.

Se si individuasse per ogni unità di produzione (reparto ospedaliero, ambulatorio, servizio sanitario...) una diversa portata del servizio si otterrebbe un lavoro analiticamente ineccepibile ma che comporterebbe problemi insuperabili sotto l'aspetto gestionale: si otterrebbero infatti tante soglie, con relative aree di influenza, quante sono le attività. Nella realtà però molti dei prodotti sanitari presentano un aspetto standardizzabile e, deficitando di altri strumenti atti a verificare empiricamente l'efficienza di un'unità produttiva, lo studio e l'uso di indicatori corologici può costituire un utile strumento per la programmazione di nuovi insedia-

menti o per la verifica della razionalità dell'esistente.

È obiettivo della classe politica dominante e, anche se per diverse ragioni, delle imprese operanti nel settore relativamente al loro gruppo di clienti, assicurare che il prodotto sanitario sia facilmente accessibile, rendendo minima la somma degli spostamenti dei pazienti/clienti verso le strutture. La possibilità di utilizzare la difficoltà di accesso (così come per il fenomeno delle code) quale strumento di programmazione e/o di contenimento della spesa può essere pragmaticamente efficiente nel breve periodo, ma non risolve, anzi appesantisce il problema dell'organizzazione e della distribuzione dei servizi sanitari. L'offerta sanitaria, sia pubblica che privata, deve, quindi, necessariamente soddisfare i requisiti di razionalità, estrinsecandosi dove è più forte la domanda, rispondendo alle regole di un, sia pur anomalo, mercato.

Si può agevolmente evidenziare come i servizi di rango elevato siano, infatti, localizzati nei pressi delle grandi concentrazioni metropolitane, assumendo la caratteristica di funzioni propriamente « urbane » anche se non mancano esempi di una certa causalità nella distribuzione di tali attività in centri, o con spiccato ruolo di capoluogo subzonale o di antiche micro-regioni storiche, oppure sedi di servizi con soglia molto elevata da raggruppare più insediamenti di grandi dimensioni per cui la loro collocazione può essere individuata in un punto casuale all'interno dell'area da servire. In quest'ultimo caso si assiste a una spartizione non piramidale delle funzioni che trova la sua ragion d'essere, non più fra gli elementi di una singola area metropolitana, ma tra i vertici di un sistema regionale integrato (5).

Nei paesi a economia avanzata per ogni area geografica si sono già venuti a formare uno o più punti sanitari di rango elevato, in grado cioè

di fornire servizi sanitari di elevata qualità, a una determinata collettività: caratteristica di questi centri è quella di recepire, più velocemente degli altri, le innovazioni e, in alcuni casi d'intervenire direttamente nel processo migliorativo. Nell'area geografica gravitante su centri di questo livello esistono anche altre unità di rango inferiore che soddisfano esigenze locali più frequenti e che rimandano a quello centrale solo i casi più articolati. La gamma dei servizi offerti si riduce scendendo dal rango più elevato ai livelli inferiori; chi evidenzia sintomi particolarmente gravi o la cui cura si presenta difficoltosa sarà attratto nell'orbita del punto centrale, ma gli altri possono trovare soddisfazioni in punti periferici più comodi, in grado comunque di offrire le cure necessarie per affrontare il caso.

Il numero dei punti sanitari che si vengono così a formare, seguono un andamento esponenziale: indicando con R il coefficiente di ramificazioni del sistema (cioè quanti centri di rango X - 1 ci sono per ogni punto di rango X) e con W i vari livelli, facendo uguale a 1 il livello massimo, 2 quello successivo di rango inferiore... si può evidenziare un andamento esponenziale del tipo:

$$P_w = R^{(w - 1)}$$

dove P_w rappresenta il numero dei punti sanitari di rango w.

Lo studio sulla localizzazione dei servizi sanitari serve principalmente a soddisfare due obiettivi: il primo è quello « storico » di verificare, se e come, l'investimento dei punti sanitari ha seguito principi razionali, cioè se i modelli teorico/politici adottati hanno trovato applicazioni pratiche che possono testimoniare la loro validità: il secondo permette di offrire un utile strumento di programmazione nelle decisioni di carattere sanitario comportanti l'attivazione (o la chiusura) di nuovi servizi sanitari (6).

3. Applicazioni degli indici corologici

Determinare, con un sufficiente grado di esattezza, la consistenza e la capacità di polarizzazione dei punti sanitari, significa individuare dove una persona, bisognosa di servizi sanitari, tende, spontaneamente, oppure perché obbligata da norme codificate o da contratti assicurativi, a presentarsi per soddisfare le sue necessità.

Se una persona non sceglie il punto sanitario più vicino è perché esercita un processo decisionale che lo indirizza a sopportare una « scomodi-

tà » maggiore, pur di poter fruire di una prestazione che ritiene maggiormente adeguata al suo caso (si esclude da questo discorso le modalità di accesso al Pronto Soccorso perché, soprattutto in questi casi sopraffatti dall'urgenza, non si possono effettuare, in genere, scelte razionali da parte del paziente o delle persone che ne tutelano gli interessi).

Oltre al numero di persone che mediamente si rivolgono a un determinato punto sanitario, una serie di indici ne permettono di verificare la capacità di polarizzazione:

Percentuale di gravitazione:

IA* *Popolazione della zona A* che ricorre al punto sanitario locale*

PA* *Popolazione della zona A* che abbisogna di servizi sanitari*

Incapacità di attrazione (o di immigrazione sanitaria):

EA* *Popolazione della zona A* che si reca presso altri punti*

IA* *Popolazione della zona A* che ricorre al punto sanitario della zona*

Propensione all'attrazione esterna:

SA* *Popolazione di altre zone che si recano presso il punto sanitario afferente alla zona A**

TA* *Totale delle persone che ricorrono al punto sanitario A**

Saldo migratorio della capacità di aggregazione:

$$E^* - S^* = V^*$$

(eventualmente rapportata alla popolazione della zona):

$$\frac{(E^* - S^*)}{P^*} = W^* \quad \text{oppure il rapporto: } \frac{E^*}{S^*}$$

dove E* rappresenta il numero di persone della zona A* che preferiscono rivolgersi ad altri punti sanitari, mentre S* si riferisce al numero delle persone di altre zone che preferiscono il punto sanitario afferente alla zona A*. Infine, V* rappresenta il saldo, posi-

tivo o negativo, che indica se un determinato punto riesce ad attrarre più pazienti di quanti ne perde verso gli altri punti e il rapporto W* (maggiore uguale o minore a 0), fornisce un primo dato sulla capacità relativa di attrazione.

Da soli però questi valori non sono sufficienti per stabilire se un punto è efficiente o meno, ma solo il gradimento manifestato dalla popolazione nello scegliere il punto sanitario giudicato maggiormente comodo.

Oggettivamente sono molteplici le cause che possono influire su questi parametri senza che i responsabili del punto possano intervenire: si pensi a un punto sanitario situato in montagna dove parte consistente della popolazione si reca pendolarmente verso un centro di livello più elevato; è evidente che il punto sito in montagna potrà perdere pazienti ma difficilmente (tranne che si tratti di una località turistica) potrà acquisirne di nuovi: questo però non giustifica la chiusura del punto sanitario per inefficienza dello stesso. Analoghe osservazioni si potrebbero fare per i residenti sul confine di due aree di gravitazione o delle persone che per ragioni di lavoro sono costretti a spostarsi in più zone, mentre diventa maggiormente significativa la richiesta di prestazioni effettuate da persone provenienti da località molto distanti dal punto.

In una grande metropoli il concetto di zona si sposta sulla facilità con cui i mezzi di trasporto permettono di raggiungere uno o più punti sanitari, rendendo praticabile la possibilità di collegare l'efficienza di un punto sanitario con il gradimento espresso dalla domanda effettiva, attuando la fattibilità dell'introduzione di forme di concorrenzialità tra più punti facilmente raggiungibili.

In questa ipotesi, di notevole utilità potrebbe risultare il confronto tra gli indici prima indicati, con la sommatoria di tutti gli indici dello stesso tipo calcolati per l'insieme universo considerato:

$$\sum_{x=1}^n \left| \frac{Ix}{Px} \right| \begin{matrix} > \\ < \end{matrix} \frac{Ia^*}{Pa^*}$$

oppure con la sommatoria delle differenze:

$$\sum_{x=1}^n \left| \frac{Ex - Sx}{Px} \right| \begin{matrix} > \\ < \end{matrix} \frac{Ea^* - Sa^*}{Pa^*}$$

Il valore assoluto è stato introdotto perché altrimenti le differenze all'interno di un'area geografica « chiusa » si sarebbero compensate. L'elevando inoltre al quadrato i termini si può attribuire un maggior peso specifico alle differenze maggiormente significative rispetto ai valori prossimi allo zero.

Quest'ultimo indice permette di verificare se, nell'ambito di certi livelli di mobilità dei pazienti fissati dalla sommatoria, il punto sanitario sia « attrattivo » in rapporto al mix qualità-quantità-costo (monetario o costo opportunità) del servizio offerto, giudicandolo tramite la domanda effettiva espressa dai pazienti/clienti.

Anche se questi indici forniscono solo una visione riflessa di quella che è la realtà, non permettendo di esaminare direttamente il prodotto sanitario, ma solo il suo gradimento, possono però fornire agli organi di programmazione e di controllo uno strumento operativo, generalmente accettabile dagli attori del processo sanitario: medici, manager, classe politica e soprattutto l'opinione pubblica, in quanto « produttrice » del risultato.

Se esiste una libertà di decisione del paziente/cliente questa dovrebbe tendere spontaneamente a premiare il punto più efficiente o che comunque meglio soddisfa le sue aspettative. Se, infatti, i pazienti sono disposti ad accettare scomodità, tempi e costi di trasporto maggiori per rivolgersi a un altro punto sanitario che, almeno teoricamente, dovrebbe dare lo stesso servizio, è evidente che un fattore (fama dei medici, tempi di attesa, qualità dei servizi alberghieri, atteggiamenti del personale, fiducia nell'organizzazione...) viene valuta-

to sufficientemente consistente per accettare la scomodità.

Questo metodo permette, all'interno di un sistema di sanità pubblica, dove i servizi vengono offerti gratuitamente o a prezzi politici, di individuare i servizi maggiormente graditi e indirizzare verso questi maggiori risorse.

4. Il bonus

A risultati analoghi si potrebbe addivenire se si concedessero dei « bonus » per poter fruire di determinate prestazioni ai pazienti e questi fossero liberi di utilizzarli al sopravvenire di un'esigenza, o comunque in base alle loro necessità, presso i centri da loro preferiti. Pur rimanendo in un'ottica di servizio pubblico si potrebbe così sviluppare una concorrenzialità tra i vari operatori nel gareggiare sul come riuscire a offrire un prodotto più confacente alle aspettative dei pazienti medesimi. Si viene, di conseguenza, a realizzare un sistema orientato verso il paziente, dove cioè sono le scelte di quest'ultimo a condizionare il settore, determinando indirizzi e forme di intervento. L'offerta subirà economicamente i desideri del mercato e si concretizzerà verso quei settori dove la possibilità di acquisire un maggior numero di « bonus » sarà superiore.

Detto « bonus » può essere costituito da un documento impiegabile dal paziente o da una figura istituzionale (medico di famiglia o ente locale cui è demandata la tutela del cittadino) per acquisire i beni e servizi desiderati. L'offerente si trova così a operare in condizioni molto simili a quelle di mercato, essendo a conoscenza dei propri costi, per ogni tipologia d'intervento e del vantaggio economico corrispettivo, « il bonus », per le prestazioni offerte.

Affinché il sistema possa essere attuato, occorre che il mercato presenti le seguenti caratteristiche:

— numero non piccolo di produttori operanti in un mercato sufficientemente concorrenziale,

— mercato non caratterizzato da situazioni monopoliste o dalla presenza di rilevanti economie di scala;

— la disponibilità da parte dell'offerta di accogliere e fornire le cure a ogni tipologia di paziente accettando l'importo del « bonus » (esiste infatti il pericolo che i casi più difficili non siano accettati perché economicamente il loro trattamento risulterebbe non conveniente).

Indipendentemente dal fatto che il paziente sia o meno in grado di esprimere valutazioni corrette sulle combinazioni quali-quantitative, la possibilità di distribuire le risorse pubbliche messe a disposizione dalla sanità tramite il « bonus », riporta l'individuo al centro del processo decisionale. Il consumatore avrà, infatti, interesse a richiedere le prestazioni di cui abbisogna presso i centri più accessibili e lo spostarsi verso altri punti sanitari rappresenta per lui un maggior costo o disagio sostenibile solo se ad essi viene attribuita una maggiore fiducia.

Questo sistema permette di mantenere centralizzata la fiscalizzazione degli oneri relativi alla sanità (chiamando le classi più abbienti a sostenere il peso maggiore), mentre riporta la distribuzione delle risorse ai consumatori che, con un processo estremamente polverizzato, finanziano le singole strutture nel momento d'acquisizione delle prestazioni.

I maggiori problemi di cui soffre questo tipo di soluzione, sono dati dall'incapacità del consumatore di valutare la qualità delle prestazioni e, di conseguenza di rimanere plagiato da forme di marketing o dall'eccessivo apprezzamento degli aspetti alberghieri, dalla mancanza di stimolo alla ricerca e dalla necessità d'includere i casi particolarmente difficili, la cui previsione di costo risulterebbe impossibile ex-ante.

Per quanto concerne le spese di ricerca, queste potrebbero essere stimolate dalla necessità, da parte dell'offerta, di disporre di nuove conoscenze da qualificare la propria immagine rispetto alla concorrenza, ma se questo non dovesse avvenire, risulterebbe comunque fattibile riservare una quota parte dei fondi raccolti a favore di chi si impegnerà con proficui risultati in questo campo.

Per superare l'asimmetria informativa di cui soffre il paziente, si può ovviare, almeno in parte, con una specifica partecipazione dei medici di famiglia chiamati a fornire le informazioni indispensabili: occorre però che il medico agisca esclusivamente a vantaggio dell'assistito, non deve cioè avere interesse di alcun tipo con l'ente fornitore dei servizi da lui consigliati. Si potrebbe immaginare, così come elaborato nel modello Inglese del National Health Service (7), che sia lo stesso medico a disporre di « bonus » da utilizzare nell'interesse dell'assistito. Questa ipotesi, che annullerebbe l'asimmetria informativa, priva però l'individuo di gran parte della sua sovranità nella decisione, soprattutto se non ha la possibilità di scegliere e di cambiare medico con sufficiente facilità.

Anche analizzando il dibattito attualmente in corso in uno degli Stati culla del welfare state, la Svezia, si ravvisa un significativo orientamento verso la domanda piuttosto che verso l'offerta. All'interno di un generale riorientamento di valori si tende cioè ad accrescere l'importanza della possibilità da parte dei cittadini di operare direttamente scelte in campo sanitario.

Diversamente da quanto previsto nel sistema britannico si ribadisce una sostanziale fiducia al modello pubblico, ma con l'introduzione di particolari forme di competizione volte a introdurre selezionati elementi di mercato. Si vogliono cioè salvare i concetti legati all'uniformità delle pre-

stazioni evitando però quegli aspetti di appiattimento nei comportamenti individuali spesso indotti da questo modello (moral hazard).

L'esperienza svedese in campo sanitario sta elaborando un sistema di indicatori per valutare appieno i vari aspetti del prodotto salute, cercando così di superare la fase formale/burocratica che ha caratterizzato in questi anni l'attività delle amministrazioni pubbliche, ma soprattutto si sta elaborando un concetto di « bilancio flessibile » finalizzato a determinare i comportamenti all'interno del sistema (8) e legato alla quota di mercato pubblico (soddisfazione dei pazienti) che si riesce a coprire in base alle caratteristiche della zona considerata.

Questo concetto di « quota di mercato pubblico » non rappresenta ancora un parametro misurabile e facilmente riproponibile, ma sottolinea la necessità e l'opportunità di collegare le risorse pubbliche alle effettive esigenze presenti in una determinata zona al fine di salvaguardare gli aspetti positivi introdotti in Svezia con il welfare state.

Conclusione

Sia pure con grandi difficoltà, si può affermare che, senza uscire dal sistema pubblico, si possono realizzare, prendendo in considerazione la distribuzione territoriale dei servizi sanitari, forme di concorrenzialità/competitività che permettono d'introdurre strumenti selettivi dell'offerta sanitaria e, nel contempo, restituire al cittadino maggiore potere decisionale; fatto particolarmente importante in un periodo in cui risulta difficile operare un lavoro di ricomposizione e di sintesi delle preferenze espresse dalla popolazione, con l'esigenza di maggiore equità redistributiva e attenzione alle fasce più deboli.

L'inserimento di meccanismi che obbligano il paziente/consumatore a sborsare una quota delle prestazioni

può risultare opportuno anche al fine di far prendere coscienza del costo del servizio ed evitare tentativi collusivi tra detentori di « bonus » e l'offerta. Se il contributo corrisposto è fisso, il paziente ha interesse a consumare tutto l'importo gratuito, con scarsa attenzione alla qualità (per contro, il metodo permette all'ente pubblico d'individuare a priori il costo delle singole operazioni). Se invece la partecipazione al costo, da parte del paziente, avviene con una percentuale su ogni unità consumata, maggiore risulta essere il grado di consapevolezza che ogni incremento di qualità comporta.

Se per i casi particolarmente gravi e non standardizzabili, non si può assolutamente applicare un sistema incentrato sulle forme di ricompensa tramite « bonus », la funzionalità del meccanismo stesso dipende comunque dalla partecipazione di un sufficiente numero di pazienti; se, infatti, questo dovesse essere molto basso rispetto a forme di offerta gratuita, aumenterebbe la possibilità di accordi collusivi che farebbero perdere d'efficacia il senso della contrapposizione di interessi tra chi acquisisce il servizio pagando, anche se tramite un « bonus » e chi lo eroga (ciò può avvenire soprattutto se si utilizza questo sistema per valutare il gradimento di servizi pubblici o per la determinazione di alcuni rimborsi).

Le tendenze attuali, volte a eliminare dal governo della sanità la capillare presenza dei partiti, diventati promotori di interessi troppo particolari, hanno introdotto una fase di legittimazione (attenzione giuridica agli atti) che potrà sì, restituire dignità a questo settore, ma non ne garantirà automaticamente l'efficienza economica (analisi dell'opportunità delle decisioni adottate) e la razionalità distributiva. Il punto cardine del nuovo assetto diventa quindi l'individuazione di criteri di valutazione semplici ma efficaci, condivisibili anche dal

paziente/contribuente, che sarà chiamato sempre più a soddisfare direttamente il costo delle prestazioni e quindi meno disposto a sopportare le attuali inefficienze.

Occorre pertanto individuare una gerarchia di obiettivi da raggiungere, in base ad un ordine riflettente le diverse esigenze, per superare la stessa dicotomia tra pubblico/privato, stimolando invece forme di competizione tra le varie forze operanti: ciò è possibile solo attivando una contrapposizione di interessi, all'interno di ogni mercato, tra chi è chiamato a erogare i servizi e i fruitori dei medesimi, tale da rendere « conveniente » la funzionalità e la dinamicità del sistema nel suo complesso. Da questa competizione potranno emergere le migliori capacità e si potranno ottenere dei reali vantaggi in termini di qualità dell'assistenza.

(1) Dove per intermedi si intendono quei beni e servizi necessari alla produzione di beni e servizi finali.

(2) Per punto sanitario si intende un determinato luogo del territorio, dove sono presenti strutture in grado di soddisfare i bisogni sanitari (ospedale, poliambulatorio, studi medici...). I punti sanitari mobili (ambulanze e guardie mediche) vengono considerate in base alla loro ubicazione e alla facilità con cui queste possono raggiungere i pazienti della zona loro affidata.

(3) La distanza può essere studiata sotto diversi aspetti:

— la distanza chilometrica: lo spazio metrico tra il punto sanitario e il luogo dove il soggetto avverte il bisogno sanitario; questa distanza è la più agevole da calcolare perché si fonda su misurazioni oggettive;

— la distanza sociale: in questo caso la metrica è calcolata sull'integrazione sociale, cioè sulla maggiore o minore difficoltà, in assenza di vincoli formalizzati, di accedere a determinati servizi e/o strutture sanitarie;

— costo della movimentazione: indipendentemente dagli aspetti prima considerati, possono sorgere facilità o difficoltà di accesso, collegabili alle possibilità di movimentazione di un paziente o dei familiari che intendono seguire il decorso della malattia.

(4) I primi studi sul metodo delle località centrali risalgono a CHRISTALLER W., nel 1933 in *Central Place in Southern Germany*. Traduzione parziale in italiano in *Città e analisi sociologica*. Padova, Marsilio, 1968.

(5) Il sistema di localizzazione dei punti sanitari in Italia è stato studiato in: *Città, spazio urbano, e territorio in Italia* a cura di CORI B. Edi-

tore F. Angeli, Milano, 1986, dove è stata individuata una gerarchizzazione dei servizi ospedalieri che vede un primo livello di otto città: Roma, Torino, Milano, Genova, Bologna, Napoli, Palermo e Bari, mentre a un secondo livello si ritrovano: Aosta, Verona, Padova, Venezia, Trieste, Parma, Firenze, Ancona, Foggia, Taranto, Catanzaro, Catania e Cagliari.

(6) Sull'argomento si veda anche *Obiettivi metodi e tecniche nella valutazione dell'intervento pubblico in sanità* di ATTANASIO E. Mecosan, n. 6, Milano, 1993.

(7) Come si può ricavare dal libro bianco sulla riforma del Servizio Sanitario Inglese: *Working for patients* British Crown copyright 1989. Translated and published by permission of the Controller of Her Britannic Majesty's Stationery Office. « ...Gli studi dei medici di base con almeno 11.000 pazienti (numero giudicato sufficientemente consistente per poter far fronte a eventuali fluttuazioni della domanda) potranno richiedere ad NHS un bilancio autonomo (compreso una quota parte per la prescrizione dei farmaci) per l'acquisto di una determinata gamma di prestazioni ospedaliere o presso gli ospedali dello stesso NHS o presso quelli del settore privato. L'entità del bilancio dipenderà principalmente dal numero di assistiti (pesato in base alle caratteristiche demografiche, sociali e locali che incidono sull'utilizzazione delle prestazioni) dello studio di medicina di base. Il regime prevede tre categorie di prestazioni: Prestazioni ambulatoriali, day hospital ed esami diagnostici ».

(8) Ad esempio il sistema degli incentivi al personale operativo svedese prevede il superamento di schemi fissi per vincolare le retribuzioni a tre parametri base: una componente fissa collegata alla formazione e all'esperienza (20% circa), una calcolata su base capitaria (60%) ed infine una ponderata al grado di copertura offerto realmente al paziente (20%).

BIBLIOGRAFIA

- BRUNET R., *Spatial Systems and Structure. A model and a Case Study*. Geoforum, Wiesbaden 1980.
- CRESA, *Le proposte di riforma del NHS. Possibilità e problemi di una loro applicazione* al SSN. Paper Cresa n. 11, 1991.
- FRIEDMANN J., *A general Theory of polarized development*. MTI Press, Cambridge (Mass.) 1972.
- Great Britain. Department of Health:
A) *Working for patients*
B) *Self-governing hospital*
Working Paper n. 1, HMSO 1989.
- PEROTTO L.A., *Stato e giustizia distributiva*. Massimo, Roma 1984.
- PERROUX F., *La firme motrice dans la région et la région motrice*. In Cash de l'ISEA, Parigi 1961.
- TONIOLO A.R., *Introduzione allo studio della geografia*. Marzotti, Milano 1947.
- TURNO R., MENGUZZO M., DE ALESSI L., *La riorganizzazione della sanità al di là della riforma legislativa*. Queste istituzioni, n. 85/86, 1991.
- VAGAGGINI V., DEMATTEIS G., *I metodi analitici della geografia*. La Nuova Italia, Firenze 1981.
- VALLEGA A., *Compendio di geografia regionale*. Mursia, Milano 1982.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

IL NUOVO SISTEMA PER LA DEFINIZIONE DEI PREZZI DEI FARMACI

In seguito ai provvedimenti relativi al settore farmaceutico assunti dal Governo Ciampi e approvati dal Parlamento con la legge finanziaria dello scorso anno, è stato modificato il sistema per la determinazione dei prezzi dei farmaci. Il nuovo sistema è frutto del lavoro compiuto da un'apposita commissione istituita in seno al Cipe. Come già accaduto per la revisione del prontuario, di cui Mecosan ha parlato ampiamente nel numero precedente, anche questo nuovo provvedimento di riforma è stato accolto da accese polemiche. Di seguito riportiamo il parere di uno dei membri della Commissione che ha ideato il nuovo sistema e quello del vice presidente di Farindustria, responsabile per le questioni relative alla determinazione dei prezzi, insieme al testo integrale della delibera del Cipe che illustra il nuovo sistema.

Un sistema trasparente

di Gian Maria Gros-Pietro
*Cattedra di Economia Politica
Industriale - Università di Torino*

SOMMARIO: 1. I farmaci sono merci atipiche - 2. Ci sono diversi tipi di prezzi liberi - 3. L'attuale normativa italiana.

1. I farmaci sono merci atipiche

Credo sia utile ricordare i motivi per i quali il mercato dei farmaci è diverso da quelli delle altre merci:

— la domanda da parte del malato è fortemente rigida;

— la concorrenzialità dell'offerta è limitata dai brevetti;

— nella maggior parte dei casi chi sceglie il farmaco (il medico) e chi lo consuma non è sensibile al prezzo perché a pagare è il servizio sanitario.

Basterebbero i motivi citati per capire che la curva della domanda non può, in questo caso, svolgere in modo soddisfacente quella funzione di determinazione del prezzo alla quale solitamente ci si affida con vantaggio nel caso della generalità delle merci. Tuttavia ogni tentativo di fissazione amministrativa del prezzo si scontra con ostacoli teorici e con inconvenienti praticamente sperimentati, tali da far ritenere, almeno a chi scrive, che la fissazione amministrativa dei prezzi sia un rimedio indesiderabile alla scarsa funzionalità della curva della domanda.

Il principale ostacolo teorico alla fissazione amministrativa dei prezzi è la mancanza di un parametro di riferimento. In Italia e in altri paesi si è a lungo ritenuto che tale riferimento potesse essere costituito dal costo di produzione, ma ogni economista sa che questo non può essere un dato oggettivo in una industria ad alti costi fissi. L'aggregato dei costi variabili riconducibili ai contenuti delle unità di farmaco (sostanze minerali e organiche, energia elettrica, lavoro diretto, imballaggi specifici) rappresenta nei bilanci delle imprese farmaceutiche una quota sempre molto inferiore alla metà dei costi totali; la parte preponderante è costituita da costi fissi di lavoro, di ammortamento, di strutture distributive e di ricerca. Dividere i costi fissi sul totale dei prodotti è un arbitrio già nella scelta del principio di imputazione (il numero dei pezzi? il costo diretto?) e comunque conduce a risultati molto diversi da una impresa all'altra, a seconda di come è articolata la gamma dei prodotti, di come è organizzata l'impresa, del grado di successo delle sue ricerche e delle sue campagne di vendita.

L'esperienza pratica ha poi dimostrato che, quale che sia il parametro assunto a riferimento, e grazie anche alla inesistenza di parametri oggettivi, sul procedimento amministrativo di calcolo del prezzo si esercitano pressioni commisurate agli interessi in gioco, cioè molto rilevanti. È quindi certo che il metodo della fissazione amministrativa dei prezzi non conduce a risultati apprezzabili e va abbandonato.

2. Ci sono diversi tipi di prezzi liberi

Si parla molto, ma talvolta confusamente, di prezzi liberi. Si veda il caso di un paese come gli Stati Uniti, caratterizzato da una rilevante libertà di azione dei produttori. Essi agiscono su una parte del mercato come quasi monopolisti, nel senso che hanno di fronte consumatori paganti (per i quali il prezzo conta) e devono quindi fissare un prezzo che non scoraggi troppo i consumi; si tratta di quasi monopoli, perché i consumatori possono sempre rivolgersi a prodotti diversi (di altre marche) in qualche misura succedanei. Quando però non è il consumatore a pagare, ma un'organizzazione sanitaria pubblica o privata, il venditore si trova di fronte non una curva della domanda ma una controparte negoziatrice; il mercato si avvicina allora alla forma del monopolio bilaterale e le forze contrattuali trovano un maggior equilibrio. La forte spinta della Pubblica Amministrazione americana verso la diffusione dei farmaci generici è un'altra versione della tendenza verso forme di mercato meno distanti dall'equilibrio.

Nei paesi in cui esiste un servizio sanitario in grado di coprire una vasta porzione dei bisogni, il prezzo libero non ha di fronte a sé la risposta spontanea della domanda, ma la risposta organizzata dell'amministrazione. Ad esempio in Germania la libertà di fissare i prezzi significa per i produttori la libertà di autocollocarsi rispetto ad un prezzo di riferimento, che rappresenta il livello di rimborso a carico del servizio sanitario. Il produttore è bensì libero di fissare un prezzo più alto, ma sa che la differenza dovrà essere pagata dal paziente, e che ciò frenerà il consumo. Il sistema è

perciò misto, perché si basa su decisioni liberamente prese (la fissazione del prezzo di vendita, la decisione di acquistare) e su un elemento amministrativo (il prezzo di riferimento). Rispetto ai sistemi amministrativi tradizionali l'attuale sistema tedesco ha il grande pregio di permettere un più alto dispiegamento della competizione fra prodotti che vantano efficacie diverse, e che quindi possono avere effetti diversi; esso riduce al minimo l'elemento discrezionale amministrativo, perché il prezzo di riferimento deve essere fissato in base ai prezzi dei prodotti disponibili sul mercato, e perciò viene in definitiva ad essere guidato dalle manovre della totalità dei produttori, senza soggiacere alla volontà di nessuno di essi.

L'esempio tedesco rappresenta bene il limite al quale si può arrivare, in materia di libertà dei prezzi, laddove esista un forte flusso di spesa pubblica in sostituzione di quella privata. È un esempio significativo anche perché mette bene in evidenza che comunque in tali condizioni l'efficacia della curva della domanda rimane attenuata, e che pertanto è necessario il concorso di altri strumenti. Ad esempio, il metodo del prezzo di riferimento non è sufficiente a contenere la spesa farmaceutica pubblica, poiché comunque assicura la gratuità di farmaci adatti a tutte le patologie assistite; pertanto esso va affiancato con strumenti di controllo della prescrizione e di miglioramento dell'informazione ai medici.

Da quanto precede si deduce che in molti casi in cui si parla di prezzo libero dei farmaci la libertà di cui gode il produttore è diversa da quella di chi fissa il prezzo di vendita di un prodotto non etico, come le caramelle o i succhi di frutta; chi vende pasticche o sciroppi destinati ad essere in larga parte pagati da un'organizzazione sanitaria si trova, in un modo o nell'altro, a fare i conti con tale organizzazione. Ma le modalità con le quali tali conti vengono regolati sono estremamente importanti. Sotto questo profilo il prezzo « libero » che vige nel regime tedesco sopra accennato è probabilmente uno dei sistemi meno suscettibili di provocare distorsioni, e più vicino a simulare il funzionamento di un mer-

cato nel quale la curva della domanda presenti piena efficacia. Tuttavia non va dimenticato che anche in tal caso sussiste un elemento amministrativo, il prezzo di riferimento, che è essenziale per il soddisfacente funzionamento del metodo, e la cui determinazione non è semplice. Nel caso tedesco sono occorsi circa due anni per stabilire i diversi raggruppamenti terapeutici e, per ciascuno di essi, il prezzo di riferimento corrispondente a un farmaco realmente esistente, adeguato e largamente usato. È necessario sottolineare questo particolare perché talvolta si ha la sensazione che qualcuno ritenga che si possa costruire un sistema sanitario soddisfacente, nel quale i produttori fissano prezzi a piacere, che vengono rimborsati sulla base delle scelte libere di pazienti e medici, che non sostengono costo alcuno.

Una qualche forma di intervento amministrativo sembra inevitabile, almeno laddove è l'Amministrazione a sostenere la maggior parte dei costi. Ma per ridurre al minimo le distorsioni che sempre accompagnano gli interventi amministrativi, è bene attenersi a una regola: minimizzare e possibilmente azzerare la discrezionalità dell'Amministrazione. Questo traguardo sembra raggiunto nel caso tedesco, dove il prezzo di riferimento ha valore generale e non costituisce reazione amministrativa a una decisione d'impresa. Sono invece le imprese a reagire alla decisione amministrativa, scegliendo dove collocarsi, rispetto al prezzo di riferimento, e sopportando le conseguenze che si verificheranno sul mercato.

3. L'attuale normativa italiana

La normativa sul prezzo dei farmaci introdotta in Italia negli ultimi mesi del 1993 non possiede evidentemente i caratteri positivi testé descritti. La norma stabilisce che il prezzo è libero, ma immediatamente tale affermazione viene negata prescrivendo che esso non possa superare la media dei prezzi europei, e che nel caso risulti inferiore non possa avvicinarsi in meno di cinque aumenti annuali del 20%. Uno statistico direbbe che si tratta di una « distribuzione a una coda », con tanti valori possibili al

di sotto della media europea, ma nessun valore possibile al di sopra: si tratta perciò di un prezzo semi-libero. Inoltre al momento di fissare il prezzo l'impresa non è certa degli effetti amministrativi che ne deriveranno, a differenza del caso tedesco; infatti spetta all'Amministrazione decidere la collocazione del farmaco in fascia A, B o C, tenendo conto anche del prezzo. Poiché tale collocazione influisce pesantemente sui ricavi, essa costituisce, nel regime vigente, l'elemento di negoziazione, che tuttavia risulta meno trasparente e più discrezionale che nel regime tedesco.

La scelta di tale regime può essere probabilmente spiegata solo da considerazioni di emergenza. Era necessario sostituire il vecchio metodo, ma non c'era tempo per varare un sistema simile a quello tedesco; ci si è allora affidati alla media dei prezzi europei, introducendo un incitamento al contenimento dei prezzi, sotto forma della classificazione in A, B e C. Forse al momento non si poteva fare di meglio, ma sarebbe necessaria la coscienza che occorre agire subito per superare un metodo così insoddisfacente.

Anche la media dei prezzi europei, cui si è fatto ricorso come ancora di salvezza, non si è dimostrata tale. Si è obiettato giustamente che i prezzi di ciascun paese hanno senso con riferimento alla sua politica sanitaria e farmaceutica, e che una miscela di politiche altrui non esprime necessariamente un risultato razionale né tantomeno adeguato alle necessità dell'Italia. Si poteva almeno sperare che il metodo, ancorché insoddisfacente, fosse semplice, ma non è così. Per calcolare la media dei prezzi europei bisogna convertire le unità di conto, e la norma non dice quali parità si debbono usare. Il Cipe ha scelto le parità di potere d'acquisto (PPA), gli industriali vorrebbero le parità valutarie (PV).

Da un punto di vista economico non sembra potersi dubitare della opportunità della scelta del Cipe. Con le PPA si assicura che il consumatore italiano sopporti un sacrificio, in termini di potere d'acquisto, pari alla media di quelli sopportati negli altri paesi europei. Se si adottassero le PV, ai cambi attuali il sacrificio dei consuma-

tori italiani sarebbe nettamente superiore a quello della media degli altri paesi, a causa della sottovalutazione della lira e quindi del minor livello dei prezzi interni italiani. Certamente non era questo il volere del legislatore.

I produttori obiettano che le PPA sono frutto di calcolo, mentre le PV sono fissate dal mercato. Dimenticano che le PV valgono per chi compra e vende valuta, ma che i costi di produzione e i prezzi dei mercati interni non le seguono. Infatti, dopo la svalutazione della lira i prezzi interni italiani non si sono mossi; i prezzi dei farmaci, se fossero già stati regolati come vorrebbero i produttori, sarebbero balzati in alto del 30% circa. Si può pensare che questa fosse l'indicazione del legislatore? Ma soprattutto, come si può sostenere che questa sia l'unica soluzione coerente al mercato, dal momento che dà risultati opposti rispetto a quelli delle merci che si vendono su di un mercato vero, con una curva della domanda che funziona?

L'unica obiezione fondata dei produttori è che parte dei fattori produttivi sono acquistati all'estero, e vanno pagati in valuta; la valuta si compra alle PV. Quindi i costi di produzione seguono le PV, per la quota di fattori importata dall'estero. Ma quanto incide questa quota? Secondo i dati Farminindustria, l'industria farmaceutica

italiana fa registrare un valore aggiunto pari al 41% della produzione: appare verosimile che praticamente tutto il valore aggiunto sia costituito da costi espressi in lire (retribuzioni del lavoro e del capitale). Ma anche una larga parte dei costi esterni al valore aggiunto sono per forza espressi in lire: affitti, canoni elettrici e telefonici, trasporti sul territorio nazionale, la quasi totalità degli imballaggi, la quasi totalità dei costi commerciali che non fanno parte del valore aggiunto. Con il che la quota dei costi espressi in lire supera sicuramente di gran lunga il 50 per cento (e se non fosse così, vorrebbe dire che la bilancia commerciale farmaceutica è ben peggiore di quella che appare dai dati ufficiali). Quindi, se si dovesse operare una scelta secca tra PPA e PV, converrebbe optare per le prime. Una soluzione di maggior tutela per i produttori sarebbe quella di adottare una media tra PPA e PV, ponderata secondo l'incidenza media dei fattori produttivi di origine nazionale e di quelli importati. Questo metodo, solo leggermente più complicato, permetterebbe ai produttori farmaceutici di recuperare per intero il maggior costo delle loro importazioni di fattori produttivi: cosa che negli ultimi 18 mesi non è stata possibile per quasi nessuno dei produttori che vendono sui mercati « veri ».

Troppi perché?

di Emilio Platè
Farindustria

La sanità ed i farmaci da sempre tengono la scena, o per il loro valore sociale o per il loro costo a carico della comunità.

Per la verità in quest'ultimo anno la ribalta si è accesa per le esternazioni di alcuni politici, amministratori ed industriali farmaceutici. Risultato? Immagine ai livelli più bassi, non certo per i farmaci, ma per tutti i produttori.

Ad ogni intervento di « mani pulite », ogni mezzo di informazione lega le attività illecite per ottenere prezzi più alti del dovuto. Ma se tale correlazione è così diretta come mai non si riportano tali prezzi gonfiati alla posizione corretta? Non sarà che per non saper o voler individuare i casi in questione si preferisce sparare nel gruppo?

Questo atteggiamento punitivo mi sembra aver guidato tutta la gestione della spesa per il farmaco, dalla fissazione del livello di spesa nella legge finanziaria, alla ristrutturazione del « Prontuario », per finire con la delibera Cipe sui nuovi livelli di prezzo.

È fuori di dubbio che lo Stato abbia il diritto di stabilire le risorse da destinare all'assistenza farmaceutica; semmai c'è da domandarsi se passare da 13.500 miliardi del 1993 ai 10.000 del 1994 sia corretto. L'assistenza che ne deriverà sarà in linea con le tasse pagate dagli utenti? 10.000 miliardi sono un giusto investimento in un settore indicato tra i più strategici?

Secondo la legge finanziaria, l'azione governativa doveva essere centrata su due attività: la revisione del Prontuario e l'adeguamento dei prezzi alla media europea.

La riclassificazione dei prodotti nelle classi A, B e C doveva essere guidata da spirito di pulizia e di giusta attribuzione in funzione di una provata attività terapeutica. Di fatto 257 prodotti sono stati prima esclusi dalla classe A per rapporto costo beneficio troppo elevato e poi riammessi dopo tagli vistosi di prezzo. Quindi la CUF ha agito di fatto sulle modalità prezzo.

Perché? Che senso ha escludere dalla terapia assistita prodotti validissimi quando la legge prevede che il prezzo debba rifarsi alla media europea. Si dice per mantenere la spesa nei 10.000 miliardi preventivati, ma ciò era facilmente ottenibile attraverso

l'uso della classe B (50% di ticket), ma invece si è preferito mettere a disagio consumatori, alterare le leggi della concorrenza per ottenere un risultato inferiore per lo Stato in quanto le diminuzioni di prezzo sono state mediamente inferiori al 50% che sarebbe stato ottenuto con il pagamento del ticket. Perché?

In marzo entra infine in operatività la delibera Cipe sull'adeguamento dei prezzi italiani alla media europea. Il mandato legislativo si riferisce ad un sistema « di sorveglianza » vale a dire ad un sistema capace di monitorare che per i prodotti non si applichino in Italia prezzi superiori alla media europea. Di fatto ne è uscito un sistema talmente controllato da far invidia ai migliori sistemi di prezzo imposto. Perché?

L'orientamento industriale, in coerenza con un sistema di libero mercato, è quello della libertà dei prezzi accompagnato da strumenti atti a monitorare la concorrenza e la quota a carico della spesa pubblica. In questa ottica la delibera Cipe doveva essere, attraverso il prezzo medio europeo, il naturale tragitto verso il libero mercato.

Invece? Invece, al posto di una semplice verifica del prezzo medio del medesimo prodotto presente sui mercati europei si sono applicati almeno tre sistemi « ingessanti »: il primo riguarda i Paesi di riferimento; l'Unione Europea è composta da 12 Paesi invece ne sono stati presi solo quattro. Perché?

La seconda « ingessatura » deriva dal fatto che la comparazione è stata fatta con i 5 prodotti più venduti presenti su ogni mercato, incluso i « generici ».

I prodotti « generici » sono quelli che è possibile vendere quando il prodotto di marca di riferimento perde la protezione brevettuale.

Quello dei « generici » è un mercato indubbiamente legittimo ma è un « altro » mercato, ha logiche diverse e prezzi diversi; ma per fare il prezzo dei prodotti di marca in Italia si devono assumere i prezzi anche dei prodotti generici all'estero. Perché?

Sarebbe come se per fare il prezzo di una automobile nuova in Italia si assumesse il prezzo anche dell'usato all'estero.

Ma l'« ingessatura » trova la sua più alta formalizzazione quando nel confronto europeo è ora di usare i cambi. I valori di borsa?

Troppo semplicistico, va usato il PPA, ovvero la Parità di Potere d'Acquisto, ovvero il prezzo dei farmaceutici fra Paesi deve essere mediato dalla capacità del potere d'acquisto degli stessi.

Risultato: per confrontare i prezzi italiani ai prezzi tedeschi il tasso di cambio non è le 960 lire oggi richieste per acquistare un marco tedesco, ma circa 700 lire. Perché? Per equità forse?

Ma quando si importano materie prime e semilavorati si pagano marchi tedeschi, in sonanti 960 lire l'uno, e la Finanza, attenta all'esportazione di capitali, monitora con cura che i prezzi di cessione tra

i Paesi siano gli stessi. Altro problema nasce dalla cosiddetta « esportazione parallela ». In Europa esiste la libera circolazione delle merci per cui il grossista tedesco, grazie al PPA, troverebbe lo stesso prodotto in Italia ad un prezzo inferiore del 27%, per quale motivo lo deve acquistare in Germania?

La differenza lucrata rimarrà alla distribuzione, anziché formale risparmio per lo Stato pagatore o capacità di investimento in innovazione per il comparto produttivo.

Insomma, troppi perché a dimostrazione di una situazione poco chiara.

Peccato, perché la revisione del Pronuario e l'avvicinamento all'Europa sono finalità coraggiose e di alto valore, ma richiedono trasparenza.

Che sia questo che alla fine disturba?

Criteri per la determinazione del prezzo medio europeo d'acquisto delle specialità medicinali

Il CIPE

Vista la legge 24 dicembre 1993, n. 537 concernente gli indirizzi correttivi di finanza pubblica;

Visto in particolare, l'art. 8, comma 12, della sopracitata legge che demanda al CIPE la competenza ad indicare criteri e modalità applicative per sottoporre a regime di sorveglianza i prezzi delle specialità medicinali;

Visto l'art. 1, comma 2, del D.L. 30 dicembre 1993, n. 552 che prevede il termine di sessanta giorni per l'adozione da parte del CIPE dei criteri per la definizione del prezzo medio europeo delle specialità medicinali rimborsabili dal servizio sanitario nazionale e per l'emanazione della disciplina relativa al regime di sorveglianza;

Visto il decreto del Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica di concerto con i Ministri del tesoro e della Sanità del 4 gennaio u.s., con il quale è stata istituita una Commissione al fine dell'individuazione dei summenzionati criteri;

Preso atto delle considerazioni contenute nel documento elaborato dalla suddetta Commissione;

Ritenuto necessario operare la scelta del metodo di calcolo del prezzo medio europeo sulla base di criteri obiettivi e verificabili, in modo da assicurare massima chiarezza e trasparenza al sistema in linea con gli obiettivi fissati in sede comunitaria (direttive di trasparenza: 89/105 CEE);

Considerato che, ai fini del calcolo del prezzo medio europeo, appare opportuno far riferimento:

a) per quanto riguarda la scelta dei Paesi da considerare, a quelli più significativi per dimensione di mercato e popolazione e rappresentativi di realtà diverse per i regimi di determinazione dei prezzi adottati;

b) per quanto riguarda il livello di commercializzazione al quale effettuare il confronto dei prezzi, a quello che consenta il confronto più omogeneo tra i diversi Paesi;

c) per quanto riguarda la comparazione delle specialità medicinali ad un sistema di confronto basato sui prodotti di

analoga forma farmaceutica, contenenti il medesimo principio attivo;

d) per quanto concerne la conversione dei prezzi espressi in valute estere in prezzi espressi in lire, ad un tasso che elimini le distorsioni derivanti da eventuali sopra/sottovalutazioni della lira ed assicuri neutralità rispetto alle decisioni di spesa dei principali soggetti economici (consumatori, produttori, Stato);

Ritenuto di dover considerare il prezzo medio europeo quale valore massimo per la vendita al pubblico delle specialità medicinali rimborsabili dal Servizio Sanitario nazionale (SSN), ferma restando la facoltà delle imprese di fissare un prezzo più basso;

Ritenuto altresì opportuno prevedere limitatamente alle specialità medicinali non rimborsabili dal SSN, un regime di prezzo libero, restando inteso che l'eventuale successiva ammissione alla rimborsabilità obbliga l'impresa a rispettare il criterio del prezzo medio europeo;

Considerato che le procedure per l'esercizio della sorveglianza devono consentire alle imprese facilità e rapidità operative e alla Pubblica Amministrazione semplicità e certezza attuativa;

Considerato che per le specialità di nuova registrazione che non hanno riscontro negli altri Paesi europei, nonché per le specialità commercializzate solo in Italia, è opportuno applicare un metodo che consenta ugualmente di determinarne il prezzo con un riferimento europeo;

Tenuto conto delle fonti di informazione sui prodotti medicinali attualmente disponibili nei diversi Paesi europei;

Considerato che la Commissione U.E. sta sviluppando, in collaborazione con gli Stati membri, un data-base farmaceutico (ECPHIN) contenente le informazioni sui principali prodotti medicinali disponibili nella Comunità, inclusi i loro prezzi;

Considerato che con decreto del Ministro della Sanità in data 10 dicembre 1993 è stato previsto l'obbligo di indicare a stampa sulle confezioni del prodotto medicinale — nella parte esterna al bollino ottico autoadesivo — il prezzo di vendita al pubblico;

Udita la relazione dei Ministri del Bilancio e della Programmazione Economica e della Sanità

Delibera

1) Ambito di applicazione

La presente deliberazione si applica alle specialità medicinali rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale.

2) Principi generali

I prezzi delle specialità medicinali soggette a rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale non possono superare il prezzo medio europeo definito secondo i criteri stabiliti dalla presente deliberazione; se inferiori l'adeguamento alla media europea non potrà avvenire in misura superiore al 20 per cento annuo della differenza.

Con cadenza annuale i prezzi delle specialità medicinali soggette a rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale possono essere rideterminati qualora superiori almeno del 5 per cento al prezzo medio europeo; resta nella facoltà delle imprese fissare, in qualsiasi momento, un prezzo inferiore.

3) Criteri di calcolo del prezzo medio europeo

— I Paesi europei con i quali effettuare il confronto, tenuto conto della significatività dei mercati e della rappresentatività dei diversi sistemi di determinazione dei prezzi, sono: Francia (prezzo amministrato), Germania (prezzo libero), Inghilterra (prezzo libero) e Spagna (prezzo amministrato); il confronto si effettua se la specialità è presente in almeno due Paesi, di cui uno a sistema di prezzi amministrati.

— Il prezzo da considerare oggetto di confronto europeo è quello ex fabrica.

— I tassi di conversione fra le valute dei quattro Paesi indicati e la lira sono quelli basati sulle parità dei poteri d'acquisto come determinati nell'allegato 1.

Le parità dei poteri d'acquisto verranno aggiornate e pubblicate a cura dell'ufficio incaricato dal CIPE della sorveglianza con cadenza annuale.

— Le specialità confrontabili sono quelle con lo stesso principio attivo o stessa associazione di principi attivi e analoga forma farmaceutica; gli eccipienti possono essere diversi. Per ciascun principio attivo vengono presi in considerazione i cinque prodotti farmaceutici più venduti per fatturato (inclusi i preparati galenici officinali) nei singoli Paesi, considerando tutte le forme farmaceutiche.

Fra le forme farmaceutiche, in cui i suddetti prodotti si presentano, vanno escluse quelle non analoghe alle forme del prodotto italiano considerato.

All'interno della forma farmaceutica considerata vanno selezionate le confezioni più vicine per dosaggio a quella italiana, e va calcolato il prezzo per unità di principio attivo dividendo il fatturato totale inerente a quel dosaggio per la quantità di principio attivo venduto in confezioni aventi quel dosaggio.

La media aritmetica semplice dei quattro prezzi unitari così calcolati nei 4 Paesi esteri costituirà il « prezzo medio europeo » unitario della confezione italiana considerata, da applicare indipendentemente dal numero di unità elementari in essa contenute.

La confrontabilità delle forme farmaceutiche e delle confezioni è riportata all'allegato 2.

— Per l'individuazione dei dati occorrenti alla confrontabilità dei prodotti farmaceutici, si fa riferimento agli annuari farmaceutici (ultima edizione disponibile) e ai dati dell'IMS riferiti al 31 dicembre dell'anno precedente la rilevazione.

— Per le specialità non confrontabili secondo i criteri sopra riportati l'impresa richiederà alla Commissione Unica del Farmaco (CUF) l'individuazione dei prodotti per il confronto, procedendo poi con il metodo ordinario. La CUF deve evadere la richiesta entro quindici giorni dalla notifica.

ALLEGATO 1

Le parità dei poteri d'acquisto (PPA) relative al prodotto onterno lordo (PIL) sono regolarmente pubblicate sia dall'Eurostat (Ufficio statistico della Commissione europea), nei volumi «National Accounts ESA - Aggregates», sia dalla Direzione statistica dell'OCSE (organizzazione per la cooperazione e/o sviluppo economici), in volumi appositi e nel fascicolo mensile « Main Economic Indicators » (MEI). In quest'ultimo fascicolo, di consultazione particolarmente agevole, è contenuta una tavola, qui riprodotta (riproduzione tratta dai MEI di novembre 1993), in cui per ciascun paese e per ciascun anno è riportato il numero di unità di valuta nazionale per 1 dollaro statunitense che rende pari il potere d'acquisto nei vari paesi in termini di PIL. Per ottenere i corrispondenti tassi di conversione basati sulla PPA lira/marco, lira/franco, lira/sterlina e lira/peseta, basta dividere la PPA lira/dollaro, di volta in volta, per quelle marco/dollaro, franco/dollaro, sterlina/dollaro, peseta/dollaro, registrando le prime 4 cifre significative del risultato. Ad esempio, per ottenere le PPA della lira nel 1992, si procede come segue:

1992

PPA lira/marco	= 1.489: 2,13 = 699,1
PPA lira/franco	= 1.489: 6,55 = 227,3
PPA lira/sterlina	= 1.489: 0,652 = 2.284
PPA lira/peseta	= 1.489: 115 = 12,95

Ove vi sia necessità di un aggiornamento dei dati ad anni successivi a quelli coperti nel più recente MEI pubblicato, occorre disporre, per gli anni non coperti, delle variazioni percentuali annue medie dei deflatori del prodotto interno lordo, in Italia e nei 4 paesi considerati. L'OCSE pubblica due volte l'anno (in giugno e in dicembre) un rapporto previsionale, denominato « OECD Economic Outlook » (EO) in cui stime o proiezioni di questi dati sono fornite anche se l'anno di riferimento non è concluso. Esse sono riportate, nella sezione « Reference Statistica and Annual Projections », alla Tav. A13. Per l'aggiornamento, si procede come nell'esempio seguente, in cui le PPA della lira, prima calcolate per il 1992, vengono aggiornate al 1993. Una volta rilevate dal più recente EO (al momento, quello di dicembre 1993) le variazioni percentuali nel 1993 del deflatore del PIL nei vari paesi (Italia: +3,8%; Germania: +4,0%; Francia: +2,3%; Regno Unito: +2,0%; Spagna: 4,5%), occorre moltiplicare ciascuna PPA del 1992 per l'indice del deflatore italiano (103,8) e dividere il risultato per l'indice del deflatore del paese di volta in volta considerato:

1993

PPA lira/marco	= 699,1 × 103,8: 104,0 = 697,8
PPA lira/franco	= 227,3 × 103,8: 102,3 = 230,6
PPA lira/sterlina	= 2.284 × 103,8: 102,0 = 2.324
PPA lira/peseta	= 12,95 × 103,8: 104,5 = 12,86

I risultati finali andranno sempre espressi, come nell'esempio, con le prime quattro cifre significative.

	Parità del potere d'acquisto del PIL 1992 (*)	Deflatori del PIL 1993 (**)
FRANCIA	6,55	2,3
GERMANIA	2,13	4,0
ITALIA	1.489	3,8
SPAGNA	115	4,5
REGNO UNITO	0,652	2,0

Fonte: (*) OECD Main Economic Indicators, november 1993.
Fonte: (**) OECD Economic Outlook n. 54, december 1993.

Qualora se rendano disponibili in corso d'anno i dati ufficiali sulle PPA, si procederà a ricalcolare i prezzi medi europei secondo la procedura ordinaria; se i prezzi ricalcolati risulteranno variati di oltre il 5% rispetto a quelli in vigore, tali prezzi potranno sostituire quelli in vigore.

ALLEGATO 2

Classificazione per il raggruppamento delle forme farmaceutiche:

1. Forme solide uso orale o estemporaneo (comprese, compresse rivestite, confetti, capsule, dragées, bustine, granulati, ecc.)
2. Forme solide uso orale o estemporaneo per le corrispondenti forme retard
3. Forme liquide uso orale o estemporaneo (gocce, sciroppi, flaconi bevibili, sospensioni, ecc.)
4. Forme liquide iniettabili
5. Polveri + solventi (flaconi bevibili, flaconi iniettabili)
6. Liofilizzati
7. Pomate, unguenti, gel, creme
8. Supposte, candelette vaginali, ovuli
9. Aerosol, nebulizzatori
10. Forme transdermiche (cerotti)
11. Colliri e pomate oftalmiche
12. Altre (soluzioni e schiume per uso topico, garze medicate, ecc.).

Scala di priorità per la scelta delle confezioni analoghe sulle quali effettuare il controllo:

- confezioni uguali per dosaggio per unità di forme
- confezioni che rendono minima la differenza tra i dosaggi per unità di forme
- l'unica confezione esistente

ALLEGATO 3

Dati relativi all'impresa:

- Denominazione sociale
- Sede legale, ecc.
- Capitale sociale
- Struttura del capitale sociale
- Fatturato ultimo anno

Dati relativi alla singola confezione da prezzare:

- Denominazione della specialità
- Principio attivo (codice CAS - Chemical Abstract System)
- Cod. ATC (4° livello)
- Forma farmaceutica
- Confezione (n. unità e dosaggio)
- Prezzo ricavo industria alla data di compilazione della presente scheda
- Prezzo al pubblico alla data di compilazione della presente scheda (di cui IVA...)
- Quantità vendute ultimo anno solare
- Inclusione nella fascia - A
- Inclusione nella fascia - B

Metodo di confronto:

PAESE A

Principio attivo
Codice

PRODOTTO (1) (denominazione)	FATTURATO (in valore)
n. 1	
n. 2	
n. 3	
n. 4	
n. 5	

(1) Elencare in ordine di fatturato: i prodotti comprendono tutte le forme farmaceutiche.

PRODOTTO N. 1 (2)

N.ro unità contenute nella confezione (a)	Dosaggio (mg. o altra unità di misura) (b)	Numero confezioni vendute (c)	Quantità vendute (a × b × c)	Fatturato (in valore)
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
			TOTALE S1	TOTALE S2

Prezzo medio per unità di misura $\frac{\text{-----}}{\text{(S2)}}$
(S1)

Prezzo medio unitario in lire (3)

PAESE B, C, D (procedere come sub A)

Prezzo medio europeo (media semplice dei prezzi medi unitari dei quattro Paesi)

Prezzo ricavo industria della confezione italiana

Margine alla distribuzione

IVA

Prezzo massimo di cessione al pubblico determinato secondo la media europea

Prezzo di cessione al pubblico (4).

(2) Scegliere solo la forma farmaceutica analoga: scegliere le confezioni uguali o più vicine per dosaggio a quella italiana; nel caso di più confezioni con dosaggi — o differenziali di dosaggi — uguali, selezionarle tutte.

(3) Per la conversione usare le PPA.

(4) Da fissare nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 8, c. 2, L. 537/93.

DECALOGO DEGLI INTERVENTI ESSENZIALI PER AUMENTARE EFFICIENZA E QUALITÀ DEL SSN UN APPELLO AL BUONSENNO E ALLA SERIETÀ

di Girolamo Sirchia

Ospedale Maggiore di Milano

Il grande numero di leggi e provvedimenti che interessano la sanità, emanate negli ultimi tempi crea perplessità e quesiti circa la metodologia seguita prima che sui contenuti. È realistico pensare che una macchina tanto complessa come quella disegnata dal D.L. 502/92 prima e dal 517/93 poi, con i relativi decreti di accompagnamento, possa funzionare su tutto il territorio nazionale senza una sperimentazione preliminare e un'adeguata preparazione degli addetti ai lavori oltre che al grande pubblico? Abbiamo approfondito le esperienze straniere per trarre utili suggerimenti ed evitare errori? Coloro che hanno disegnato la macchina sanitaria e hanno scritto i relativi provvedimenti hanno una preparazione scientifica sull'argomento oltre che una cultura giuridica e una formazione burocratico-formale?

Per quanto riguarda poi il merito dei provvedimenti emanati, i quesiti sono ancor più numerosi. Eccone alcuni:

1. - Vengono ipotizzate aziende sanitarie (USL e Ospedali autonomi) che, attraverso una competizione regolata, possano recuperare efficienza e qualità. Si spera che le aziende possano utilizzare nell'ambito pubblico quegli strumenti gestionali già collaudati con successo nel privato. L'idea è senz'altro ottima; non ci siano stancati di chiedere da un decen-

nio al Parlamento di consentire alle USL e Ospedali una politica del personale ed un'autonomia organizzativa, rinunciando al centralismo burocratico proprio dello Stato e delle Regioni che tutto vuol normare con minuziosi quanto inefficaci provvedimenti. Se analizziamo bene la situazione delle nostre USL e Ospedali, questi sono infatti i principali nodi.

Il rapporto di lavoro ancora in essere è un esempio di come si demotiva il personale. Nella logica vetero sindacale degli anni 70 e 80 il personale è costretto nella gabbia dei ruoli e appiattito su pochi livelli stipendiali.

L'assenza di verifiche e l'immobilità sono la contropartita del totale disinteresse dell'Ente verso i suoi dipendenti, le loro capacità, il loro attaccamento al lavoro, le loro aspirazioni culturali e professionali. Un bel concorso pubblico e non il curriculum professionale dirà chi deve occupare le posizioni superiori.

Il centralismo burocratico impregna ogni momento della sanità; il centro con « schemi-tipo » pretende di uniformare ogni aspetto operativo. Definisce le piante organiche delle aziende, che sono un tipico strumento gestionale che ogni azienda dovrebbe definire autonomamente. Ogni anno la legge finanziaria blocca il turn over del personale, e per riattivarlo (in parte quest'anno) la cosiddetta azienda deve chiedere e ottenere l'au-

torizzazione regionale i cui tempi di concessione si misurano in settimane o mesi ed il cui ultimo scopo è in realtà quello di ritardare o evitare la copertura dei posti.

In realtà l'autorizzazione regionale è necessaria per un grande numero di iniziative dell'azienda, e su di essa vigila la Corte dei conti, altro luminoso esempio di centralismo burocratico.

Cambieranno le cose? Non sembra proprio, stante che il rapporto giuridico del personale ospedaliero resta di tipo pubblico, del tutto analogo a quello del personale dei ministeri; che la legge 517/93, come le precedenti leggi 502/92 e 833/78, non avendo chiarito i principi di fondo della riforma, rinviava la soluzione dei problemi operativi ad una copiosa serie di provvedimenti di accompagnamento e di « schemi-tipo »; che la necessità di autorizzazioni preventive e di controlli della Corte dei conti restano invariate; e che la legge finanziaria continua poi ad essere in definitiva il vero pace maker della sanità.

2. - Viene continuamente ripetuto che ci sarà competizione tra gli erogatori di servizi, per acquisire il paziente-cliente e che bisognerà regolare la competizione per evitare distorsioni. Non tutti però sono certi che si attivi una competizione; basti pensare alla maggior parte delle USL,

ove gli erogatori di servizio sono unici (o pochi) e tutti pubblici: forse una loro ottimizzazione avverrà, ma non certo in conseguenza della competizione, quanto piuttosto attraverso una prudente azione del direttore generale. Se poi in una USL si troveranno presidi pubblici e privati, il direttore generale si potrà trovare nella non facile situazione di veder prosperare il presidio privato a danno della sua analoga struttura pubblica; come reagirà allora il direttore? Sarà così equo da accettare un passivo portato dal presidio pubblico e consolidato nel suo bilancio, sapendo che se questo non chiuderà in pareggio male gliene incoglierà? Difficile non notare l'errore di non aver separato chi eroga servizi da chi li paga, lasciando alla USL una duplice funzione che è da tutti gli studiosi ritenuta un fattore negativo da evitare.

3. - Se la USL è l'unico detentore del denaro, la competizione potrà comunque avvenire solo a livello di erogazione del servizio, non per acquisire il finanziamento regionale. In altri termini, siamo di nuovo nella condizione di monopolio pubblico, con un privato marginalizzato al ruolo di erogatore di servizi, ma cui si vieta di concorrere con il pubblico nella organizzazione di un completo servizio sanitario, composto di medico di fiducia, specialista, ospedale, post-ospedale.

L'ipotesi delle cosiddette mutue sostitutive, adombrata 2 anni fa, è infatti decaduta nella legge 507/93 ove si lascia spazio solo alle mutue integrative, dimostrando ancora una volta che lo stato in Italia non sa rinunciare alla sua anima invadente e monopolizzatrice.

4. - Ancora sulla ipotetica competizione tra erogatori di servizi, ci si chiede se il rimborso a tariffa per prestazione non moltiplichi la domanda, stante che non è stato chiaramente identificato il moderatore di questo inevitabile meccanismo. In Gran Bretagna come moderatore è stato individuato il medico di fiducia, che, in quanto prescrittore unico di farmaci e prestazioni diagnostiche o terapeutiche, e in quanto detentore di un budget con cui acquistare tali servizi per i propri pazienti, prescrive solo le prestazioni appropriate e verifica che i servizi siano convenienti sotto il profilo della qualità e del prezzo.

Nel nostro ordinamento non si è ritenuto di portare il medico di fiducia al centro del sistema conferendogli i relativi poteri e responsabilità, e la questione è stata lasciata nel vago.

Alla luce delle considerazioni più sopra effettuate, e di molte altre ancora, la FISM (Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche) ha stilato il documento riportato più oltre, indirizzato ai mezzi di comuni-

cazione e per essi all'opinione pubblica e al nuovo Parlamento, affinché si ponga un punto fermo al continuo incalzare della normativa e si affronti con i necessari tempi, i dovuti metodi e le indispensabili competenze organizzativo-gestionali, oltre che sanitarie e giuridiche, un argomento tanto delicato per la nazione. La FISM, che riunisce oltre 50.000 medici specialisti iscritti in 70 Società Medico Scientifiche non chiede un'altra legge di riforma sanitaria, ma raccomanda che si usi ogni mezzo, inclusi gli emanandi provvedimenti, per correggere e modernizzare, ricordando che non ci può essere un servizio sanitario adeguato se non si affrontano e non si risolvono con metodo scientifico e senza ideologie almeno una decina di importanti nodi, che includono i meccanismi di finanziamento, l'azienda sanitaria (e la sua necessità di una moderna politica del personale e di completa e vera autonomia organizzativo-gestionale), il medico di fiducia, la qualità, la formazione e l'informazione, un più corretto e meno invadente ruolo dello Stato. Speriamo che il nuovo Parlamento sappia accogliere questo appello ed il nuovo corso sia davvero nuovo, ossia libero da tutte le ideologie, le improvvisazioni, i pressapochismi e gli asfissianti vincoli burocratici che ci hanno afflitto finora.

Il decalogo della Federazione delle Società medico- scientifiche italiane (già CCS)

Premessa

Dalla riforma sanitaria del 1978, e quindi da oltre 15 anni, il Governo ed il Parlamento hanno dedicato le loro energie a redigere nuove leggi, spesso trascurando di verificare che quelle esistenti venissero applicate con successo e, nel caso, quali fossero i motivi per cui non si raggiungevano gli obiettivi prefissati.

In altre parole, la sequenza *programmazione, attuazione delle direttive, controllo dei risultati* non è stata ben utilizzata e la conseguenza è stata il progressivo degrado della sanità e il crescente malcontento dei cittadini.

Per rimediare a tale situazione è necessario cambiare metodo. Prioritariamente vanno fatte alcune scelte politiche di fondo, che stanno alla base del sistema e di ogni conseguente intervento programmatico. Innanzitutto esse riguardano l'opportunità di inserire nel sistema *meccanismi competitivi controllati*, alla stregua di quanto sta accadendo nella maggior parte delle riforme che si stanno attuando nei Paesi più progrediti. Si dovrà in tal caso decidere:

1) Se la competizione debba avvenire a livello dei contributi che il cittadino versa per la salute; egli dovrebbe allora poter optare per un servizio pubblico o per grandi organizzazioni private, comprensive della medicina di base, specialistica, ospedaliera e riabilitativa.

2) Se la competizione debba avvenire tra gli erogatori di servizi (ad es. gli ospedali) che competono tra loro per acquisire i pazienti-clienti che sono portatori del finanziamento pubblico. In tal caso si dovrà definire il ruolo del privato, ovvero se questo debba come ora essere considerato integrativo del pubblico (e quindi ammesso solo a colmare le carenze di quest'ultimo) oppure alternativo per i servizi erogati dalla USL.

Se, come è auspicabile, le Istituzioni decideranno di inserire nel sistema una forma di *competizione controllata* (dato che la competizione è la molla più forte per aumentare efficienza e qualità); se considereranno troppo innovativo il punto 1, almeno sul breve termine; se sperabilmente lasceranno al privato la possibilità di competere con il pubblico sui servizi sanitari richiesti dai cittadini (in analogia con quanto deciso in Gran Bretagna; allora, per consentire agli erogatori di servizi pubblici di competere con i privati, sarà necessario prima di tutto procedere con i 4 primi punti del decalogo (enunciati più oltre), studiandone minuziosamente i dettagli. Il modello disegnato dovrà quindi essere sperimentato su piccola scala, validato e infine trasferito progressivamente alla rimanente parte del Paese, fornendo adeguato sostegno agli operatori e ai cittadini perché tutti ne possano ben comprendere in dettaglio il disegno e le regole. Devono essere inoltre assicurati la funzionalità ed il finanziamento di attività quali l'igiene e sanità pubblica, la riabilitazione, la ricerca e la didattica che per la loro caratteristica e finalità non possono essere ricompresi in una logica di tipo competitivo.

Consolidati i primi 4 punti, si procederà al di-

segno dell'intero sistema, realizzando i rimanenti 6 punti.

I 10 punti più importanti del sistema vengono riportati sinteticamente di seguito.

A) Le aziende sanitarie

1. Area critica: Le modalità con cui introdurre la competizione controllata tra le aziende sanitarie.

Proposta

a) La competizione sottintende il concetto di rischio per gli operatori e per l'Istituzione. Il rischio d'impresa va bilanciato da regole esterne che impediscano la dispersione di patrimoni umani e tecnici (ad esempio la dispersione delle équipes mediche). Se il rischio deve esistere, è altrettanto vero che le aziende devono avere il più ampio potere di decisione in merito all'organizzazione e gestione delle loro risorse umane e tecnologiche. Esse quindi devono dotarsi di tutti gli strumenti amministrativo-gestionali di cui si avvale l'impresa privata, con particolare riferimento al tipo di rapporto con il personale che deve diventare analogo a quello delle imprese per tutte le figure professionali. Il rapporto attualmente in essere ha di fatto impedito l'applicazione di corretti meccanismi gestionali e ha dimostrato di essere inadeguato non solo dal punto di vista economico, ma anche psicologico, in quanto ignora il lavoratore nei suoi aspetti umani e professionali. Anche la recente normativa sul pubblico impiego, che pure prevede la mobilità (e quindi potrebbe correggere alcune distorsioni attuali), non contempla una vera politica del personale che legghi la carriera o gli incentivi al merito professionale e al comportamento in ambito aziendale.

Dal punto di vista gestionale, è essenziale che i dirigenti sanitari, i primari e i capi dipartimento abbiano la piena responsabilità delle prestazioni fornite e delle risorse impiegate e per questo gestendo in modo flessibile organici e strutture ed essendo dotati dei relativi poteri. In caso contrario i medici rimarranno deresponsabilizzati e la gestione continuerà ad essere limitata ad una serie di atti concentrati nelle mani della componente amministrativa, che è solo marginalmente coinvolta nei problemi del malato e della medicina.

Va anche considerata la possibilità di dare la gestione delle nuove aziende sanitarie in concessione a società private, qualora il pubblico non le possa o voglia gestire direttamente.

b) Perché si realizzi la competizione tra gli erogatori di servizi è anche importante che l'USL si comporti da compratore dei servizi di diagnosi e cura, ma non da produttore in proprio. Ciò significa che i soggetti erogatori di servizi di diagnosi e cura devono essere autonomi e competitivi ad armi pari.

2. Area critica: Il finanziamento dell'azienda. Attualmente tutti i contributi sanitari afferiscono al Fondo Sanitario Nazionale, che fluisce alle Regioni e da queste alle USL e agli Ospedali pubblici o privati convenzionati. Il meccanismo di finanziamento è prevalentemente basato sulla spesa storica per il pubblico e sulla retta giornaliera di degenza per il privato.

Proposta

Per gli erogatori di servizi di diagnosi e cura deve essere a prestazione o a caso trattato. Mancando attualmente la definizione delle prestazioni sanitarie dei relativi costi, non è possibile misurare la produzione degli erogatori di servizi (inclusi i medici di fiducia) e quindi dimensionare correttamente il loro finanziamento. Le esperienze di altri Paesi hanno dimostrato che la definizione delle prestazioni sanitarie e dei relativi costi richiede diversi anni di elaborazione e sperimentazione. È quindi urgente avviare questa iniziativa.

3. Area critica: La missione dell'azienda. Deve essere definita chiaramente, e deve essere contrattata con la Regione, che è la responsabile della programmazione regionale, nonché con i Comuni nei quali l'azienda opera.

Una programmazione corretta che tenga presente il concetto di rete regionale autosufficiente deve riguardare anche i rapporti con l'Università e gli Istituti di ricovero e Cura a carattere scientifico eviterebbe fra l'altro l'attuale eccesso di ospedali con un risparmio assai cospicuo.

Sarà compito della Regione, oltre alla programmazione, la verifica quantitativa-qualitativa dei servizi erogati dalle aziende sanitarie. Tutto ciò configura la necessità che ogni Regione si doti di un'adeguata organizzazione tecnica ("AGENZIA") con responsabilità distinta rispetto a quella di indirizzo politico e con compiti operativi di programmazione, finanziamento e controllo delle aziende sanitarie. Si tratta di attivare a livello regionale un'autorità in grado di regolare la competitività tra i diversi erogatori dei servizi sanitari.

B) Il medico di fiducia

4. È indispensabile portare il medico di fiducia con il suo paziente al centro del sistema. I medici di fiducia dovranno essere messi nella condizione di essere i *gestori* dei loro pazienti, ossia di norma coloro che sono autorizzati alla prescrizione per il paziente quando non ricoverato in un presidio sanitario. È importante che l'accesso all'Ospedale sia garantito ai medici curanti, al fine di consentire la continuità di cura del paziente e un arricchimento culturale dei medici. Ciò consentirebbe loro sia di appropriarsi appieno del loro ruolo professionale, sia di poter controllare anche la spesa generata.

Anche in questo ambito come negli altri è indispensabile il ricorso a specifiche sperimentazioni.

C) La qualità, la formazione e l'informazione

Sono necessari:

5. Un Sistema Nazionale della Qualità con l'obiettivo di promuovere il miglioramento continuo della qualità grazie:

a) alla definizione di modalità di buona assistenza professionale e gestionale valide a livello generale e adattabili a situazioni specifiche e locali;

b) alla identificazione di strumenti di misura adeguati (standard, indicatori...) per consentire la valutazione degli aspetti sia strutturali che procedurali e di esito.

Un Sistema Nazionale della Qualità può quindi essere articolato a 3 livelli: *centrale*, deputato a definire gli standard di buona assistenza, le linee guida e gli indicatori di valutazione; *regionale*, deputato ad accreditare gli erogatori di servizi. Questi due primi livelli necessitano di organismi indipendenti costituiti allo scopo con il contributo di tutte le forze culturali del sistema e in primo luogo gli Ordini professionali e le Società Medico-Scientifiche; *locale*, o servizio di audit interno, che serve all'azienda per garantirsi una prestazione di qualità attraverso programmi di miglioramento continuo.

6. Tutti i possibili strumenti inseriti all'interno di processi di miglioramento e sviluppo professionale per assicurare la formazione e l'aggiornamento, specie quello dei medici, che sarà vissuto come una necessità se diverrà il mezzo per conservare o acquisire la propria posizione professionale. A questo fine potrà essere opportuno utilizzare un sistema di « crediti » analogo a quello già in uso in altri Paesi. Per il personale che vorrà occupare posizioni di dirigenza ai vari livelli è indispensabile che si proceda ad una formazione di tipo manageriale.

7. Un sistema informativo, efficiente ed economico, dotato dei necessari supporti informatici e telematici per la sistematica raccolta, analisi e reporting dei dati, indispensabile ai fini di gestione, di governo, di qualità assistenziale, di epidemiologia e di ricerca.

8. Un sistema di corretta informazione della popolazione sui principali problemi della salute (educazione sanitaria), per indirizzare la domanda e ridurre la domanda inappropriata.

D) Inoltre

9. È indispensabile assicurare continuità nell'attuazione della programmazione centrale e regionale (pur nel succedersi dei responsabili politici ed amministrativi), allo scopo di realizzare il sistema più idoneo al Paese, di decidere con forza anche contro gli interessi corporativi e le pressioni locali e di evitare continue improvvisazioni per risolvere i problemi dell'ultimo minuto. In particolare è indispensabile che si preveda un corretto finanziamento poliennale per il Piano Sanitario Nazionale di tipo pragmatico (bisogni-risorse) dal quale far discendere i finanziamenti previsti annualmente nella legge finanziaria, e non viceversa condizionare con la legge finanziaria ogni tentativo di programmazione.

10. È necessario in ogni caso che cessi il continuo incalzare di provvedimenti normativi, che creano disorientamento nella popolazione e negli addetti ai lavori e non producono effetti utili. *Corruptissima res publica, plurimae leges* (Tacito, Annal. 3, 27).

Esperienze innovative

Sezione 3^a

L'INTRODUZIONE DI SISTEMI GESTIONALI NELLE AZIENDE SANITARIE: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA SECONDA FASE: IL BUDGET A BASE ZERO

di Eugenio Anessi Pessina - Mara Bergamaschi - Francesco Zavattaro (*)

SDA-CeRGAS - Università « L. Bocconi » - Milano

SOMMARIO: 6. Il progetto « budget a base zero » - 7. Dal budget a base zero al progetto budget.

6. Il progetto « budget a base zero »

La metodologia nota come « budget a base zero » (BBZ) prevede la predisposizione del budget d'esercizio attraverso una revisione annuale (o comunque periodica) di tutte le attività dell'azienda, quindi senza pregiudiziali consolidamenti dei livelli di spesa relativi alle attività preesistenti. L'idea fondamentale del BBZ, in altri termini, è il rifiuto dell'approccio incrementale alle decisioni: le attività correntemente svolte vengono costantemente rimesse in discussione per esigenze di razionalizzazione, potenziamento e innovazione. Le fasi fondamentali del processo di budget secondo la metodologia BBZ sono generalmente riassunte come segue (1):

1) suddivisione dell'azienda in *Unità Decisionali*, ossia in articolazioni funzionali corrispondenti a programmi, aree di attività o unità organizzative;

2) per ogni Unità Decisionale, formulazione di *pacchetti decisionali* che rappresentino modalità e livelli di svolgimento di attività esistenti o innovative;

3) ordinamento dei pacchetti sulla base di espliciti criteri di priorità;

4) selezione dei pacchetti, in or-

dine decrescente di priorità e fino all'assorbimento completo delle risorse finanziarie disponibili.

Il progetto promosso dal Ministero della sanità, in particolare, prevedeva la sperimentazione della metodologia BBZ secondo un Modello Prototipale tradotto in un Manuale Operativo a supporto della sperimentazione. Quest'ultimo (tavola 3):

— richiamava le caratteristiche della metodologia BBZ ritenute più rilevanti;

— definiva gli obiettivi specifici perseguiti attraverso la sperimentazione di tale metodologia nel contesto sanitario;

— indicava le fasi e le modalità operative di svolgimento della sperimentazione.

Malgrado la presenza di forti e diffuse perplessità sulle potenzialità della metodologia BBZ in ambito sanitario, la regione Emilia-Romagna individuava nel progetto nazionale un'opportunità per sostenere il processo di sviluppo di logiche e strumenti gestionali avviato ormai da cinque anni e descritto nei paragrafi precedenti (2). In ragione di queste considerazioni, l'adesione alla sperimentazione BBZ è stata subordinata alla possibilità di:

a) inquadrare la metodologia all'interno del più complessivo processo di sviluppo di logiche e strumenti gestionali;

b) focalizzare la sperimentazione BBZ sulla ricerca di modalità innovative di funzionamento delle aziende sanitarie, con particolare riferimento alla responsabilizzazione dei diversi attori rispetto alle variabili gestionali da questi controllate. In particolare, la sperimentazione BBZ avrebbe dovuto soddisfare l'esigenza di raccordo tra *rilevazione* delle risorse impiegate (sistemi di contabilità analitica dei costi) e *responsabilizzazione* sul raggiungimento di obiettivi gestionali;

c) orientare la sperimentazione non tanto verso una validazione della specifica metodologia « a base zero », ma piuttosto verso l'acquisizione di utili indicazioni in merito all'introduzione di più generali sistemi di direzione per obiettivi e controllo budgetario.

(*) L'articolo è frutto di uno sforzo congiunto da parte degli autori, tuttavia ciascuno ne ha curato singole parti, di cui si assume la piena responsabilità, pur nel quadro del progetto comune. In particolare questa seconda parte è stata curata da Eugenio Anessi Pessina. La prima parte di questo lavoro è stata pubblicata nel n. 9 di *Mecosan*.

La tavola 3 riassume gli effetti attesi nel breve periodo nell'ottica della regione Emilia-Romagna, evidenziando chiaramente il significato strumentale attribuito alla sperimentazione rispetto ai più generali obiettivi di introduzione di logiche e strumenti manageriali.

Come primo adempimento, la regione Emilia-Romagna doveva scegliere tre USL « sperimentatrici ». Anche in questo caso, i criteri fondamentali di scelta sono stati tre:

— la presenza di alcune precondizioni, prime tra tutte l'avvio della contabilità analitica ed una sufficiente diffusione di logiche, conoscenze ed atteggiamenti orientati al controllo direzionale;

— l'esistenza di una dichiarata motivazione degli organi decisionali dell'USL (Comitato di gestione ed Ufficio di direzione) rispetto all'introduzione di logiche budgetarie, misurata tra l'altro dalla disponibilità a garantire alcune condizioni organizzative essenziali per lo svolgimento del progetto;

— la rappresentatività rispetto alle diverse classi dimensionali e caratteristiche funzionali delle USL della Regione.

In particolare, le USL prescelte sono state:

a) la USL 16 di Modena, di grandi dimensioni, con numerosi presidi ospedalieri di cui il principale sede universitaria;

b) la USL 20 di Casalecchio di Reno, di dimensioni medie ed in cui risultava particolarmente rilevante l'ambito territoriale di riferimento e l'articolazione in distretti di base;

c) la USL 27 di Bologna Ovest, di dimensioni rilevanti, con un unico presidio ospedaliero di grandi dimensioni ed inserita in un contesto metropolitano.

Anche alla luce degli obiettivi perseguiti con la sperimentazione nella regione Emilia-Romagna (già richiamati nella tavola 4) si è quindi pro-

ceduto all'adattamento ed alla specificazione operativa della fasi logiche proprie della metodologia BBZ.

L'analisi della struttura delle responsabilità

La prima decisione ha riguardato l'opportunità di effettuare la sperimentazione soltanto su un campione limitato di Unità Decisionali in cia-

scuna USL. Questa soluzione era prevista dal progetto nazionale al fine di applicare la metodologia in un numero sufficientemente ampio di USL e di contesti regionali con un impegno ragionevole di risorse, soprattutto professionali. Queste esigenze, tuttavia, contrastavano con il carattere strumentale attribuito alla sperimentazione dalla regione Emilia-Romagna. In Emilia-Romagna prevaleva in-

Tavola 3 - Il BBZ nel modello prototipale

Caratteristiche

- Il budget a base zero (BBZ) è una tecnica per la predisposizione del budget annuale che si fonda sulla valutazione di proposte alternative, formulate in modo analitico e documentato dai responsabili delle unità organizzative in cui si può scomporre una determinata organizzazione, sulla base di precisi obiettivi e programmi, senza pregiudiziali consolidamenti dei livelli di spesa relativi all'assetto organizzativo esistente, e cioè « a partire da zero ».
- Il BBZ è una metodologia che si origina dall'idea chiave che ogni responsabile delle attività dell'organizzazione deve giustificare a partire da zero (quindi ex novo, senza pregiudiziali consolidamenti) ed in modo analitico le proprie richieste di assegnazione delle risorse.

Obiettivi specifici da perseguire

- 1) potenziamento del controllo qualitativo e quantitativo dei flussi di spesa;
- 2) coinvolgimento più attivo, attraverso una maggiore responsabilizzazione e collaborazione, di quanti intervengono nel processo di determinazione delle scelte relative al bilancio annuale di previsione;
- 3) collegamento della gestione operativa a obiettivi definiti e coordinati in un piano di gestione;
- 4) riqualificazione della spesa corrente;
- 5) introduzione di margini di elasticità per nuovi interventi.

Fasi operative

- 1) emanazione di un *Documento delle Direttive* e scelta delle Unità Decisionali;
- 2) analisi delle Unità Decisionali;
- 3) formulazione dei pacchetti decisionali;
- 4) valutazione, ordinamento e approvazione dei pacchetti decisionali.

Fonte: Modello Prototipale e Manuale Operativo.

Tavola 4 - Effetti della sperimentazione BBZ: aspettative di breve periodo nella regione Emilia-Romagna

- 1) costringere i responsabili di vario livello a ripensare all'attività svolta nel proprio settore in termini decisionali;
- 2) rimettere in discussione, in termini di validità, le attività svolte, anche quelle derivanti da successive sedimentazioni nel passato [...];
- 3) di fronte ad una cultura [...] che in genere pone i problemi in termini di « tutto o niente », oppure « livelli ottimali di assistenza o non svolgimento del servizio », costringere a ragionare in termini di segmentazione dell'attività a « diversi livelli di assistenza »;
- 4) favorire la ricerca della razionalizzazione attraverso la ricerca, da parte dei responsabili delle diverse Unità Decisionali, delle modalità più convenienti di azione;
- 5) diffondere la cultura del confronto e della scelta.

Fonte: Documentazione Interna della regione Emilia-Romagna.

fatti la tesi secondo cui l'introduzione dei sistemi di gestione deve sempre investire un'azienda nel suo complesso, in modo da garantire pari opportunità e meccanismi decisionali uniformi a tutte le componenti dell'azienda stessa. Secondo questa impostazione, le pur oggettive esigenze di gradualità devono eventualmente essere soddisfatte tramite la selezione ed il progressivo ampliamento delle attività e delle risorse interessate dall'introduzione dei sistemi di gestione. Proprio in base a questo principio, ad esempio, l'introduzione del sistema di contabilità analitica aveva inizialmente interessato solo *alcuni* fattori produttivi in *tutti* i centri di costo piuttosto che tutti i fattori produttivi solo in alcuni centri di costo. Operativamente, la soluzione adottata è stata quella di coinvolgere nel progetto generale le tre USL nel loro complesso, limitando però alcuni adempimenti propri della metodologia BBZ ad un campione di Unità Decisionali appositamente selezionato.

In un secondo aspetto i sistemi di controllo, ed in particolare i sistemi di controllo budgetario, richiedono quale fondamentale elemento costitutivo l'esplicitazione e la formalizzazione della struttura delle responsabilità. Tecnicamente questo comporta la predisposizione di un *Piano dei centri di responsabilità*, dove un Centro di Responsabilità (CDR) è definito come un « gruppo di persone che operano al fine di raggiungere un determinato obiettivo dell'organizzazione, dirette da un "manager" responsabile delle loro azioni » (Anthony e Young, 1988). Ai fini particolari della sperimentazione nazionale BBZ:

— la formalizzazione del Piano dei CDR ha sostituito la fase di suddivisione dell'USL in Unità Decisionali, che nel modello prototipale venivano definite come le « unità organizzative che intervengono nella preparazione dei pacchetti decisionali », ossia delle proposte di budget formulate secondo la metodologia a base zero;

— alcuni CDR sarebbero poi stati

selezionati per costituire il campione di Unità Decisionali previsto dal progetto nazionale.

Operativamente, per la formalizzazione del Piano dei CDR si sono specificati i seguenti criteri:

1) aderenza all'articolazione della struttura organizzativa;

2) esistenza di uno ed un solo *Responsabile*, cioè di una ed una sola persona fisica effettivamente responsabile sia del raggiungimento degli obiettivi, sia dell'impiego delle risorse. Una, perché il processo di budgeting non può prescindere dall'esistenza di responsabilità chiaramente identificate; una sola, perché la responsabilità multipla genererebbe incertezze ed ostacoli nel processo decisionale; effettivamente responsabile, perché la definizione di obiettivi e la valutazione del grado di raggiungimento degli stessi ha rilevanza gestionale solo in presenza di margini di autonomia nell'uso delle risorse e nella definizione delle linee di azione;

3) coerenza del Piano dei CDR con il Piano dei centri di costo. Più precisamente, ogni CDR avrebbe potuto includere uno o più centri di costo, mentre ogni centro di costo avrebbe dovuto afferire ad uno ed un solo CDR;

4) significatività delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche utilizzate.

In un terzo aspetto, il Piano dei CDR deve comprendere la definizione di un *Contenuto di responsabilità* per ciascun CDR. Nel contesto della sanità pubblica questo tema assume particolare rilevanza perché i concetti tradizionalmente esplicitati dalla letteratura (Centri di ricavo, Centri di costo, Centri di reddito, Centri di investimento) risultano di limitata applicabilità (3). In ogni USL si è quindi proceduto ad una ricognizione dei fenomeni organizzativi e gestionali rilevanti a fini di controllo (*individuazione delle variabili controllabili*) ed alla loro attribuzione ai singoli CDR. Questa ricognizione è stata effettuata an-

che attraverso l'attivazione di una fase specifica nell'ambito del progetto BBZ, denominata « Fase di Preanalisi delle Unità Decisionali ». Più in particolare, è stata progettata un'apposita « Scheda di Preanalisi delle Unità Decisionali » attraverso cui acquisire informazioni utili sia per la ricostruzione del Contenuto di responsabilità di ciascun CDR, sia per l'identificazione dei CDR che avrebbero dovuto costituire il campione di Unità Decisionali oggetto della sperimentazione BBZ. La tavola 5 presenta i Piani dei CDR delle USL sperimentatrici con l'esplicitazione del campione selezionato ai fini del progetto BBZ.

Infine, la formalizzazione del piano dei CDR e l'individuazione del campione sono stati colti come occasione per avviare un primo programma di sensibilizzazione sul ruolo e sulle caratteristiche dei sistemi di controllo budgetario. Questo programma è stato rivolto sia ai componenti dell'Ufficio di direzione e del Comitato di gestione, sia ai Responsabili dei CDR.

Il collegamento con le scelte strategiche

Il modello prototipale prevedeva l'emanazione da parte degli organi massimi dell'USL di un *Documento delle direttive* al fine di guidare il processo di formulazione e di scelta dei pacchetti decisionali. La natura di tale Documento, tuttavia, non era chiaramente definita; in alcuni passaggi sembrava dover costituire un quadro organico di obiettivi strategici tipicamente derivati dai processi formali di pianificazione (Piano Sanitario Regionale, Piano Attuativo Locale, Progetti-Obiettivo, ecc.), mentre in altri sembrava dover costituire un insieme di specifici obiettivi operativi per ciascuna Unità Decisionale. Entrambe queste interpretazioni, peraltro, presupponevano un tipico modello di pianificazione razionale top-down in cui il budget rappresenta la specificazione quantitativa, moneta-

Tavola 5 - Il piano dei Centri di Responsabilità nelle 3 USL sperimentatrici

USL 16 MODENA	USL 20 CASALECCHIO	USL 27 BOLOGNA OVEST
Affari Generali		
1 affari generali 2 CED	1 affari generali	1 affari generali 2 CED
Servizio Gestione del Personale		
3 servizio gestione del personale	2 gestione del personale 3 formazione del personale	3 gestione del personale 4 ufficio formazione del personale
Servizio Bilancio e Programmazione Finanziaria 4 servizio bilancio e programmazione finanziaria	Servizio Bilancio, Programmazione Finanziaria Economato e Tecnico 4 bilancio 5 provveditorato ed economato 6 attività tecniche 7 cucina	Servizio Bilancio e Programmazione Finanziaria 5 servizio bilancio e programmazione finanziaria
Servizio Attività Tecniche 5 servizio attività tecniche		Servizio Attività Tecniche 6 direzione e coordinamento 7 tecnico Maggiore 8 tecnico Roncati 9 tecnico D'Azeglio e Ottonello 10 tecnico CTO
Servizio Attività Economiche ed Approvvigionamenti 6 direzione e coordinamento 7 dispensa-cucina-mensa 8 farmacia ospedaliera 9 lavanderia e guardaroba		Servizio Attività Economiche ed Approvvigionamenti 11 direzione e coordinamento 12 dispensa-cucina-mensa 13 magazzini 14 lavanderia e guardaroba 15 provveditorato
Servizio Igiene Pubblica		
10 servizio igiene pubblica	8 servizio igiene pubblica	16 direzione e coordinamento 17 educazione sanitaria 18 igiene ambientale 19 medicina legale 20 medicina sportiva
Servizio Medicina Preventiva e Igiene del Lavoro		
11 medicina del lavoro	9 medicina del lavoro	21 medicina del lavoro
Servizio Veterinario		
12 servizio veterinario	10 servizio veterinario	22 servizio veterinario
Servizio Maternità, Infanzia ed Età Evolutiva (SMIEE)		
13 direzione e coordinamento 14 settore consultoriale 15 settore neuropsichiatrico 16 settore pediatrico	11 direzione e coordinamento 12 medicina di comunità 13 consultori familiari 14 riabilitazione 15 sezione psicopedagogica	23 direzione e coordinamento 24 approfondimento diagnostico 25 consultori familiari 26 neuropsichiatria infantile e riabilitazione 27 tutela salute età evolutiva
Servizio Igiene Mentale e Assistenza Psichiatrica (SIMAP)		
17 SIMAP	16 coordinamento 17 attività territoriale 18 cooperativa utenti 19 semiresidenza	28 direzione e coordinamento 29 area autogestita 30 attività territoriale 31 centro diagnostico neuropsichiatrico 32 istituto psichiatrico Ottonello 33 ospedale Roncati 34 tutela tossicodipendenti
Servizio Medicina di Base, Specialistica e Farmaceutica (SMBSF)		Servizio Medicina di Base e Specialistica
18 direzione e coordinamento 19 assistenza medico generica 20 assistenza farmaceutica 21 specialistica ambulatoriale interna 22 specialistica ambulatoriale esterna 23 laboratori analisi	20 direzione e coordinamento 21 assistenza di base 22 assistenza specialistica 23 farmacia 24 radiologia territoriale 25 settore amministrativo	35 direzione e coordinamento 36 settore amministrativo 37 medicina gen. pediatrica-guardia medica 38 poliambulatorio Anzola 39 poliambulatorio Calderara 40 poliambulatorio Lepido 41 poliambulatorio Mille 42 poliambulatorio Montebello 43 poliambulatorio Rigola
Centro Tutela Salute Tossicodipendenti 24 centro tutela salute tossicodipendenti		

USL 16 MODENA

USL 20 CASALECCHIO

USL 27 BOLOGNA OVEST

Presidio Multizonale di Prevenzione

- 25 direzione e coordinamento
- 26 settore bio-tossicologico
- 27 settore chimico-ambientale
- 28 settore fisico-ambientale
- 29 settore impiantistico antinfortunistico

Servizio Farmaceutico

- 44 farmaceutica ospedaliera e territoriale
- 45 farmaceutica convenzionata e vigilanza

Servizio Assistenza Ospedaliera (SAO)

- 30 direzione sanitaria
- 31 poliambulatori
- 32 pronto soccorso
- 33 servizio centralizzato di sterilizzazione
- POLICLINICO**
- 34 clinica dermatologica
- 35 clinica malattie infettive e servizio virologia
- 36 clinica oculistica
- 37 clinica odontoiatrica
- 38 *clinica ortopedica*
- 39 clinica ostetrica e ginecologica
- 40 clinica otorinolaringoiatrica
- 41 clinica pediatrica 1
- 42 clinica pediatrica 2
- 43 divisione accettazione medica
- 44 divisione assistenza neonatale
- 45 divisione cardiologia
- 46 divisione chirurgia 1
- 47 divisione chirurgia 2
- 48 divisione chirurgia d'urgenza
- 49 divisione chirurgia toracica
- 50 divisione medicina 1
- 51 divisione medicina 2
- 52 *divisione medicina 3*
- 53 *divisione nefrologia e servizio dialisi*
- 54 divisione neurochirurgia
- 55 divisione neurologia
- 56 divisione neuropsichiatria infantile
- 57 divisione oncologia
- 58 divisione psichiatria
- 59 divisione reumatologia
- 60 istituto anatomia patologica
- 61 istituto radiologia e sezione terapia radiante
- 62 istituto fisiologia
- 63 laboratorio analisi chimico-cliniche
- 64 *laboratorio endocrinologia*
- 65 *servizio anestesia e rianimazione*
- 66 servizio diagnosi e cura ambulatoriale diabete
- 67 servizio ematologia
- 68 servizio endocrinologia
- 69 servizio fisica sanitaria
- 70 servizio gastroenterologia
- 71 servizio immunematologia e servizio trasfusionale
- 72 servizio medicina legale e delle assicurazioni
- 73 servizio microbiologia
- 74 servizio neuroradiologia
- 75 *servizio radiodiagnostica*
- 76 servizio tossicologia e farmacologia clinica

- 26 coordinamento SAO
- 27 SAO servizi generali
- 28 anestesia
- 29 *chirurgia generale*
- 30 *comparti operatori*
- 31 *medicina generale*
- 32 *ostetricia e ginecologia*
- 33 *laboratorio analisi*
- 34 *radiologia ospedaliera*

- 46 direzione sanitaria
- 47 ambulatorio medicina
- 48 anatomia patologica
- 49 anestesia-anelgesia
- 50 cardiologia
- 51 centro trasfusioni ospedale Maggiore
- 52 *chirurgia A*
- 53 *chirurgia B*
- 54 *chirurgia pediatrica*
- 55 dermatologia
- 56 fisica sanitaria
- 57 gastroenterologia
- 58 *laboratorio analisi*
- 59 malattie infettive
- 60 medicina A
- 61 *medicina B*
- 62 medicina C
- 63 medicina nucleare
- 64 oculistica
- 65 odontoiatria e stomatologia
- 66 ortognatodonzia
- 67 ortopedia 1 - sala med. 1
- 68 ortopedia 2 - sala med. 2
- 69 ostetricia ginecologia A
- 70 ostetricia ginecologia C
- 71 ost. gin. M/sala trav. e sala parto/sala op. maternità
- 72 otorino
- 73 *pediatria e neonatologia*
- 74 piccoli interventi odontoiatrici e prima visita
- 75 pronto soccorso
- 76 pronto soccorso ospedale Maggiore
- 77 *radiologia*
- 78 recupero e rieducazione funzionale
- 79 *rianimazione*
- 80 sale operatorie chirurgie A e B
- 81 sale operatorie specialistiche
- 82 *centro regionale servizio trasfusionale*
- 83 scuola infermieri professionali
- 84 Bologna soccorso

- OSPEDALE CIVILE S. AGOSTINO**
- 77 divisione urologia
- 78 *divisione chirurgia generale*
- 79 *divisione medicina 1*
- 80 divisione medicina 2
- 81 divisione ortopedia e traumatologia
- 82 *laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche*
- 83 servizio anestesia e rianimazione
- 84 servizio cardiologia
- 85 servizio radiologia
- 86 servizio recupero e rieducazione funzionale

USL 16 MODENA

USL 20 CASALECCHIO

USL 27 BOLOGNA OVEST

segue Servizio Assistenza Ospedaliera (SAO)

OSPEDALE ESTENSE

87 day hospital
88 divisione geriatria e gerontologia
89 divisione medicina 1
90 divisione medicina 2
91 divisione medicina 4
92 servizio recupero e rieducazione funzionale

OSPEDALE DI CASTELFRANCO EMILIA

93 divisione chirurgia generale
94 divisione medicina generale
95 divisione ortopedia e traumatologia
96 laboratorio analisi chimico-cliniche
97 servizio anestesia e rianimazione
98 servizio radiologia e terapia fisica

Fonte: Documenti Interni delle USL e della regione Emilia-Romagna.

N.B. - I CDR in corsivo sono quelli prescelti per la sperimentazione BBZ.

ria ed annuale degli obiettivi derivanti dalla pianificazione nazionale, regionale e/o locale. Il modello di pianificazione razionale, d'altra parte, appariva in chiaro conflitto con (i) la difficoltà di identificazione e selezione di priorità in termini di bisogni da soddisfare e di servizi da attivare, potenziare o eventualmente ridimensionare; (ii) l'oggettiva difficoltà della gerarchizzazione degli obiettivi, ossia dell'articolazione degli obiettivi generali in un sistema di sotto-obiettivi particolari; (iii) la presenza di autonomia professionale nelle aziende sanitarie. L'esperienza concreta aveva inoltre ampiamente dimostrato l'impossibilità di svolgere il processo decisionale secondo una rigorosa sequenza razionale.

In alternativa al modello *razionale* di collegamento tra pianificazione e budget, a seguito di numerosi incontri del gruppo di coordinamento regionale si è affermata l'ipotesi di un modello *negoziale* (4) in cui: (i) il processo di formulazione delle scelte strategiche (pianificazione strategica) ed il processo di budgeting sono indipendenti; (ii) il processo di pianificazione strategica persegue prevalenti finalità di innovazione e riorientamento della gestione; (iii) il processo di budgeting persegue prevalenti finali-

tà di coordinamento e razionalizzazione delle attività; (iv) il processo di definizione degli obiettivi di budget si svolge « dal basso verso l'alto » (*bottom-up*), cioè attraverso la formulazione di proposte da parte dei CDR e la loro successiva integrazione.

Questa impostazione, tuttavia, poneva immediatamente il problema del collegamento e della congruenza tra pianificazione strategica e budgeting. In altri termini, era necessario definire come formulare obiettivi di pianificazione che tenessero in debito conto i condizionamenti derivanti dalle modalità di funzionamento esistenti e, d'altra parte, come definire obiettivi di budget coerenti con le esigenze di innovazione e riorientamento della gestione espresse attraverso la pianificazione strategica. Alla fine si è quindi configurato un modello decisionale del tipo *bottom-up modificato*, in cui:

— gli organi massimi definiscono alcune linee guida circa le principali dinamiche ambientali (possibili linee di evoluzione dei bisogni e della domanda, principali sviluppi tecnologici, possibili modificazioni negli assetti istituzionali, vincoli e condizionamenti nella disponibilità di risorse finanziarie, reali e professionali) ed alcune possibili strategie di risposta

da parte dell'U.S.L.;

— tali linee guida vengono inviate ai CDR, che sono chiamati a tenerne conto nella definizione delle proprie proposte di budget;

— le proposte di budget effettivamente formulate dai CDR vengono valutate anche in base alla loro coerenza con il quadro delle dinamiche ambientali e con le strategie di risposta delineate nelle linee-guida.

A fini specifici della sperimentazione BBZ, pertanto, il Documento delle direttive è stato ridefinito come *Quadro di riferimento per la formulazione degli obiettivi di budget*. Tipicamente, questo Quadro di riferimento è stato strutturato in due parti: la prima contenente analisi, valutazioni ed indicazioni relative all'USL nel suo complesso, e la seconda articolata per schede riferite a specifici CDR. La tavola 6 riporta un esempio di queste schede.

La definizione e la misurazione degli obiettivi

Portate a termine le fasi di predisposizione del Quadro di riferimento, di identificazione del Piano dei CDR e di selezione delle Unità Decisionali sperimentatrici ai fini della metodologia BBZ, il modello prototipi-

pale prevedeva l'effettuazione di una fase denominata di « Analisi delle Unità Decisionali ». Lo scopo di tale fase era quello di definire « la caratterizzazione delle Unità Decisionali nell'ambito della struttura organizzativa e nel processo di formulazione del bilancio » e di fornire un'« occasione affinché la struttura tecnico-amministrativa della USL ed i responsabili delle singole Unità Decisionali prendano coscienza di una serie di aspetti gestionali, finora estranei alla loro cultura ». Questi obiettivi, in particolare, avrebbero dovuto essere conseguiti attraverso la ricognizione: « (i) della posizione e delle connotazioni organizzative [dell'Unità Decisionale]; (ii) delle attività svolte; (iii) delle relazioni intercorrenti con altre Unità Decisionali; (iv) dei fattori [produttivi] disponibili; e (v) delle voci di bilancio a cui più direttamente si connette l'Unità Decisionale ».

Anche in questo caso in regione Emilia-Romagna si è ritenuto opportuno adattare le indicazioni operative del modello prototipale per garantirne la coerenza con l'impostazione complessiva delle iniziative regionali in tema di sistemi gestionali. Infatti: — come già sottolineato nei paragrafi precedenti (5), la Regione aveva da tempo deciso di separare i nuovi strumenti gestionali dal sistema di contabilità finanziaria;

— in ogni processo di budgeting, ed in particolare nei processi *bottom-up*, i Responsabili di CDR assumono un ruolo chiave nella formulazione degli obiettivi. Data la predominanza di una cultura orientata esclusivamente al giudizio clinico e la conseguente assenza di una cultura gestionale diffusa ai diversi livelli dell'organizzazione diventava perciò essenziale sviluppare capacità di analisi dei processi tecnici attuati all'interno del CDR per favorire le valutazioni di efficacia e di efficienza operativa;

— lo sviluppo di adeguate capaci-

tà di analisi era particolarmente rilevante all'interno della metodologia BBZ, che richiedeva ai Responsabili di Unità decisionale di formulare le proposte di budget sotto forma di pacchetti decisionali che, secondo le indicazioni del modello prototipale, avrebbero dovuto rappresentare « una modalità ed un'intensità di svolgimento di una delle *attività elementari* svolte dall'Unità Decisionale ». Alla formulazione dei pacchetti si sarebbe infatti potuto procedere solo dopo aver sviluppato capacità di individuazione ed analisi di tali attività elementari;

— nei sistemi di budget, gli obiettivi di risultato devono essere *operazionalizzati*, ossia espressi attraverso indicatori quantitativi e sintetici. Nelle

aziende pubbliche di servizi sanitari, tuttavia, l'operazionalizzazione trova ostacolo nella scarsa standardizzabilità dei processi, nella numerosità e differenziazione dei settori di intervento e nell'assenza di un meccanismo di valorizzazione economica dei risultati che li riconduca ad un'unità di misura comune. Diventa quindi necessario definire indicatori di risultato condivisi dai diversi attori che partecipano al processo decisionale tramite il sistema di budget (6).

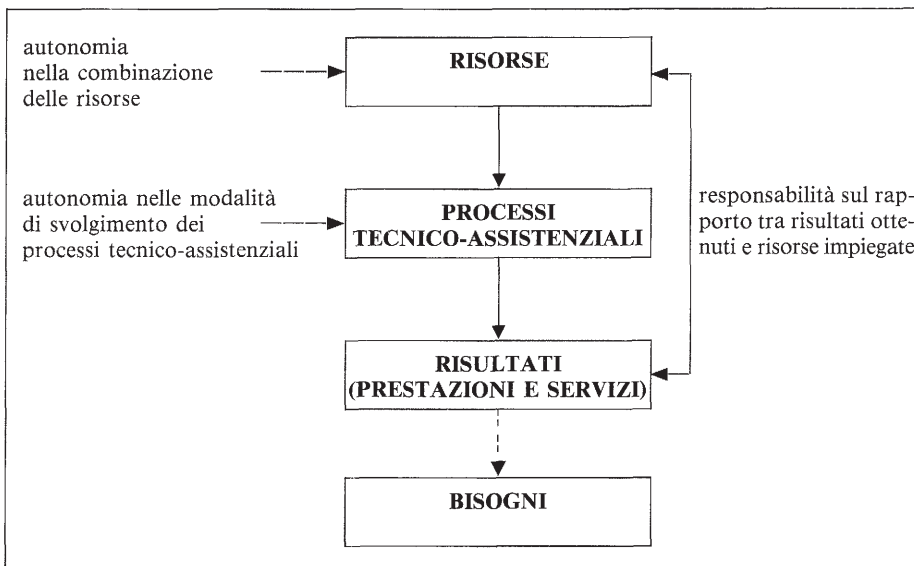
In sintesi (figura 4), occorre sviluppare logiche e strumenti di analisi dei CDR che permettessero al Responsabile (i) di approfondire ed esplicitare le correlazioni tra risorse impiegate e specifici risultati raggiunti, e (ii) di proporre azioni di innova-

Tavola 6 - Quadro di riferimento per la formulazione degli obiettivi di budget: esempio di scheda riferita ad uno specifico CDR

<p>Centro di Responsabilità: consultori familiari</p> <p>Servizio: servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, infanzia e dell'età evolutiva e per l'assistenza alla famiglia</p> <p>Responsabile: dott.ssa Maria</p> <p>Indicazioni dal Secondo Piano Sanitario Regionale:</p> <p>A. <i>Indicazioni esplicite</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potenziamento quali-quantitativo dell'educazione alla procreazione responsabile e consulenza contraccettiva; 2) coordinamento dell'assistenza alla IVG (certificazione e prenotazione); 3) prevenzione oncologica; 4) integrazione con il Servizio ospedaliero; 5) controllo gravidanze a rischio; 6) assistenza al « percorso nascita » (dalla scelta procreativa al puerperio domiciliare). <p>B. <i>Indicazioni derivate</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) controllo malattie congenite ed ereditarie (diagnosi precoce e trattamento malattie genetiche ed ereditarie). <p>Tendenze consolidate di USL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) definizione e programmazione attività promozionali per la qualificazione della funzione del consultorio familiare originariamente intesa. <p>Programmi di USL già in essere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) integrazione con il Servizio ospedaliero; 2) razionalizzazione e potenziamento della funzione oncologica anche in collegamento con la funzione oncologica programmata per la USL.

Fonte: Documentazione interna delle USL sperimentatrici e della regione Emilia-Romagna.

Figura 4 - Ambiti di autonomia e responsabilità dei CDR



zione, potenziamento, modificazione e razionalizzazione della gestione, e che nello stesso tempo ne salvaguardassero l'autonomia nella combinazione delle risorse e nelle modalità di svolgimento dei processi tecnico-assistenziali.

Ha quindi avuto inizio una lunga fase di riflessione e confronto, sia in sede di gruppo regionale di coordinamento che presso le singole USL, al fine di giungere ad una puntuale definizione di logiche, strumenti e modalità operative di analisi dei CDR che fossero coerenti con la specificità delle aziende sanitarie e con la criticità del momento della formulazione degli obiettivi. La fase di riflessione ha condotto alle seguenti valutazioni:

— Nel contesto sanitario le difficoltà di misurazione dei risultati sono da ricondursi principalmente all'assenza di un concetto sufficientemente condiviso di « prodotto ». Il necessario orientamento all'aspetto qualitativo della prestazione e del servizio reso, derivante dal rapporto fiduciario che lega medico e paziente, porta infatti ad identificare ciascun caso trattato come un *unicum* diffi-

cilmente confrontabile con altri casi. Questo fenomeno, a sua volta, impedisce di procedere ad una mera somma del numero dei casi trattati. Più in generale, l'eterogeneità della « popolazione » di eventi da misurare (i casi trattati) è considerata tale da impedire la valutazione dei risultati di un'attività sanitaria attraverso un indicatore sintetico significativo e condiviso.

— L'ottica clinica non è tuttavia l'unica possibile e neppure necessariamente la più rilevante. Finalità conoscitive e decisionali diverse possono infatti richiedere modelli interpretativi e schemi concettuali diversi di rappresentazione della realtà. A titolo esemplificativo si consideri lo studio del funzionamento di un motore a scoppio: per finalità di ottimizzazione del rendimento meccanico sarà necessario analizzare, attraverso opportuni modelli interpretativi, i meccanismi di dispersione del calore; viceversa valutazioni ecologiche richiederebbero lo studio, attraverso modelli interpretativi diversi dai primi, dei meccanismi di formazione ed emissione dei gas di scarico; diversi dovrebbero risultare infine gli stru-

menti di misurazione adottati in relazione alle due finalità ipotizzate. Più in generale: (i) ogni oggetto o fenomeno della realtà può essere osservato sotto una molteplicità di « proprietà » o « dimensioni »; (ii) ciascun fine conoscitivo o decisionale implica l'osservazione di una o più specifiche proprietà dell'oggetto o fenomeno; (iii) il procedimento di misurazione deve riguardare quindi le proprietà rilevanti per l'osservatore, o meglio per i fini da questo perseguiti (Mason e Swanson, 1979).

— Per soddisfare le esigenze conoscitive proprie dei sistemi di gestione è quindi necessario individuare « proprietà » o « dimensioni » dei risultati di un'attività sanitaria che (i) siano rilevanti rispetto a tali esigenze e che (ii) permettano il raggruppamento dei risultati in classi omogenee, in modo da configurare un'accezione di « prodotto » più ampia del singolo caso trattato. A titolo esemplificativo, si consideri il mercato dell'automobile. In linea di principio, ogni automobile prodotta presenta specificità (la casa produttrice, il modello, il colore della carrozzeria, il colore degli interni, la presenza di *optional* e la loro tipologia) che la distinguono da altre automobili. Al fine di confrontare le politiche di prezzo ed i volumi di vendita delle case automobilistiche presenti sul mercato, tuttavia, è necessario individuare « proprietà » che siano coerenti con il fine conoscitivo perseguito e permettano di raggruppare le automobili in poche e significative categorie omogenee. La proprietà « colore della carrozzeria » soddisferebbe la seconda esigenza ma non la prima; il raggruppamento delle automobili prodotte in base al colore della carrozzeria, infatti, permetterebbe l'identificazione di classi omogenee, senza però consentire significativi confronti di prezzi e volumi. L'utilizzo congiunto di proprietà quali la cilindrata, la velocità massima ed il numero delle porte, invece, permette

l'identificazione di classi omogenee (le cosiddette « fasce ») che gli operatori del settore riconoscono come rilevanti a fini di confronto e di definizione di politiche competitive, e rispetto alle quali è quindi possibile individuare indicatori sintetici significativi e condivisi.

Operativamente è stata quindi formalizzata una metodologia che prevedeva la definizione dei prodotti di ciascun CDR attraverso l'individuazione di « Gruppi di Attività Omogenee » (GAO) (7).

In particolare, un GAO è stato definito come un insieme di operazioni:

1) correlato ad uno specifico risultato fisico-tecnico derivante dall'attività caratteristica del CDR;

2) tipicamente *non* corrispondente ad un'articolazione organizzativa o ad un centro di costo;

3) caratterizzato da omogeneità al proprio interno e disomogeneità rispetto ad altri insiemi di operazioni svolte dal CDR secondo opportuni criteri;

4) che possa essere oggetto delle tipiche decisioni di budget:

a) svolgere/non svolgere;

b) potenziare/mantenere/depotenziare;

c) modificare/non modificare nelle modalità di svolgimento;

5) e che favorisca la traduzione di tali decisioni in obiettivi « operazionalizzati ».

Per facilitare l'identificazione dei GAO da parte dei CDR e nello stesso tempo garantire un'omogeneità di approccio nelle tre U.S.L. della Regione, inoltre, i criteri di omogeneità ritenuti più rilevanti sono stati formalizzati in uno specifico *percorso operativo* (tavola 7).

Definiti le logiche e lo strumento operativo per l'analisi delle correlazioni tra risorse impiegate e risultati raggiunti a livello di CDR, il gruppo regionale di coordinamento ha infine predisposto una *scheda di ana-*

Tavola 7 - Percorso operativo per l'identificazione dei GAO

Il procedimento prevede la progressiva scomposizione della « popolazione » costituita dalle attività complessivamente svolte dal CDR in raggruppamenti omogenei (GAO) sulla base di opportuni criteri definiti in funzione delle finalità conoscitive perseguite. I criteri sono ordinati secondo una sequenza che permette la scomposizione della « popolazione » in « gruppi » costituiti da un numero di attività progressivamente inferiore ma caratterizzati da maggiore omogeneità al proprio interno. Ovviamente ciò determina un numero proporzionalmente crescente di « gruppi ». Per ciascun GAO così individuato è quindi possibile definire un indicatore sintetico per la misurazione dei risultati, caratterizzato da elevata significatività proprio a motivo dell'omogeneità del « gruppo » rappresentato.

Fase 1: Ricerca di omogeneità rispetto ad alcune caratteristiche strutturali della domanda e dell'offerta

criterio A: tipologia di bisogni

criterio B: articolazione delle responsabilità formali all'interno del CDR

criterio C: localizzazione delle strutture di offerta

I criteri sopra indicati, dopo essere stati individualmente applicati alla « popolazione » di riferimento, devono essere combinati a due a due al fine di determinare un primo livello di articolazione del CDR in gruppi.

Esempio. In una divisione di Cardiologia in cui:

* *i bisogni sono definiti come (i) trattamento dell'emergenza e (ii) diagnosi e cura (criterio A);*

* *esiste una Sezione autonoma di cure coronariche (U.C.C.) (criterio B);*

* *parte dell'attività ambulatoriale è svolta presso un Poliambulatorio distaccato; l'U.C.C. è dislocata su un piano diverso rispetto al resto della divisione (criterio C)*

si potrebbero riscontrare ad esempio i seguenti gruppi di attività:

— *attività connesse al trattamento dell'emergenza in U.C.C.;*

— *attività di diagnosi e cura in reparto;*

— *attività ambulatoriale in reparto;*

— *attività ambulatoriale presso il poliambulatorio.*

Si noti che, nell'esempio proposto, alcuni criteri forniscono soluzioni perfettamente sovrapposte (ad esempio la responsabilità separata dell'U.C.C. e la sua localizzazione fisica) mentre altri incroci teoricamente possibili (es. trattamento dell'emergenza in reparto) sono stati ipotizzati come « vuoti », ossia costituiti da un numero nullo di tipologie di attività.

Fase 2: Ricerca di omogeneità rispetto alle effettive modalità di offerta

criterio D: articolazione e grado di standardizzazione dei processi tecnici ed assistenziali interni al CDR.

criterio E: fabbisogno di coordinamento ed integrazione con altri CDR.

I criteri sopra indicati, dopo essere stati individualmente applicati a ciascuno dei « gruppi » individuati nella fase precedente, devono essere combinati al fine di determinare un secondo livello di articolazione del CDR in gruppi.

Esempio. Nella divisione di Cardiologia sopra descritta:

* *l'U.C.C. costituisce fase (unica, intermedia, o inesistente) del processo tecnico-assistenziale (criterio D);*

* *esiste un Centro di Emodinamica presso il reparto, che costituisce fase (unica, intermedia, o inesistente) del processo tecnico-assistenziale (criterio D);*

* *le visite specialistiche possono essere svolte su richiesta del medico di base, in stretta correlazione con l'attività di reparto o a favore di pazienti ricoverati in altri CDR dello stesso ospedale quale attività di consulenza (criterio E).*

Si potrebbero quindi riscontrare ad esempio i seguenti gruppi di attività:

— *attività connesse al trattamento dell'emergenza nella sola U.C.C.;*

— *attività connesse al trattamento dell'emergenza con ricorso all'U.C.C.;*

— *attività connesse al trattamento dell'emergenza con ricorso all'U.C.C. e all'emodinamica;*

— *attività di diagnosi e cura in reparto;*

— *attività di diagnosi e cura in reparto con ricorso all'emodinamica;*

— *attività di diagnosi e cura in reparto per trattamenti di emodinamica;*

— *attività ambulatoriale in reparto per controlli post-dimissione;*

— *attività ambulatoriale presso il poliambulatorio per prime visite;*

— *attività ambulatoriale presso il poliambulatorio per controlli post-dimissione;*

— *attività di consulenza su richiesta di altri CDR.*

lisi (tavola 8) finalizzata ad offrire una rappresentazione organica delle caratteristiche strutturali e funzionali del CDR stesso e propedeutica al momento della formulazione degli obiettivi.

Formulazione ed ordinamento dei pacchetti decisionali

Completata la fase di analisi delle Unità Decisionali, il modello prototipale prevedeva la formulazione, la valutazione, l'ordinamento e la selezione dei pacchetti decisionali che, come già evidenziato, avrebbe dovuto rappresentare « diverse modalità [di svolgimento] ed intensità del servizio, con riguardo all'attività o alle attività elementari svolte ». Per la regione Emilia-Romagna si poneva quindi ancora una volta il problema della traduzione operativa delle indicazioni contenute nel modello prototipale, soprattutto rispetto alla definizione di *attività elementare*.

La preoccupazione principale era quella di non riprodurre le cause di fallimento delle peraltro limitate esperienze di introduzione di sistemi BBZ, cause tipicamente riconducibili:

— alla difficoltà di ripensare « da zero » l'intera organizzazione, per motivi di oggettiva complessità operativa;

— alla difficoltà di definire e confrontare tutte le possibili modalità alternative di svolgimento dell'attività e di impiego delle risorse;

— alla natura tendenzialmente obbligatoria (e quindi non sottoponibile a procedimenti di valutazione discrezionale) di molte funzioni svolte, soprattutto in un contesto di sanità pubblica.

Sulla base di queste considerazioni si è quindi deciso di reinterpretare il ruolo del BBZ, privilegiandone la funzione di stimolo alla lettura critica delle scelte organizzative consolidate e semplificandone gli aspetti e le implicazioni tecnico-operative. La predisposizione dei pacchetti decisionali, in particolare, si è sviluppata attraverso:

Fase 3: Ricerca di omogeneità rispetto alle effettive caratteristiche della domanda

critero F: grado di prevedibilità ed altri fattori di differenziazione della domanda

Il criterio sopra indicato deve essere applicato a ciascuno dei « gruppi » individuati nella fase precedente.

Esempio. Nella divisione di Cardiologia sopra descritta è ritenuta rilevante la distinzione tra ricoveri di urgenza e ricoveri di elezione.

Si potrebbero quindi riscontrare ad esempio i seguenti GAO:

- attività connesse al trattamento dell'emergenza nella sola U.C.C.;
- attività connesse al trattamento dell'emergenza con ricorso all'U.C.C.;
- attività connesse al trattamento dell'emergenza con ricorso all'U.C.C. e all'emodinamica;
- attività di diagnosi e cura in reparto;
- attività di diagnosi e cura in reparto a pazienti urgenti con ricorso all'emodinamica;
- attività di diagnosi e cura in reparto a pazienti programmati con ricorso all'emodinamica;
- attività di diagnosi e cura in reparto a pazienti programmati per trattamenti di emodinamica;
- attività ambulatoriale in reparto per controlli post-dimissione;
- attività ambulatoriale presso il poliambulatorio per prime visite;
- attività ambulatoriale presso il poliambulatorio per controlli post-dimissione;
- attività di consulenza su richiesta di altri CDR.

Tavola 8 - Scheda di analisi

1. Informazioni di carattere generale

- a) dati identificativi dell'Unità Decisionale (denominazione, sede);
- b) dati relativi al responsabile della stessa (nome e cognome, ruolo, profilo, posizione).

2. Descrizione della Struttura organizzativa dell'Unità Decisionale

(La ricostruzione della struttura organizzativa del CDR può aiutare a svolgere l'analisi interna del CDR e quindi a definirne l'articolazione in GAO)

- a) indicazione delle sub-unità organizzative che compongono il CDR e loro rappresentazione grafica tramite organigramma;
- b) per ogni sub-unità organizzativa identificata, cenni relativi all'attività svolta ed alle risorse a disposizione.

3. Descrizione dei GAO in cui il CDR è articolato:

- a) elenco dei GAO identificati;
- b) rappresentazione grafica della scomposizione del CDR in GAO;
- c) esplicitazione del processo di identificazione dei GAO e dei criteri a tal scopo utilizzati;
- d) classificazione dei GAO secondo la natura del risultato prodotto (servizio/prestazione finale, servizio/prestazione intermedia, condizione produttiva generale);
- e) classificazione dei GAO in funzione del grado di prevedibilità e standardizzabilità dei processi produttivi e di quantificabilità dei risultati.

4. Articolazione del Piano dei Centri di Costo e Dati di Costo prodotti dal Sistema di Contabilità Direzionale

(Il processo di budget si fonda non solo sull'identificazione e la misurazione di indicatori di risultato, ma anche sulla correlazione tra risultati e risorse. La quantificazione delle risorse è ottenuta tramite le rilevazioni fornite dal sistema di contabilità analitica)

- a) elenco dei centri di costo attivati;
- b) tipologie di report prodotte dal sistema di contabilità analitica.

5. Indicatori di attività

- (Per verificare la possibilità di identificare almeno un indicatore sintetico per ogni GAO)*
- a) serie storiche di dati eventualmente disponibili.

6. Interrelazioni tra Struttura Organizzativa, GAO e Centri di Costo

(Per verificare la possibilità di correlare risultati e risorse)

- a) motivazioni della rilevanza dell'analisi delle interrelazioni in oggetto;
- b) rappresentazione grafica di tali interrelazioni con riferimento alla singola Unità Decisionale;
- c) commento a tale rappresentazione.

7. Eventuali Proposte di Modifica del Piano dei Centri di Costo e dei Report Disponibili

8. Sintesi degli Incontri con il Referente del CDR.

— la definizione del concetto di *pacchetto corrente*, costituito dall'insieme delle decisioni di *mantenimento* delle attività, ossia di non intervento rispetto alle caratteristiche in essere ed alle tendenze in atto. Salvo esplicite manifestazioni di volontà contrarie da parte del responsabile di Unità Decisionale, sono state ricomprese nel pacchetto corrente tutte le attività rilevate su base storica;

— la definizione del concetto di *pacchetto differenziale*, che doveva invece rappresentare una specifica decisione di *intervento* rispetto alle caratteristiche in essere e alle tendenze in corso nell'Unità Decisionale. Per ogni pacchetto corrente potevano esistere più pacchetti differenziali, così come poteva non esserne alcuno. Più pacchetti decisionali riferiti ad uno stesso pacchetto corrente potevano essere (i) *indipendenti*, ossia accettabili sia separatamente che contemporaneamente; (ii) *alternativi*, ossia mutualmente esclusivi; o (iii) *addizionali*, ossia rappresentativi di diversi gradi di intensità della stessa proposta. Dove possibile, infine, ogni pacchetto differenziale è stato correlato ad uno specifico GAO, soprattutto al fine di utilizzarne l'associato sistema di indicatori. Il concetto di GAO è stato quindi impiegato per dare una traduzione operativa al concetto di attività elementare.

Pur impegnandosi nella definizione delle fasi di ordinamento e selezione dei pacchetti decisionali, infine, i gruppi di lavoro hanno immediatamente avvertito l'esistenza di forti ostacoli al completamento di queste fasi. Più in particolare:

— la metodologia BBZ richiedeva l'ordinamento dei pacchetti in base al beneficio netto. La ricerca di criteri oggettivi di valutazione del beneficio netto, tuttavia, appariva improponibile. Restava la possibilità di ricorrere a valutazioni di carattere soggettivo, ma non esistevano indicazioni in merito a chi avrebbe dovuto esprime-

re queste valutazioni e su quale base;

— il processo di valutazione sarebbe comunque stato reso estremamente complesso dalla prevedibile eterogeneità dei pacchetti in termini di obiettivi perseguiti e risorse richieste;

— in ogni caso, esistevano forti dubbi sulla possibilità e sull'opportunità di usare per le Unità Decisionali sperimentatrici criteri decisionali diversi da quelli utilizzati per il resto dell'USL; questo non solo per ragioni di equità e di uniformità di trattamento, ma anche e soprattutto perché molti pacchetti decisionali prevedevano effetti sugli altri CDR senza che questi potessero partecipare al processo decisionale.

7. Dal budget a base zero al progetto budget

Nella primavera del 1989, mentre la sperimentazione BBZ stava giungendo al termine, la regione Emilia-Romagna ha avviato il Progetto Budget. Con questo progetto, la Regione intendeva proseguire sulla strada dell'introduzione di meccanismi e strumenti di responsabilizzazione gestionale, soprattutto al fine di sviluppare un supporto più adeguato al momento più propriamente decisionale. È stata infatti adottata l'interpretazione secondo cui il budget è « un piano espresso in termini quantitativi [...], riferito ad un periodo di tempo determinato [...] e articolato per centri di responsabilità. [...] Il processo di formulazione del budget consiste principalmente in una negoziazione tra i centri di responsabilità ed i livelli organizzativi superiori, negoziazione che sfocia nell'esplicita definizione dei risultati che si intendono conseguire nell'anno di budget e delle risorse a tale scopo necessarie. Il budget ha il valore di un impegno bilaterale: i centri di responsabilità si impegnano a conseguire i risultati concordati con le risorse pattuite, ed i livelli organizzativi superiori si im-

pegnano a valutare positivamente i centri di responsabilità che rispettino i propri impegni di budget. Entrambi gli impegni valgono "a meno di modificazioni significative del quadro generale di riferimento" » (Anthony e Young, 1988).

Rispetto a questa definizione, in cui si evidenziano tra l'altro la centralità del momento decisionale e l'opzione per logiche negoziali anziché razionali (come previsto invece nella metodologia « a base zero »), era quindi necessario da un lato capitalizzare e consolidare gli innumerevoli contributi metodologici ed operativi forniti dalla sperimentazione BBZ, dall'altro sviluppare soluzioni innovative per tutti gli aspetti che fossero risultati assenti o insoddisfacenti nella sperimentazione stessa. In una prima fase, l'obiettivo è quindi stato quello di esplicitare e sistematizzare i principali contributi del Progetto BBZ all'introduzione di sistemi di budget. Più in particolare:

— *Articolazione dell'USL in Centri di Responsabilità*: la sperimentazione BBZ (i) aveva posto il problema « culturale » della responsabilità organizzativa; (ii) aveva definito criteri per la predisposizione del Piano dei CDR; (iii) aveva proceduto all'applicazione di questi criteri, testandone sul campo la validità; e (iv) aveva aperto una riflessione sull'esplicitazione del *contenuto di responsabilità* di ciascun CDR.

— *Modalità di misurazione dei risultati e di correlata espressione degli obiettivi*: la sperimentazione BBZ (i) aveva sottolineato la necessità di procedere all'operationalizzazione degli obiettivi perseguiti; (ii) aveva riconosciuto la presenza di difficoltà nella misurazione dei risultati dell'attività sanitaria e quindi nell'operationalizzazione degli obiettivi; (iii) aveva ricollegato queste difficoltà di misurazione all'assenza di un concetto sufficientemente condiviso di « prodotto » che fosse più ampio del rife-

rimento al singolo caso trattato; (iv) aveva introdotto il concetto di GAO come classe omogenea di attività e risultati e quindi come possibile definizione di « prodotto »; e (v) aveva formalizzato uno specifico percorso operativo per l'identificazione dei GAO.

— *Collegamento tra Pianificazione strategica e Budgeting*: la sperimentazione BBZ (i) aveva ribadito i limiti di un modello razionale di pianificazione-programmazione-budgeting che definisse a cascata gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, del Piano Sanitario Regionale, del Piano Locale e del singolo CDR; (ii) aveva affermato l'opportunità di ricorrere ad un modello negoziale in cui pianificazione e budgeting sono processi distinti, la pianificazione si sviluppa in senso top-down ed è finalizzata al riorientamento dell'attività, il budgeting si sviluppa in senso bottom-up ed è finalizzato alla razionalizzazione dell'attività; (iii) aveva affrontato il problema della coerenza tra i due processi e l'aveva risolto configurando un processo decisionale del tipo bottom-up modificato in cui la formulazione delle proposte di budget da parte dei CDR è preceduta dall'emanazione di linee-guida da parte degli organi massimi dell'USL con funzione di orientamento strategico.

— *Apprendimento Organizzativo*: sebbene l'apprendimento organizzativo sia difficilmente misurabile e tipicamente manifesti i suoi effetti so-

lo nel medio-lungo periodo, era sensazione condivisa che il progetto BBZ avesse già cominciato ad incidere sulla cultura organizzativa. Ad esempio: (i) il processo di individuazione dei CDR aveva evidenziato l'esistenza di attori che dispongono di margini d'azione con riferimento a date variabili e che rispetto a tali variabili possono e devono essere responsabilizzati; (ii) l'emanazione del *Quadro di riferimento per la formulazione degli obiettivi di budget* aveva richiamato gli organi massimi allo svolgimento di una delle loro funzioni principali, cioè la definizione di linee prioritarie di sviluppo dell'azione dell'USL; (iii) l'analisi delle Unità Decisionali e la formulazione dei pacchetti aveva focalizzato l'attenzione dei Responsabili sulle correlazioni tra risultati e risorse; (iv) il processo nel suo complesso aveva consentito ai membri dei gruppi di lavoro più direttamente e costantemente coinvolti nel progetto di acquisire logiche e strumenti di tipo gestionale.

Nel nuovo progetto sono state inizialmente coinvolte la USL 16 di Modena, la USL 20 di Casalecchio e la USL 35 di Ravenna in sostituzione della USL 27 di Bologna Ovest. Al fine di dare dignità formale al progetto Budget e di favorirne lo sviluppo, nell'agosto dello stesso anno 1989 la Regione ha inoltre deciso l'emanazione di un'apposita legge (L.R. 14 agosto 1989, n. 26: « Adozione di un modello organizzativo speri-

mentale correlato a un nuovo tipo di gestione delle risorse presso alcune USL della regione Emilia-Romagna - Gestione per Budget »). Più in particolare, la legge prevedeva:

— l'attribuzione a tutti i livelli di direzione dell'USL di maggiore autonomia nella modalità di utilizzo delle risorse per il raggiungimento di obiettivi specifici individuati e concordati preventivamente;

— la modifica di alcune procedure amministrative in funzione di uno snellimento della parte formale dell'iter decisionale;

— più in generale, un alleggerimento del quadro complessivo del sistema dei controlli formali esterni;

— la previsione di nuove forme di incentivazione, non solo economica, rivolte sia alle strutture che rispettano l'equilibrio obiettivi/risorse definito con il sistema di budget, sia agli operatori che concorrono al raggiungimento dei risultati attesi.

(1) Per un approfondimento si vedano ad esempio PYHRR (1973), CHEEK (1977).

(2) Pubblicati nel numero 9 di *Mecosan*.

(3) Per approfondimento si vedano AMIGONI (1979), ANTHONY e YOUNG (1988) e ZAVATTARO (1993).

(4) Per un'illustrazione di questi due modelli si veda ZAVATTARO (1993).

(5) Pubblicati nel numero 9 di *Mecosan*.

(6) A questo riguardo si veda ZAVATTARO (1993).

(7) In una prima fase del progetto la denominazione usata era quella di NAO (Nuclei di Attività Omogenee).

L'UNITÀ DI OSSERVAZIONE TEMPORANEA NELLA MEDICINA D'URGENZA CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE GENERALI

di R. Nardi, A. Conti, R. Grimaldi, P. Cenni, M. Bettini, F. Ferroni,
P. Iannone, L. Perorini, A. Pezzi, M. Vivoli

Servizio di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - USL 23 Imola - Bologna (Primario: dott. R. Nardi)

E. Dall'Olimi, A. Cavina

Direzione Sanitaria - USL 23 Imola - Bologna (Direttore: dott. A. Cavina)

SOMMARIO: Unità di osservazione: finalità - Definizione dei criteri di ammissione - Luogo in cui viene fatta l'osservazione - Risorse in personale - Responsabilità e gestione - Finalità diagnostiche e terapeutiche - Valutazione dei rapporti costi/benefici - La verifica della qualità (VRQ) nell'unità di osservazione - Dati personali - Conclusioni.

La centralità dell'assistenza ospedaliera nell'organizzazione sanitaria in Italia è confermata a tutt'oggi dalle notevoli risorse finanziarie ad essa destinate, pari ad oltre il 50% del totale della spesa corrente delle Regioni.

Il costante trend d'incremento della « domanda » di prestazioni di Pronto Soccorso nell'ultimo decennio denota un aumento della richiesta da parte della popolazione di una soluzione « ospedaliera » ai problemi della salute: l'ospedale si conferma in questo modo come elemento cardine del sistema assistenziale sanitario. Secondo i dati della SIMPS (Società Italiana di Medicina di Pronto Soccorso) (1984) si calcola che, per un ospedale con un bacino d'utenza di 120.000 abitanti, vengono erogate circa 120 prestazioni al giorno (1:1000 residenti), di cui 70 visite (58.3%) e 50 (41.7%) ricoveri ospedalieri.

Nel decennio 1975-1984 vi è stato un aumento del 210% del numero di prestazioni rese in Pronto Soccorso, con un incremento variabile dal 5 al 10% per anno (Mengozzi, 1989). Dal 1984 al 1992 si è passati in Italia da 16 milioni di prestazioni/anno di pronto soccorso a 26 milioni.

In una situazione economico-

finanziaria di precarietà di risorse, a fronte di un costante incremento di domanda di prestazioni ospedaliere, aumenta significativamente il rischio di un elevato « tasso di ospedalizzazione », di un sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso che, istituzionalmente, dovrebbero dedicarsi alla prima gestione strutturata dell'emergenza-urgenza e, attraverso tale « porta d'ingresso » in ospedale, di un aumento dei ricoveri ospedalieri inappropriati. Un uso improprio ed eccessivo dei servizi di emergenza (Bueching, 1985), oltre che irrazionale e dispendioso, sembra correlato, inoltre, ad un aumento della morbilità e della mortalità di alcune categorie di persone « high consumers » di tali servizi (Hansagi, 1991), se non associato ad una continuità preventiva, assistenziale e terapeutica, ottenibile solo a livello ambulatoriale nell'interazione con il paziente.

È necessario pertanto implementare la ricerca di forme di assistenza sanitaria alternative al ricovero tradizionale, che soddisfino le aspettative oggettive e soggettive dei pazienti e di momenti organizzativi che garantiscano un ulteriore « filtro », oltre al Pronto Soccorso, all'ammissione in

ospedale, consentendo, in sostanza, una migliore utilizzazione delle sue risorse.

I *ricoveri impropri* (o congrui ma non indispensabili) sono quelli che si verificano in presenza di una patologia importante, ma meglio curabile a domicilio o in servizi extraospedalieri ambulatoriali. I *ricoveri « incongrui »* sono quelli determinati esclusivamente da motivi socio-economici e/o quelli avvenuti in soggetti portatori di una patologia cronica, non necessitante di ulteriori terapie, né di approfondimenti diagnostici (non eseguibili al di fuori dell'ospedale) o di particolare assistenza. Qualsiasi sia la prevalenza del fenomeno, le conseguenze possono essere rilevanti, sia sul piano economico complessivo, per i costi di degenza ospedaliera, che individuale, per un possibile « danno iatrogeno », derivante da un ricovero inappropriato (Nardi, 1992).

Unità di osservazione: finalità

Le finalità istituzionali della Medicina d'Urgenza sono la *valutazione*, la *stabilizzazione* delle situazioni cliniche più critiche, la *terapia* iniziale e la *disposizione* sul destino dei

pazienti: dimissione, ricovero breve o trasferimento nel reparto più idoneo (area medica, chirurgica, intensiva) dell'ospedale.

L'obiettivo generale della UO con posti letto a valenza « strategica », nell'ambito di un Servizio o Dipartimento di emergenza, è quello di evitare o limitare al massimo le ammissioni in ospedale non necessarie.

L'« osservazione » dei pazienti che afferiscono in un dipartimento di emergenza e al pronto soccorso dell'ospedale può rendersi necessaria per diverse motivazioni:

1) *unità di osservazione (generalmente fino a 23 ore) nella Medicina d'Urgenza*: riferita a pazienti che non rispondono immediatamente a criteri clinici di ammissione, ma che richiedono di essere ulteriormente valutati, prima della disposizione definitiva o di un trattamento e/o di un'osservazione prolungata, con una decisione successiva di ammissione (o meno) in ospedale;

2) *letti di attesa*: riferiti a pazienti che devono essere ricoverati, ma per i quali il posto letto non è ancora disponibile.

Le *caratteristiche organizzative principali* dell'UO nella Medicina d'Urgenza sono determinate da diversi fattori: il luogo in cui viene fatta l'osservazione, lo staff preposto e le risorse strutturali disponibili, la definizione dei criteri di ammissione in UO, l'intensità assistenziale del servizio fornito, la durata (numero di ore necessarie per l'osservazione), la tipologia dell'osservazione (diagnostica e/o terapeutica), le procedure operative, l'analisi finanziaria e la valutazione dei rapporti costi/benefici, l'individuazione di indicatori per la verifica della qualità.

Definizione dei criteri di ammissione

Negli studi di revisione dei ricoveri ospedalieri è possibile dimostrare

che, nella maggior parte dei casi, le cause di degenza ingiustificata in ospedale si riferiscono ad indagini diagnostiche, a trattamenti terapeutici non urgenti, a follow-up non immediati o, in generale, a motivazioni che vengono adottate con una concezione di gestione « ospedaliera » piuttosto che « ambulatoriale » dei problemi dei pazienti.

Per ovviare ad un ricorso improprio ai servizi di emergenza-urgenza si sono tentate diverse possibilità: la definizione precisa di criteri di ammissione urgente in ospedale (per traumi o malattie) (Pfenninger, 1986; Graff, 1988), l'elencazione delle procedure, dei sistemi di monitoraggio, dei metodi di follow-up che richiedono necessariamente il trattenimento del paziente in ospedale (Mozes, 1991), fino al rifiuto dei pazienti portatori di malattie o condizioni predefinite come « non emergenze » (Derlet, 1990).

Per quanto tali criteri possano essere dettagliati, difficilmente risultano soddisfacenti ed esaustivi, sia sul piano strettamente clinico che dal punto di vista medico-legale.

L'indice NACA, ad esempio (Pfenninger, 1986), sviluppato originariamente nel 1960 dal National Advisory Committee for Aeronautics negli USA e modificato dopo la sua introduzione nel servizio di soccorso svizzero (REGA) è un sistema di indicizzazione che si basa su criteri diagnostici per catalogare il livello di gravità dei pazienti correlato alle prestazioni necessarie.

Le procedure ed i sistemi di monitoraggio e di follow-up che giustificano un ricovero ospedaliero sono indicati nella tabella 1.

Per l'UO la definizione preliminare di criteri di ammissione è fondamentale, dato che, di fatto, tale soluzione organizzativa, collocata tra un sistema di tipo pre-ospedaliero ed il ricovero vero e proprio, non può caratterizzarsi per una intensività as-

sistenziale molto elevata. È importante che le linee guida di ammissione in UO siano semplici e flessibili; in generale, la disponibilità di un posto letto in UO dovrebbe essere riservata ai pazienti per i quali si presume una ragionevole aspettativa di dimissione entro le 24 ore, anche se il tempo massimo di durata dell'osservazione può variare dalle 12 alle 48 ore (Ho, 1985).

I criteri indicati da Graff sono riportati nella tabella 2.

Luogo in cui viene fatta l'osservazione

La dislocazione dell'UO può essere sia nell'ambito del PS che della « sezione di degenza ». È importante che l'ubicazione dell'UO sia individuata in un'area che consenta un'osservazione adeguata ed « attiva » da parte del personale di assistenza, che garantisca una sufficiente privacy ed un idoneo comfort alberghiero ed eviti la percezione, da parte del paziente, di una gestione « caotica » dei suoi problemi.

Risorse in personale

Il personale medico ed infermieristico operante nell'ambito della Medicina d'urgenza deve possedere specifiche motivazioni, preparazione e capacità: in particolare deve avere una particolare attitudine nel riconoscere i pazienti a rischio e deve essere in grado di impostare rapidamente i primi provvedimenti diagnostici e terapeutici (Giovannini, 1991).

Per evitare che l'UO non sia efficace è necessario che lo *staff del personale* sia numericamente adeguato: uno standard di riferimento riportato da Graff (1992) è un rapporto infermieri/pazienti variabile da 1:2 a 1:4, simile a quello che si riscontra in unità di tipo subintensivo. Se l'UO viene impiegata sette giorni alla settimana per 24 ore su 24 sono necessarie almeno 4 unità infermieristiche.

Per rapporti inferiori è elevato il rischio di un'« osservazione passiva », con conseguenze non solo di tipo assistenziale e medico-legale, ma anche di vanificare il significato stesso dell'esistenza di tale settore. È evidente che tali risorse comportano costi addizionali che richiedono un finanziamento ad hoc, corrispondente a

circa 50.000.000 di lire/anno per ogni unità infermieristica prevista.

Nella realtà italiana le poche normative vigenti in materia di dotazione organica non considerano l'« Unità di osservazione », né esistono riferimenti precisi relativi agli standard di personale in tale settore di assistenza.

Tabella 1 - Criteri che determinano la necessità di assistenza in regime di ricovero ospedaliero

<p>Procedure</p> <ul style="list-style-type: none"> — Interventi chirurgici — Preparazione pre-operatoria — Diagnostica invasiva (angiografia, broncoscopia, ecc.) — Assistenza respiratoria — Somministrazione ev di soluzioni infusionali — Drenaggio (toracico, sonda naso-gastrica non in permanenza) <p>Monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Diete speciali che richiedono una sorveglianza per oltre 24 ore — Terapia che richiede aggiustamenti di dosaggio — Valutazioni che richiedono un'accurata registrazione di dati — Monitoraggio continuo della PA, FC, altri parametri vitali <p>Follow-up:</p> <p>1) dopo un intervento o un trattamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 24 ore dopo una procedura invasiva — 24 ore dopo la cessazione di una terapia infusioneale — 48 ore dopo un intervento di chirurgia minore — 48 ore dopo una trasfusione — 48 ore dopo la cessazione di una ventilazione — 48 ore dopo la rimozione di un drenaggio — 5 giorni dopo intervento di chirurgia maggiore <p>2) in specifiche condizioni:</p> <p>a) 24 ore dopo la stabilizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Ritenzione urinaria (senza deficit neurologico) — Cardioversione o tentativo di cardioversione di TPSV — Dolore addominale (quando causa di ammissione in ospedale) <p>b) 48 ore dopo la stabilizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Severi disturbi ematologici (trombocitopenia, leucopenia) — Severi disturbi del ritmo — Alterazioni ischemiche all'ECG — Dolore toracico senza alterazioni all'ECG o all'enzimogramma suggestive di coronaropatia — Asma bronchiale (esacerbazione acuta con terapia ev) — Scompenso cardiaco congestizio acuto — Coma — Stato confusionale acuto (non su base alcoolica) — Sindrome anginosa — Disturbi neurologici acuti — Disturbi elettrolitici severi — Febbre oltre 38°C, se il paziente era stato ammesso per altra ragione <p>c) 10 giorni dopo la diagnosi</p> <ul style="list-style-type: none"> — IMA documentato — Incidente cerebro-vascolare documentato

(da Mozes, 1991)

Nella tabella 3 viene riportata un'analisi comparativa dei livelli assistenziali proposti da Graff rispetto ai parametri del Comitato Interministeriale per la programmazione economica (CIPE, 1984) e quelli indicati nel D.M. 13 settembre 1988 per la determinazione degli standard del personale ospedaliero. Le necessità indicate da Graff oscillano da 720'/die a 360'/die per paziente, corrispondenti di fatto ad unità rispettivamente di terapia intensiva e sub-intensiva.

A tale proposito, è utile ricordare che mentre la delibera CIPE, pur precisando le discipline in cui possono essere inserite aree sub-intensive (cardiochirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, patologia neonatale), non cita l'area della Medicina d'urgenza, il D.M./88 non precisa i settori operativi in cui sono inseribili unità di terapia sub-intensiva, ma fa un preciso riferimento all'astanteria, che si inserisce nelle specialità di base con una dotazione organica pari ai reparti di Medicina generale (125'/die per posto letto).

Un riferimento più aggiornato può essere quello recentemente proposto dalla regione Emilia-Romagna che, ispirandosi al D.M. 13 settembre 1988 con un ridimensionamento medio di circa il 15%, non prende in considerazione le aree di assistenza sub-intensiva, ma assegna alla Medicina d'urgenza un livello assistenziale di 170'/die per PL, sensibilmente superiore a quello previsto per un reparto di Medicina generale (106'/die per PL).

Nell'UO possono riscontrarsi problemi psico-sociali e di farmacodipendenza: sono indispensabili pertanto, oltre agli adeguati supporti diagnostici d'urgenza, adeguate sinergie con altre strutture, in particolare il Servizio sociale, il Servizio di salute mentale e per le tossicodipendenze dell'USL. La gestione di problemi oncologici, analgesiologici, pediatrici e

geriatriche va affrontata insieme ai consulenti specialisti dell'ospedale.

Responsabilità e gestione

Importante è l'*individuazione della responsabilità* dell'osservazione, sia in fase di ammissione in UO che di disposizione sul destino (ammissione e ricovero, dimissione) del paziente: tale responsabilità, tendenzialmente del medico che dispone l'ammissione in UO e/o di un medico anziano supervisore, deve risultare ben chiara nel registro-referto di PS. In UO è essenziale una buona interazione del medico con il paziente, per evitare alla persona e alla sua famiglia una sensazione di precarietà ed un vissuto di « limbo » assistenziale.

Fondamentale è la registrazione di tutte le attività svolte, sia di nursing che diagnostico-terapeutiche, ed una particolare attenzione alla « buona qualità » di tutta la documentazione.

In particolare è opportuna l'introduzione sistematica di protocolli o di linee guida per la gestione di problemi specifici: tra questi il « dolore toracico » ed il « dolore addominale », che rappresentano le cause più frequenti di ammissione in UO ed una fonte a maggior rischio di « malpractice » o di errori assistenziali (Karcz et al., 1990) (tabella 4).

È generalmente necessario un controllo sull'uso dei letti dell'UO, per un possibile suo impiego improprio, quale, ad esempio, l'esecuzione di esami eseguibili in via ambulatoriale.

Finalità diagnostiche e terapeutiche

Le motivazioni che giustificano l'ammissione in UO secondo i dati della letteratura sono indicate nelle tabelle 5 e 6.

Tabella 2 - Criteri di ammissione in unità di osservazione

Indicazioni	
1	- Precisa focalizzazione degli obiettivi assistenziali: * valutazione diagnostica (ad es.: dolore toracico, dolore addominale) * terapia a breve termine (ad es.: asma, disidratazione) * bisogni psico-sociali * procedure specifiche (ad es.: terapia antalgica, piccola chirurgia)
2	- Necessità di assistenza di bassa intensità
3	- Severità « minore » delle malattie
4	- Situazioni che, secondo gli studi clinici, risultano appropriate per l'unità di osservazione
Controindicazioni	
1	- Presenza di criteri o indicatori di gravità per il ricovero in ospedale
2	- Pazienti clinicamente instabili

(da Graff, 1992)

Tabella 3 - Analisi comparativa dei parametri relativi agli standard di personale

Graff (1992)	Normativa italiana	CIPE 1984	DM 13-9-1988
720'/die per PL 360'/die per PL	terapia intensiva terapia sub-intensiva	500'-600'/die per PL 200'-240'/die per PL	700'/die per PL 350'/die per PL

Tabella 4 - Rischi di malpractice e di errori assistenziali più frequenti in Medicina d'Urgenza

- dolore toracico:	- omissione diagnostica di infarto miocardico
- dolore addominale:	- omissione o sottovalutazione di un problema sotteso
- ferite:	- infezione o ritenzione di corpo estraneo
- traumi:	- omissione di fratture
- febbre:	- meningite (età pediatrica)
- aneurisma aortico	
- emorragia a carico del SNC	
- epiglottidite	

(ACEP, 1986)

Tabella 5 - Unità di Osservazione nella Medicina d'Urgenza: finalità diagnostiche

- dolore addominale	- trauma minore (RTI tra 3 e 9)
- dolore toracico	. addominale
- confusione mentale, delirium	. cranico
- vertigine, lipotimia, sincope	. toracico
- febbre	- abuso di alcool, craving
- emorragia gastro-intestinale	- abuso di farmaci e droghe
- sanguinamento genito-urinario	- reazioni avverse da farmaci (ADR)
- dolore lombare	- cefalea
- colica renale	- crisi epilettica
- gastroenterite	- avvelenamenti ed intossicazioni
- emergenza psichiatrica	- diabete mellito
- problemi psico-sociali in attesa di soluzione	- bronchite, polmonite
- problemi pediatrici	- infezioni delle vie urinarie
	- vomito

Tabella 6 - Unità di Osservazione nella Medicina d'urgenza: finalità terapeutiche

- asma bronchiale	- iper/ipoglicemia
- scompenso cardiaco	- emergenze ipertensive
- BPCO	- urgenze ematologiche (emofilia, sickle cell anemia)
- disidratazione	- infezioni
- pancreatite cronica ricorrente lieve	- problemi pediatrici
- problemi geriatrici	

Valutazione dei rapporti costi/benefici

Per essere efficace e clinicamente utile l'UO deve dimostrare di garantire un elevato grado di selettività, cioè di esercitare realmente, come presupposto, una funzione adeguata di « filtro », con un minimo margine di errore nelle decisioni di « non ammissione » in ospedale ed il massimo di « sicurezza » per i pazienti.

Le revisioni degli studi sulle UO indicano percentuali di ricovero dalle UO variabili dal 2.7% (Bressan, 1993) al 56% (Graff, 1992). Evidentemente, percentuali di ricovero molto basse in UO possono corrispondere a pazienti suscettibili di trattamento ambulatoriale, viceversa tassi di ri-

covero molto elevati possono denotare una iniziale sottostima dei problemi e quindi un inutile « doppio » organizzativo.

È evidente che qualsiasi metodo di limitazione dei ricoveri non appropriati in ospedale comporta indubbi vantaggi dal punto di vista finanziario, considerati gli alti costi per ogni giornata di degenza, calcolati mediamente in circa 350.000 lire/die.

I costi di gestione, inoltre, vengono computati per ore e non per giornate di degenza.

Sul piano specifico, infine, i costi di ricovero risultano inferiori a quelli dei reparti di terapia intensiva: il costo di gestione del paziente con « dolore toracico » in UO, ad esempio, è di due terzi inferiore a quello

determinato dal ricovero in un reparto di terapia intensiva cardiologica.

Per contro, bisogna evidenziare che la limitazione dei ricoveri comporta un reale vantaggio economico solamente quando consente la riduzione del numero di posti letto e quindi del personale, che rappresenta il fattore produttivo più costoso.

La verifica della qualità (VRQ) nell'unità di osservazione

La ricerca di un valido sistema di indicatori o di criteri di riferimento rappresenta una fase essenziale in qualsiasi processo di verifica della qualità dell'assistenza.

Gli indicatori proponibili per l'UO, nell'ambito della Medicina d'Urgenza, sono elencati nella tabella 7.

Tabella 7 - Unità di Osservazione nella Medicina d'Urgenza: indicatori di attività per la VRQ

Dati personali

Il reparto di Medicina d'urgenza dell'ospedale di Imola dispone di 14 posti letto, cui si aggiungono 3 PL che vengono utilizzati per i pazienti trattenuti in « osservazione » temporanea (Unità di osservazione o UO).

L'osservazione dei pazienti viene effettuata in parte direttamente nei locali di Pronto Soccorso ed in parte nella sezione di degenza: dei 34.644 accessi totali in Pronto Soccorso giunti nel 1993, sono stati trattenuti in osservazione 2.292 pazienti (6.61%), 1638 dei quali presso il reparto di Medicina d'Urgenza: ogni giorno vengono mediamente ammessi in UO 4-48 pazienti.

I dati riportati di seguito si riferiscono ad un'analisi mirata, effettuata nel periodo dall'1 gennaio 1993 al 23 giugno 1993 (174 giorni), per un totale di 817 soggetti trattenuti presso l'UO.

In tabella I sono indicati i principali parametri di produttività di tale settore di attività. Si deve evidenziare che oltre un terzo dei pazienti viene ammesso durante le ore notturne, dalle 20 alle 8.

1 - Volume di attività:

- numero totale di accessi
- nosologia
- codici di gravità
- deambulanti
- allettati
- giunti con mezzo di soccorso
- pazienti in osservazione:
 - numero dei pazienti ammessi in unità di osservazione
 - % dei pazienti in osservazione vs il totale di accessi in pronto soccorso
 - % dei pazienti ricoverati in ospedale
 - % dei pazienti ricoverati in terapia intensiva
 - durata di osservazione (tempo medio di osservazione):
 - di tutti i pazienti in osservazione
 - dei pazienti ricoverati dall'osservazione

2 - Accessibilità (tempo di attesa dei pazienti della visita medica):

- di tutti i pazienti
- per classe di triage

3 - Indicatori di esito:

- ritorni:
 - accessi in pronto soccorso dopo 1 settimana per la stessa causa
 - ricoveri in ospedale entro 10 giorni per la stessa causa
 - ricoveri in area intensiva entro 10 giorni per la stessa causa
 - interventi chirurgici d'urgenza entro 10 giorni per la stessa causa
- grado di soddisfazione dell'utenza
- reports (e revisione) di reclami, esposti, conflitti, incidenti

4 - Dati di struttura (risorse):

- personale a disposizione
- situazione logistica
- attrezzature
- supporti diagnostici

Dalla tabella 8 si ricavano ulteriori interessanti elementi:

— quasi il 40% dei soggetti viene ammessa durante le ore notturne;

— una quota di circa il 6% dei pazienti viene ammessa e dimessa di notte;

— la durata dell'osservazione è prevalentemente limitata a periodi inferiori alle 12 ore (quasi il 90% dei casi);

— un computo su tutto l'anno evidenzia un indice di rotazione elevato: l'infermiere deve « rifare ogni letto » ben 546 volte (1.638 per 3 PL nell'anno)!

Nella tabella 9 sono riportate le caratteristiche nosologiche dei pazienti: accorpando « dolore addominale », « epigastralgia » e « colica renale » ed altre in un unico gruppo, la patologia addominale costituisce circa un quarto delle cause e questa, insieme al dolore toracico, rappresenta circa il 35% di tutte le patologie più frequentemente all'origine dell'« osservazione ».

Dalla tabella 10 si rileva come in quasi due terzi dei pazienti venga effettuata una terapia parenterale, in quasi la metà dei casi si esegue un prelievo per indagini emato-chimiche, in circa un terzo venga richiesta l'esecuzione di un ECG.

Questi dati possono contribuire a configurare, anche se in modo indiretto, i carichi di lavoro del personale infermieristico.

È interessante notare (tabella 11) la relativamente bassa percentuale di soggetti che vengono ricoverati dopo osservazione (27.53%) e che il 3.60% dei pazienti che accedono al PS (592 soggetti nel periodo di riferimento) vengono dimessi direttamente dall'UO. L'80.32% di coloro che afferiscono al PS non vengono alla fine ricoverati.

I termini assoluti di questi numeri significano, dal punto di vista economico, che l'UO non solo costituisce un significativo ulteriore momento di

filtro al ricovero ospedaliero, ma che tale filtro consente indubbi risparmi, anche monetari, legati ai costi della degenza. Un calcolo grossolano, basato su un costo giornaliero di 350.000 lire per giorno di degenza e con una

DM ospedaliera di 9 giorni corrisponderebbe, per 592 pazienti, ad un risparmio di 1.864.800.000 lire!

La tabella 12 evidenzia che quasi la metà dei pazienti ammessi in UO viene in seguito ricoverata in MU.

Tabella 8 - Unità di osservazione: dati di produttività

— posti letto (PL)	3
— n. pazienti in osservazione	817
— n. giorni	174
— n. pazienti ammessi la notte (20-7)	306 (37.45%)
— n. ammissioni/dimissioni durante la notte	54 (6.60%)
— durata osservazione < 5 ore	474 (58.01%)
— durata osservazione 6-12 ore	251 (30.72%)
— durata osservazione > 12 ore - < 23 ore	92 (11.26%)
— > durata osservazione per attesa esami	50 (6.11%)
— n. pazienti in osservazione nell'anno	1.638
— indice di rotazione	546 (*)

(*) n. di pazienti in osservazione che si sono succeduti sullo stesso letto nel corso dell'anno.

Tabella 9 - Patologia in osservazione in reparto (n = 817)

Patologia	n.	%	Patologia	n.	%
Dolore addominale	153	18.72	Febbre	13	1.59
Toraco-precordialgia	87	10.64	Delirium	13	1.59
Colica renale	58	7.09	Intossicazione	12	1.46
Lipotimia-sincope	49	5.99	Vomito	10	1.22
Trauma cranico	45	5.50	Crisi epilettica	6	0.73
Etilismo acuto	36	4.40	Assunzione farmaci	5	0.61
Aritmia	34	4.16	Emorragia digestiva	5	0.61
ADR (reazione allergica)	34	4.16	Ictus	5	0.61
Trauma minore	33	4.03	Insufficienza ventilatoria	4	0.48
Cefalea	29	3.54	Scompenso cardiaco	4	0.48
Vertigine	29	3.54	Epistassi	3	0.36
S. ansioso-depressiva	17	2.08	Tetania	3	0.36
Lambosciatalgia	17	2.08	Emorragia venosa	2	0.24
Crisi ipertensiva	15	1.83	Altre cause	47	5.75

Tabella 10 - Unità di osservazione: prestazioni effettuate

Prestazione	numero	% sul totale
— Terapia parenterale (im - ev)	590	72.21
— Prelievo venoso	382	46.75
— ECG	267	32.68
— Esame/i radiologici	233	28.51
— Consulenze (tutte)	174	21.29
— Ecografia addominale	107	13.09
— Monitor	39	4.77
— Ecocardiografia	13	1.59
— TAC urgente	9	1.10
— Esofagogastroduodenoscopia	6	0.73
— Emotrasfusione	1	0.12
— EEG	1	0.12

Tabella 11 - Unità di osservazione: funzione di « filtro » dei ricoveri in ospedale

	numero	numero indice
A - Accessi al Pronto Soccorso	16.440	100.00
B - Ricoverati direttamente nei reparti dal PS	3.009	18.30%
C - Ammessi in osservazione	817	4.96%
D - Dimessi dopo osservazione	592	3.60%
E - Ricoverati dopo osservazione (sul totale di accessi)	225	3.69%
G - Ricoverati dopo osservazione (sul totale di osservazioni)	225	27.53%
F - Totale non ricoverati	13.206	80.32%

Tabella 12 - Unità di osservazione: destinazione dei ricoverati (n = 225)

Reparto	n. pazienti	% dei ricoverati
— Medicina d'Urgenza	112	49.77
— Medicina/Geriatria	61	27.11
— Cardiologia	7	3.11
— Area chirurgica	39	17.33
— Altri reparti	6	2.66

Tabella 13 - Unità di osservazione: esito dopo una settimana dei pazienti dimessi

— n. totale di osservazioni	817
— n. dimessi dall'Unità di Osservazione	592
— n. ricoveri dopo 7 gg la dimissione dall'U.O.	12 (2.02%)
— tipologia dei 12 casi:	
- dolore addominale	3
- scompenso cardiaco	1
- trauma cranico	1
- fibrillazione atriale parossistica	3
- colica renale	2
- ernia discale	1
- cefalea	1

Tabella 14 - Unità di Osservazione nella Medicina d'Urgenza: vantaggi

a) di tipo economico:
— costi di ricovero computati per ore (non per giornate) di degenza
— costi di ricovero inferiori a quelli dei reparti di terapia intensiva
— ulteriore elemento di « filtro » ai ricoveri impropri
b) di tipo organizzativo:
— maggiore intensità assistenziale
— percezione del paziente di « migliore assistenza »
— gestione ancora preospedaliera di problemi sociali
— supporto alla recettività dei reparti di degenza dell'ospedale
c) di tipo clinico:
— maggiore possibilità di discriminazione di « falsi negativi » in alcune patologie (IMA, appendicite acuta, ecc.)
— minimizzazione di « falsi negativi » (« undertriage ») o di « falsi positivi » (« overtriage »)
— aumento del tempo di valutazione e di decisione clinica
— maggiore possibilità di discriminazione degli elementi « fuorvianti » in alcune sindromi cliniche
— migliore gestione dei problemi tossicologici
— maggiore potenzialità diagnostico-terapeutica per pazienti critici o non stabilizzati
— migliore assistenza complessiva al paziente
d) di tipo medico-legale:
— riduzione del rischio di « malpractice »
— maggior « ombrello protettivo » verso possibili conflitti
— riduzione del rischio di dimissioni incongrue

La tabella 13 dimostra l'esito delle decisioni di dimissione dopo l'« osservazione »: dopo una settimana solamente il 2.02% dei pazienti richiede un ricovero in ospedale.

Conclusioni

Il dibattito sull'opportunità di prevedere le UO nell'ambito della Medicina d'Urgenza è ancora aperto (Graff, 1992), dato che possono essere individuati vantaggi e limiti (tabelle 14 e 15).

Non vi è dubbio, però, che le UO rappresentano una forma originale ed alternativa di assistenza sanitaria, in grado di svolgere una funzione « cerniera » tra i vari interventi territoriali o domiciliari e quelli più tradizionali di ricovero ospedaliero. Se ben gestite, possono contribuire a contenere i costi del SSN.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, *Comprehensive Guide to effective practice management*. ACEP, Dallas, 1986.
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS PRACTICE MANAGEMENT COMMITTEE, *Management of observation units*. Ann Emerg Med 17, 1348, 1988.
- AMMONS M.A., MOORE E.E., ROSEN P.R., *Role of the observation unit in the management of thoracic trauma*. J. Emerg Med 4, 279, 1986.
- BRESSAN M.A., TINELLI C., SILVESTRI A., RIPAMONTI L., CATTANEO M.I., AZZARETTI S., *Revisione di due anni di attività di osservazione temporanea dei pazienti in Pronto Soccorso-Acettazione*. XVII Congr. Naz. SIMPS, Perugia 22-25 settembre 1993, Atti comunicazioni, I, pp 62-68.
- BUESCHING D.P. et al., *Inappropriate emergency department visits*. Ann Emerg Med 14, 672, 1985.
- COLT H.G., SHAPIRO A.P., *Adverse drug reactions*. JAGS 37, 323, 1989.
- DERLET R.W., NISHIO D.A., *Refusing care to patients who present to an Emergency Department*. Ann Emerg Med 19, 262, 1990.

- GIOVANNINI E., ROCCHI S., *Dipartimento di emergenza ed accettazione*. NAM 7/11, 486, 1991.
- GRAFF L.G., MUCCI D., RADFORD M.J., *Decision to hospitalize: objective diagnosis related group criteria versus clinical judgement*. Ann Emerg Med 17, 943, 1988.
- GRAFF L.G. et al., *Observation Medicine Curriculum*. Ann Emerg Med 21, 963, 1992.
- GRAFF L.G. et al., *Emergency Department Observation Beds improve Patient Care: Society for Academic Emergency Medicine Debate*. Ann Emerg Med 21, 8, 967, 1992.
- GRAFF L.G., *Utilization review: Emergency Medicine implications*, in: Overton DT Ed « Quality in Emergency Medicine », Em Med Clin North Am 10/3, 583, 1992.
- HANSAGI H., EDHAG O., ALLEBECK P., *High consumers of health care in Emergency Units: how to improve their quality of care*. Qua Ass Health Care 3/1, 51, 1991.
- HENNEMAN P.L., MARX J.A., CANTRILL S.C., MIRCHELL M., *The use of an Emergency Department Observation Unit in the management of abdominal trauma*. Ann Emerg Med 18, 647, 1989.
- HO M.T., MILLS J., *Design, operation, staffing and administration of the Emergency Department*, in: Mills J., Ho M.T., Salber P.R., Trunkey D.D. Eds.: « Current Emergency Diagnosis and Treatment, Prentice Hall Int Los Altos, 1985.
- KARCZ A., HOLBROCK J., AUERBACH B.S. et al., *Preventability of malpractice claims in Emergency Medicine: a closed claims study*. Ann Emerg Med 19, 865, 1990.
- LYNN S.G., KELLERMAN A.L., *Critical decision making: managing the emergency department in an overcrowded hospital*. Ann Emerg Med 20, 287, 1991.
- MENGOZZI V., *Il soccorso in Italia: analisi ed evoluzione del sistema delle emergenze sanitarie*. Maggioli Ed, Rimini 1989.
- MENON C., *L'osservazione temporanea. Ieri, oggi, domani: realtà e prospettive*. Pronto Soccorso Nuovo 1, febbraio 1990.
- MOZES B., SCHIFF F., MODAN B., *Factors affecting inappropriate hospital stay*. Qua Ass Health Care 3/3, 211, 1991.
- NARDI R., PANUCCIO D., BERNARDINI A., *Farmacoepidemiologia nell'anziano: l'esperienza GIFA (Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'anziano): disegni ed obiettivi dello studio*. Giorn Geront, 9/40, 353, 1992.
- PFENNINGER H.P., HOFLINGER C., KURZ H.P., *Trasporto di pazienti con elicotteri ambulanza: trasporti secondari REGA*, 1986.
- REINA G., *L'osservazione temporanea, la qualità della gestione*. Pronto Soccorso Nuovo 2, giugno 1987.
- SAUNDERS C.E., GENTILE D.A., *Treatment of mild exacerbations of recurrent alcoholic pancreatitis in an Emergency Department Observation Unit*, South Med J 81/3, 317, 1988.
- SMITH J.S., BARTHOLOMEW M.J., *Trauma index revisited: a better triage tool*, Crit Care Med 18/2, 174, 1990.
- ZWICKE L., DONOHUE J.F., WAGNER E.H., HILL C., *Use of the Emergency Department Observation Unit in the treatment of acute asthma*. Ann Emerg Med 11, 77, 1982.

Tabella 15 - Unità di Osservazione nella Medicina d'Urgenza: svantaggi

a) di tipo economico:

- non è generalmente previsto un finanziamento ad hoc per le risorse necessarie
- rischio di impiego improprio dell'U.O. (esecuzione di esami eseguibili in via ambulatoriale)
- forma aggiuntiva (necessaria?) di modello assistenziale

b) di tipo organizzativo:

- modello organizzativo di tipo ospedaliero o pre-ospedaliero?
- imprecisa definizione dell'intensità/intensività assistenziale necessaria (tempo di assistenza e carichi di lavoro del personale medico e paramedico) e conseguentemente:
- definizione incerta dell'organico necessario
- definizione dei ruoli e delle responsabilità (chi osserva chi? - chi osserva come?)

c) di tipo clinico-assistenziale:

- rischio d'iperafflusso di « drug abusers », tossicodipendenti, etilisti
- il tempo massimo di 23 ore può essere insufficiente per una precisa definizione diagnostica (angina instabile, IMA, ecc.)
- possibile rischio di « osservazione passiva », con possibili conseguenze negative:
 - maggior rischio di un successivo aumento della durata di degenza
 - maggior rischio di ritardi decisionali
 - scarsa definizione delle responsabilità
 - ambiente e clima organizzativo caotico
- percezione di scarsa « privacy » e di « precarietà » alberghiera
- imprecisa definizione dei livelli assistenziali che differenziano l'UO dal regime di « normale » degenza