

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

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
Presidente Asdas

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Redazione:

Coordinatore generale
Mario Del Vecchio

Coordinatori di sezione
Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore - Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone

Redattori
Giorgio Casati - Giorgio Fiorentini - Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Marco Meneguzzo - Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Segreteria di redazione

Silvia Tanno

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23
Tel. 0258362600 - Fax 0258362598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

— edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del Registro degli operatori della comunicazione (R.o.c.)
— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.
— stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, tel. 0774381700, fax 0774381700
— spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma
— prezzo di una copia: € 50,00

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda che:

— è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;
— chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:
1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83;
2) azioni civili da parte di autori ed editori;
3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57;
— fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. 22 aprile 1941, n. 633, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

- 2 **Il ruolo delle Regioni nel sistema di tutela della salute secondo il modello federalista**
Elio Borgonovi

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

- 9 **Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica**
Mario Del Vecchio
- 25 **La scelta del luogo di cura: modelli decisionali di pazienti e medici**
Oussama Al Farraj, Gabriele Messina, Franco Sassi, Americo Cicchetti, Nicola Nante
- 43 **Il costo del trapianto di fegato all'Ospedale Cisanello**
R. Pisati, M.I. Ulivieri, R. Ferrara, G. Cavicchini, F. Mosca, F. Filippini

Sez. 2ª - Documenti e commenti

- 53 **L'opinione degli studenti su principi etici ed economici attinenti l'assistenza sanitaria**
Francesco Attena, Manola Botticelli, Vittorio Chignoli
- 59 **Active ageing**
Alexandre Kalache, Anna Gatti

Sez. 3ª - Esperienze innovative

- 73 **Elementi per il monitoraggio della mobilità ospedaliera in uscita: il caso ligure**
Angela Testi, Enrico Ivaldi
- 85 **Vantaggi e limiti dell'audit dipartimentale e dei database informatizzati nella valutazione dell'appropriatezza**
Gianluigi Trianni, Elena Vecchi

Sez. 4ª - La sanità nel mondo

- 99 **La qualità in ambito sanitario: riflessioni a margine della 2ª Conferenza sulla qualità di Copenhagen**
Denita Cepiku

Sez. 6ª - Biblioteca

- 125 **Novità bibliografiche**
- 130 **Spoglio riviste**

IL RUOLO DELLE REGIONI NEL SISTEMA DI TUTELA DELLA SALUTE SECONDO IL MODELLO FEDERALISTA

Elio Borgonovi

Da qualche anno è stato avviato il processo di decentramento-federalismo istituzionale nel nostro Paese e da qualche mese il dibattito si è fatto ancora più acceso ponendo all'attenzione delle forze politiche e della società il nodo critico del modello da adottare. Tre aspetti del fenomeno meritano di essere sottolineati:

1) da un lato si tratta di una tendenza strutturale della società moderna presente in molti Paesi progrediti o in via di sviluppo che finora sono stati caratterizzati dal modello di Stato unitario, più o meno forte, più o meno legittimato sul piano della funzionalità, qualità dei servizi, efficienza amministrativa;

2) tuttavia, anche nel nostro Paese come in molti altri, si incomincia a parlare sempre più frequentemente dei costi (e delle difficoltà) del processo di decentramento-federalismo, oltre che dei suoi benefici;

3) sono evidenti frequenti contraddizioni, perché mentre da un lato avanzano, più o meno rapidamente, processi di trasferimento e di rafforzamento dei poteri di regioni ed enti locali, dall'altro si hanno provvedimenti (soprattutto in campo di finanza pubblica e di politiche economiche) che vanno in senso contrario, ossia di nuove forme di centralismo: questo fenomeno è, non di rado, motivato e ricondotto alle esigenze della globaliz-

zazione e dei processi di integrazione sovranazionale.

Per quanto riguarda il sistema di tutela della salute, il progressivo rafforzamento delle funzioni e del ruolo delle Regioni è determinato da fattori strutturali che di seguito vengono analizzati. Tuttavia, va da subito chiarito che centralità del ruolo e rafforzamento delle funzioni delle Regioni non necessariamente sono correlati e correlabili ad un aumento del potere reale delle stesse, ossia del potere di affrontare i problemi (vecchi e nuovi del sistema), di risolverli in modo adeguato e soddisfacente per la popolazione, di influenzare le dinamiche del benessere fisico e psichico della popolazione. Infatti, il potere reale non dipende solo dalla quantità e qualità delle funzioni e dei poteri reali, ma anche dalla disponibilità e dal governo delle risorse economiche che, invece, sembrano essere in Italia ancora fortemente controllate dal livello centrale. Negli ultimi anni, infatti, è stata usata largamente la politica della «illusione dell'autonomia finanziaria» che consiste nel trasferimento di alcuni poteri di prelievo fiscale o di raccolta di risorse finanziarie alle Regioni e agli enti locali, collegato però ad una riduzione dei trasferimenti statali più che proporzionale rispetto alle funzioni e agli obblighi di standard di servizi imposti alle regioni e agli enti locali. Il concetto

può essere espresso e sintetizzato nei seguenti termini con riferimento alla tutela della salute: se lo Stato impone l'obbligo di garantire certi livelli di assistenza (esempio i LEA - livelli essenziali di assistenza), ma nello stesso tempo determina l'ammontare del fondo da trasferire alle Regioni in modo insufficiente rispetto a tali livelli, l'effetto netto è quello di una diminuzione delle «risorse reali» e una riduzione del potere effettivo delle Regioni di risolvere i problemi. Questo effetto, ovviamente vale a parità di altre condizioni e la validità della considerazione non viene meno affermando che l'obiettivo è quello di indurre, costringere, creare forti pressioni sulle Regioni per il recupero di efficienza e per indurle a razionalizzare il sistema. Rigidità delle leggi statali, comportamenti consolidati che si modificano solo nel medio lungo periodo, decisioni dei giudici che impongono comportamenti «scientificamente irrazionali» (rimborso di cure inefficaci) in virtù di un «aspetto» (seppure fondamentale) principio di libertà di scelta del cittadino, sono fattori che riducono il potere reale delle Regioni.

Ritornando al tema delle spinte strutturali al decentramento (federalismo) esse sono così riassumibili.

1. Il concetto di salute è talmente connaturato alla dimensione individuale (percezione e reazione a condi-

zioni di malessere) e sociale della persona (usi, costumi, cultura, storia) da renderlo diverso in contesti anche molto vicini, in diverse aree di uno stesso Paese. Soprattutto appaiono estremamente diversificati i modi in cui il concetto si traduce in bisogni di tutela della salute e ancor più differenziata appare la domanda di servizi.

Aree più limitate, «come quelle regionali» nel nostro Paese, si caratterizzano come ambiti adeguati per l'analisi e l'interpretazione dei bisogni e per una più corretta valutazione della domanda (propria-impropria, omogenea-non omogenea per la quale sono accettabili-non accettabili sul piano sociale risposte diverse ugualmente efficaci sul piano scientifico).

2. A livello regionale può essere maggiormente «governabile» il processo di scelta delle priorità tra diversi bisogni. Infatti, si possono attivare i seguenti processi:

a) sul piano conoscitivo una maggiore capacità di percepire i bisogni considerati più rilevanti riferiti ad una popolazione più numerosa;

b) sul piano interpretativo è più facile valutare se i bisogni, ma soprattutto le domande espresse, sono radicati nella cultura del territorio di riferimento o è l'effetto, a volte di breve periodo, determinato dalla società dell'informazione (in particolare informazione scientifica, a volte poco accertata e non di rado proposta in modo da creare speranze e domande), dalla gestione «strumentale» dei problemi di salute da parte di forze economiche, sociali e politiche locali (cui è possibile reagire non creando nuovi servizi, ma dimostrando l'inconsistenza o la scarsa rilevanza dei problemi);

c) sul piano del confronto sociale ancor prima che politico, attraverso forme di consultazione, confronto (anche a volte con scontri e conflitti) ca-

pace di far emergere in modo più chiaro le reali priorità;

d) sul piano specifico della politica sanitaria, poiché a livello regionale è più facile avere una omogeneità (o almeno una maggioranza politica).

3. A livello regionale è possibile, quindi, perseguire «le economie di prossimità», di «vicinanza al bisogno» che possono rendere più corto e più veloce il processo di osservazione-analisi-valutazione-decisione relativo ai problemi di salute. Le teorie della gestione aziendale o del management hanno messo in evidenza che nei settori di servizi, e particolarmente in quelli dei servizi alle persone, le economie di prossimità prevalgono sulle economie di dimensione e di specializzazione. Peraltro, la Regione rappresenta una dimensione che consente un buon mix tra i diversi tipi di economia (di prossimità, di dimensione, di specializzazione) sia sul piano delle politiche di tutela della salute, sia su quello della organizzazione della rete di offerta, sia infine su quello della erogazione dei servizi.

Ovviamente va tenuto conto, al riguardo, delle diverse dimensioni delle Regioni italiane, alcune molto estese territorialmente e con una popolazione numerosa, altre (come Val d'Aosta, Basilicata, Umbria, Molise, Province di Trento e Bolzano) di dimensioni più limitate e, soprattutto, con una popolazione numericamente più ridotta.

Per contro, è ormai dimostrata l'estrema difficoltà, o la quasi impossibilità, di trovare a livello nazionale un equilibrio «accettabile» tra livello dei bisogni e della domanda da un lato e capacità di offerta dall'altro, e tra spesa e finanziamento. L'esperienza dei Piani sanitari nazionali si è dimostrata, e non solo in Italia, in genere negativa quando non addirittura fallimentare.

In altri editoriali di MECOSAN si è sottolineato come il decentramento/fe-

deralismo è processo che strutturalmente tende ad accentuare le differenze tra le diverse aree del Paese e come di fronte a tale tendenza vi possano essere due diverse strategie istituzionali e politiche:

a) lo svuotamento dell'autonomia funzionale tramite il riaccentramento di funzioni tecniche (esempio imposizione di standard assistenziali, tecnici, organizzativi, finanziari) motivato da esigenze di efficienza e ottimalità;

b) il completamento sostanziale del processo tramite il «governo delle diversità» che consiste nel «far leva» sugli effetti di emulazione e di «competizione positiva» tra le Regioni che si realizzano tramite «azioni mirate» che abbiano lo scopo di aumentare la capacità di ogni Regione (e, di riflesso, di tutto il sistema) di adattare alla propria realtà le soluzioni che in altre Regioni hanno prodotto effetti positivi (emulazione) e di individuare soluzioni innovative idonee a favorire il raggiungimento dell'equilibrio accettabile per i cittadini fra domanda e offerta di servizi, spesa e livelli di finanziamento e prelievi finalizzati alla tutela della salute.

In questa sede si ritiene necessario seguire questa seconda via che, concretamente, si realizza nel migliorare decisamente la capacità degli organi regionali, a livello politico, tecnico-professionale (aspetti medici, assistenziali, ecc.) e tecnico-manageriale (modalità di distribuzione e utilizzo delle risorse) di compiere le seguenti scelte.

1. Definire il modello di offerta, una prima soluzione consiste nella distinzione tra la responsabilità di «garantire lo stato di salute specificato dai livelli essenziali di assistenza» e la responsabilità di erogazione dei servizi con la migliore qualità e al minore costo (modello della Lombardia di separazione della funzione di acquisto

da quello di erogatore dei servizi). Una seconda consiste nel mantenimento di una «integrazione dei servizi nell'ambito delle stesse unità giuridiche (le aziende sanitarie territoriali) con autonomia attribuita solo a pochi e selezionati presidi ospedalieri di elevata specializzazione (poche aziende ospedaliere autonome) con la ricerca di economie di dimensione per funzioni comuni (soluzione della Toscana con la creazione delle «aree vaste» per acquisti e altri servizi comuni). Una terza consiste nella ricerca di economie di «dimensione di rete» tramite la creazione di reti di servizi più ampie (modello dell'unica azienda sanitaria per la città di Bologna che si pone sulla linea della «rete ospedaliere» della città di Parigi). Una quarta soluzione è rappresentata dal mantenimento delle strutture dell'offerta comune in aziende sanitarie territoriali e ospedaliere con la creazione di «poli di eccellenza» (come sembra caratterizzarsi la strategia della Regione Sicilia e di alcune altre Regioni). Chi scrive ritiene poco produttivo il dibattito «in termini di principio» sulla superiorità di uno o dell'altro modello e, tutto sommato, scarsamente utile il dibattito (e le conseguenti polemiche) basato principalmente sui livelli di spesa pro-capite e sui disavanzi accumulati. Sarebbe molto più utile per la società e per il «sistema di tutela della salute» costituire un organismo di esperti che definisca un sistema di indicatori (dei livelli di assistenza, di qualità ed efficacia dei servizi, di soddisfazione dei cittadini che hanno usufruito dei servizi, di risultati finanziari) tramite cui attivare una analisi longitudinale (per 3-5 anni) dei diversi modelli regionali per mettere in evidenza i risultati positivi, quelli negativi, quelli dubbi.

In questo modo, più che contrapporre i diversi modelli con l'illusione di poter dire quale sia il migliore, si

attiverrebbe un processo di «apprendimento del sistema nazionale» sulla base di esperienze diverse e di trasferimento reciproco tra le Regioni di quelle soluzioni che appaiono migliori in ognuna di esse.

2. Traduzione degli obiettivi politici della Regione in tema di tutela della salute in obiettivi aziendali per ognuna delle unità autonome del sistema. Non si tratta solo di attivare, come hanno fatto alcune Regioni, il processo di richiesta alle aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere) di predisporre un loro Piano strategico valutato e, coordinato con altri, a livello regionale. Si tratta di avviare un processo articolato almeno a tre stadi:

a) a livello generale di Regione promuovere e favorire un confronto a livello politico (Consiglio e Giunta) per rafforzare la coerenza tra indirizzi politici (e di politica economico-sociale) della Regione e scelte nel campo della tutela della salute: oggi si osservano spesso evidenti e rilevanti scollamenti;

b) tradurre gli obiettivi politici in tema di tutela della salute (che sono sempre di ordine generale e generico) in obiettivi strategici per la Regione, ossia risultati perseguibili di risposta ai bisogni (quantitativi e qualitativi), definiti con riferimento a un determinato periodo di tempo, misurabili con metodologie quantitative e/o qualitative;

c) individuare, sulla base degli obiettivi strategici regionali, gli obiettivi delle diverse aziende tramite un «processo misto» (in parte top down, la Regione che indica quali aziende sembrano essere più adatte per realizzare determinati obiettivi, e in parte bottom up, la Regione che recepisce e valorizza i punti di forza delle diverse aziende sanitarie ai fini di realizzare i propri obiettivi strategici).

Definire obiettivi strategici regionali (esempio sviluppo di poli di eccel-

lenza, oppure di una rete unificata di servizi sul territorio, oppure un sistema di telemedicina e teleconsulto, oppure percorsi del paziente integrati per assistenza intra ed extraospedaliere) è processo completamente diverso, di complessità e qualità assai superiore a quelli oggi prevalenti nei quali gli obiettivi assegnati dalle Regioni alle aziende sanitarie sembrano essere quelli di contenimento della spesa, raggiungimento del pareggio di bilancio nel breve periodo, eliminazione delle liste di attesa che, semmai, sono obiettivi strumentali di breve periodo anche nelle imprese for profit che operano sul mercato. Si lascia la lettore la possibilità di valutare la loro significatività per aziende il cui fine è la tutela della salute presente e futura, di popolazioni con bisogni molto eterogenei.

3. Affinare gli attuali sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie e introdurre nuovi modelli idonei a orientare i comportamenti verso gli obiettivi strategici di ogni azienda. Al riguardo va sottolineato con molta chiarezza che i sistemi di tipo Drg, o comunque correlati alla tipologia di domanda e alla intensità di cura, sono adatti per perseguire effetti di razionalizzazione di breve periodo (aumento della produttività, riduzione dei costi unitari), ma non sono strutturalmente idonei:

a) né a favorire l'orientamento delle scelte aziendali verso obiettivi strategici di lungo periodo,

b) né a sostenere forme di competizione capace di far emergere e valorizzare le «competenze distintive», le «capacità imprenditoriali» (che comprendono l'orientamento al rischio), né la «disponibilità ad effettuare investimenti innovativi in sanità» (pubblici o privati), e di conseguenza è necessario mettere a punto sistemi di finanziamento del tipo «disease management», «finanzia-

mento sulla base di indicatori strutturali» di fabbisogno, «selezione strategica degli investimenti».

4. Attivare un sistema informativo regionale idoneo a misurare, con metodologie che rendono facile il confronto tra aziende, sia i risultati della singola azienda (quantità e qualità dei servizi, efficacia e appropriatezza dell'offerta, costi unitari e spesa complessiva), sia le «esternalità positive e negative» per il sistema: ad esempio, una azienda che raggiungesse ottimi standard qualitativi e positivi risultati economici in virtù di politiche di fatto capaci di attrarre casi con tariffe Drg più convenienti, potrebbe essere valutata in termini non completamente positivi a livello della Regione.

Le difficoltà, le contestazioni, gli ostacoli espliciti o impliciti alle proposte di riorganizzazione, la perdita (o il rischio di perdita) di popolarità delle Regioni (assessori alla Sanità e presidenti) che hanno tentato o stanno tentando di esercitare l'autonomia regionale e di assumersi la conseguente responsabilità, sembrano evidenziare un errore strutturale delle strategie di cambiamento finora adottate che di seguito viene sinteticamente esposto e che pone le Regioni tra l'«incudine» (delle popolazioni locali che chiedono l'esercizio dell'autonomia per avere migliore qualità dell'assistenza) e il «martello» (del Governo e specialmente del Ministro dell'Economia che accentua prevalentemente, ed anche discutibilmente sul piano delle soluzioni tecniche, la responsabilità delle Regioni in termini di livelli di spesa e di equilibrio di bilancio).

La strategia di ristrutturazione del sistema di offerta di molte Regioni viene in genere presentata alla popolazione nei seguenti termini:

— occorre prima razionalizzare il sistema di offerta (ridurre i posti letto e i costi);

— per poter poi rilanciare la qualità dell'assistenza (seconda fase).

Logica dei due tempi che tuttavia presuppone una prima fase di sacrifici (e costi) ed una seconda fase positiva, di rilancio e di benefici prospettati. La percezione della popolazione non può essere che quella del certo di tipo negativo (taglio posti letto, chiusura ospedali, riduzione della spesa, ticket, ecc.) contro l'incerto positivo (rilancio della qualità dell'assistenza). Anche sul piano della razionalità economica, e non solo dei comportamenti sociali e politici, è una tipica scelta che non è accettabile e che quindi andrebbe imposta con metodi centralistici, se non proprio autoritari (taglio drastico della spesa).

Anche nelle Regioni, come la Lombardia, che pure hanno costruito la propria strategia sulla proposizione di un modello alternativo, si è compiuto l'errore di proporre il modello come «scelta di fondo» (se si vuole ideale o ideologica) e si sono dedicati poco tempo e poche risorse per farlo interiorizzare dalla popolazione e per presentarne non solo i desiderati aspetti positivi ma anche i possibili effetti meno positivi. Le proposte sono spesso state formulate in modo enfatico e sul piano dei principi, con la conseguenza di avere un effetto boomerang molto pericoloso e difficile da gestire non appena «il martello» della riduzione dei trasferimenti statali ha fatto emergere l'esigenza di sacrifici per i pazienti (ticket, minacce di riduzione dei servizi).

La strategia, che può essere definita di institutional change management che le Regioni dovrebbero seguire può essere così sintetizzata.

1. Mettere a punto un proprio progetto «di salute per il futuro», definendo i bisogni da soddisfare, le priorità, la qualità dei servizi che si intendono garantire, ed effettuare le necessarie analisi di fattibilità nel contesto locale

in termini meno astratti, ideali o ideologici.

2. Adeguato investimento di energie (ed eventualmente anche di risorse economiche) per presentare tale progetto in tutte le sedi che hanno influenza sui comportamenti (enti locali), associazioni dei cittadini e dei pazienti, società scientifiche, ambiti culturali in cui si dibatte del futuro della società, ecc.).

3. Avere il coraggio di presentare il progetto per il futuro del sistema di tutela della salute non solo nei suoi aspetti positivi desiderati, ma evidenziando anche le condizioni necessarie per realizzarlo che, spesso, comportano anche sacrifici.

4. Mettere in evidenza tra le condizioni essenziali soprattutto il fatto che la tutela della salute oggi è correlata ad elementi funzionali (come sono gestiti i servizi) e non ad elementi strutturali (il mantenimento di ospedali non funzionali e con poche garanzie di qualità, il mantenimento di posti-letto inutili, ecc.).

5. Proporre interventi finalizzati alla valorizzazione del personale (politiche di formazione o di incentivi per i risultati positivi, più che di penalizzazione per comportamenti non desiderati), snellimento delle procedure, introduzione di sistemi di informazione e di monitoraggio per individuare tempestivamente prestazioni improprie, ecc.

6. Interventi di «razionalizzazione del sistema di offerta» (comprese riconversioni di strutture di ricovero per acuti in altri servizi) che possono essere più facilmente accettate perché di esse è già stata chiarita la razionalità.

Si tratterebbe di proporre una strategia di cambiamento contestuale nella quale si evidenziano le correlazioni dirette tra costi e sacrifici da un lato e vantaggi dall'altro. Correlazione di-

retta che consente un controllo più immediato e agevole alla popolazione.

La sostanza del problema del federalismo regionale in materia di tutela della salute non è una questione di rilancio delle politiche di riforma, ma è essenzialmente un problema di recupero della capacità di realizzare le condizioni affinché esso possa essere effettivo e produrre un miglioramento del sistema, non un peggioramento. Miglioramento significherebbe possibilità di adattare le garanzie del Servizio sanitario pubblico alle specificità dei bisogni delle diverse aree geoculturali del Paese. Peggioramento significherebbe aumentare il divario tra le diverse aree e ridurre la capacità di garantire in tutto il Paese i livelli essenziali propri del servizio pubblico.

Per orientarsi sulla linea del miglioramento le Regioni devono adottare e realizzare concretamente politiche capaci di:

a) costruire una identità di «gruppo regionale» nel quale sia rispettata l'autonomia delle singole aziende (e dei loro dirigenti), ma

ognuna di esse sia consapevole che l'obiettivo da perseguire non è l'ottimizzazione dei propri risultati «aziendali», ma l'ottimizzazione di risultati a livello di sistema regionale;

b) promuovere un gruppo dirigente coeso che, nella diversità di ruoli, funzioni e responsabilità (a livello di singola azienda o a livello di Regione), sappia trovare un equilibrio sostenibile e reciprocamente accettabile tra decisioni motivate dalla logica della competizione e scelte improntate alla logica di collaborazione;

c) diventare interlocutori forti e credibili (in virtù di dati e non di confronti ideologici o di principio), dello Stato centrale per contrastare con successo le politiche esplicite (o surrettizie) di ricentralizzazione delle funzioni;

d) diventare soggetti capaci di coagulare e di ricondurre ad un progetto unitario, interessi diversi, quali ad esempio quelli di aziende pubbliche e private erogatrici di servizi, imprese fornitrici del sistema di tutela della salute, forze sindacali, economiche e sociali.

Per realizzare questa strategia non è sufficiente un approccio di tipo «professionale» (selezionare e valorizzare le persone con professionalità adeguate), ma è necessario anche:

a) proporre il senso delle nuove sfide (che indirizzano e motivano le persone);

b) dare fiducia alle persone più che preoccuparsi di contrastare comportamenti rischiosi (la fiducia come risorsa);

c) attivare sistemi di monitoraggio e controllo idonei, da un lato, ad evidenziare i progressi (il che aumenta la motivazione) e, dall'altro, a contrastare comportamenti distorti e contrari alle regole (il che rafforza la fiducia nelle scelte e nelle regole).

Chi può guidare processi di cambiamento di questo tipo? Solo persone dotate di riconosciuta professionalità, capacità di leadership, forti valori etici e grande «senso delle istituzioni» che devono essere governate per il bene comune e non per perseguire interessi personali o di parte.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

Ecco

RAGIUFARM



click!

RAGIUFARM nel 2003 è disponibile anche in CD-rom.

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- visualizzare e consultare la rivista **RAGIUFARM** in formato pdf, mediante l'applicazione *Acrobat Reader*, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- «navigare» nella rivista **RAGIUFARM**, andando direttamente alle rubriche (dottrina, giurisprudenza e documentazione) o agli argomenti di maggior interesse;
- consultare l'indice della rivista **RAGIUFARM**, con tutti i *links* che rinviano alla visualizzazione dei testi degli articoli e delle leggi nazionali e regionali;
- fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

Per tutti gli abbonati alla rivista **RAGIUFARM**, il costo dell'abbonamento al supplemento annuale in CD-rom di **RAGIUFARM click 2003** è di soli € 115,00 anziché € 345,00.

CEDOLA D'ORDINE

RISERVATA AGLI ABBONATI A **RAGIUFARM** 2003

ABBONAMENTO AL SUPPLEMENTO IN CD-ROM

Programma abbonamento 2003

Spedizione in abbonamento postale

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817 - E-mail sipised@tin.it

Sottoscrivo l'abbonamento annuale al supplemento

RAGIUFARM click 2003

- Al prezzo di € 115,00 in quanto già abbonato (codice etichetta n.) a **RAGIUFARM** 2003 cartaceo
- Al prezzo intero di € 345,00 in quanto non abbonato a **RAGIUFARM** 2003 cartaceo
- Pertanto:
 - Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
 - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

LE AZIENDE SANITARIE TRA SPECIALIZZAZIONE ORGANIZZATIVA, DEINTEGRAZIONE ISTITUZIONALE E RELAZIONI DI RETE PUBBLICA

Mario Del Vecchio

Università Bocconi - CeRGAS

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il modello 833: i connotati dell'integrazione - 3. La fase di reintegrazione - 4. Scenario di riferimento, interventi regionali e sfide per il futuro.

In Italy, as it happens in other countries, regional healthcare systems are experiencing a far reaching change. In order to explore the main features of the changing environment for healthcare public organizations, three different periods in the evolution of Ssn have been identified. In the first one the leading evolutionary force was the search for integration, the building up of a national system out of a fragmented system of public insurances and mixed providers. The second one has been characterized by the introduction of quasi-market principles and moderate competition. In the third period the main task for public intervention will be the setting up of a mixed network in which new connections and cooperative behaviour should prevail.

1. Introduzione

Se si guarda ai diversi sistemi sanitari regionali che nel loro insieme compongono il nostro sistema sanitario nazionale è difficile sfuggire all'impressione che, negli ultimi anni, molti di essi abbiano subito una accelerazione nelle spinte al cambiamento rispetto alle configurazioni di fondo. Si tratta di ripensamenti e proposte che attengono alla natura delle aziende del sistema, alle loro missioni, alle relazioni che le legano, ai principali meccanismi di governo dei cosiddetti gruppi sanitari pubblici che le regioni mettono in campo per dirigere i complessi sistemi di cui esse sono responsabili. In altre parole vengono di nuovo posti all'ordine del giorno, dopo un periodo di relativo consolidamento, le esigenze di riforma del sistema.

Tale tendenza potrebbe essere facilmente classificata in una sorta di riflesso condizionato che spinge a vedere le riforme di sistema come la risposta per eccellenza a tutti i problemi di

funzionamento, e a quelli finanziari in particolare. Così di fronte ad un aumento delle difficoltà e delle pressioni derivanti, da una parte dalla crescita dei bisogni e della domanda, e dall'altra dalla scarsità delle risorse e dalle responsabilità derivanti dai nuovi assetti federalistici, molte regioni tendono a rispondere con interventi sempre più frequenti sui propri assetti istituzionali.

Le ragioni che portano i sistemi pubblici a considerare il ridisegno delle proprie configurazioni di fondo come una soluzione buona per tutti i problemi sono varie e molte di esse sono caratterizzate da una notevole carica di inerzia. Tra queste spicca certamente una concezione diffusa che vede negli assetti istituzionali la determinante prima, se non esclusiva, dei risultati prodotti dai sistemi pubblici, dimenticando l'influenza su di essi esercitata dal sistema politico, ma soprattutto dalla qualità dei meccanismi di gestione che le aziende pubbliche sono in grado di assicurare (1). Una seconda

ragione, che vale la pena richiamare, è la coerenza che esiste tra interventi di riforma e modalità di costruzione del consenso nell'arena politico-istituzionale. Rispetto alla modificazione delle condizioni di funzionamento delle aziende, la ridefinizione delle strutture e delle regole di funzionamento del sistema è un intervento che molto meglio si presta alla comunicazione, non solo mostrando alla collettività che i problemi vengono affrontati, ma anche veicolando l'idea che la formalizzazione della decisione di cambiare (approvazione della legge o del piano) coincide con la soluzione del problema stesso (effetto annuncio).

In realtà una lettura siffatta, pur contenendo elementi interpretativi non secondari, comporterebbe una sottovalutazione di alcune dinamiche rilevanti di più lungo periodo, che stanno influenzando le trasformazioni dei sistemi sanitari regionali e che, al tempo stesso, di tali trasformazioni contribuiscono a chiarire senso e portata. Assumendo una prospettiva este-

sa nel tempo è infatti possibile distinguere fasi diverse nei processi di trasformazione, con connotazioni proprie e chiaramente definite, il che spinge a ricercare descrizioni e spiegazioni che superino il solo piano della risposta istituzionale a problemi contingenti per costruire una lettura in grado di dare conto di cambiamenti sufficientemente orientati e coerenti tra loro.

Lo schema di interpretazione che viene qui adottato non è particolarmente originale o sofisticato e propone di vedere l'evoluzione del Ssn e delle sue componenti come la successione di tre fasi. La prima, durata circa un decennio o poco più, è stata dominata dalla ricerca dei vantaggi connessi all'integrazione, sia orizzontale — intesa come la convergenza di tutti i servizi e attività attinenti alla salute delle persone e delle collettività in una unica azienda — sia verticale — collegata alla scarsa diffusione di pratiche di esternalizzazione di parti del processo produttivo che concorrevano al perseguimento del risultato finale. La seconda, che inizia ad affermarsi nei primi anni '90, è stata invece caratterizzata da generali fenomeni di deintegrazione, in cui i vantaggi prioritariamente perseguiti sono stati quelli che derivavano dalla specializzazione sia istituzionale (es. scorporo delle aziende ospedaliere), sia gestionale-organizzativa (diffusione dell'*outsourcing* anche per attività precedentemente considerate *core*). La terza fase, avviata da un paio di anni, sembra essere dominata dalla ricerca di sinergie e razionalità a livello di sistema. Non si tratta, evidentemente, di un ritorno a logiche integrate, quanto della necessità, da una parte, di evitare ridondanze e duplicazioni e, dall'altra, di fare emergere e catturare le sinergie potenzialmente disponibili in sistemi popolati da attori caratterizzati da missioni diverse. In altre parole la fase che si

apre sembra essere segnata dai problemi relativi al coordinamento di reti complesse e dalla ricerca delle migliori condizioni che rendono possibile il perseguimento di una razionalità di sistema senza che ciò implichi necessariamente l'esistenza di poche aziende fortemente integrate.

Nell'utilizzare lo schema proposto, una attenzione particolare verrà posta nell'analisi di alcune dinamiche che danno conto e caratterizzano la fase di deintegrazione. Infatti, per valutare appieno le difficoltà connesse alla definizione di meccanismi e strutture in grado di raggiungere effettivamente gli obiettivi di funzionamento coordinato dei sistemi e indicare alle aziende coerenti strategie di azione, è importante cogliere l'effettiva natura e portata dei mutamenti intervenuti. L'idea di fondo, attorno alla quale verranno articolate le diverse argomentazioni, è che la deintegrazione non è soltanto il frutto di una strategia istituzionale, ma corrisponde e accompagna modificazioni più strutturali nel funzionamento dei sistemi sanitari regionali e che di tali modificazioni si dovrà tenere opportunamente conto nel disegnare i sistemi e condurre le aziende.

2. Il modello 833: i connotati dell'integrazione

Il Ssn nasce a cavallo degli anni '80 (la legge 833 del 1978) sulla base di alcune idee portanti e tra queste è opportuno menzionarne almeno quattro (2).

La prima, di carattere politico e ideologico, nelle migliori accezioni di tali termini, è il passaggio da una concezione della salute intesa come contropartita di una contribuzione — ancorché obbligatoria e i cui effetti, nella fase finale del sistema mutualistico, finivano per estendersi alla quasi totalità della popolazione — a una concezione della salute come diritto colle-

gato alla cittadinanza. La tutela della salute e tutti i servizi collegati non sono più controprestazioni, ma rientrano nella sfera dei diritti dell'individuo che la collettività nel suo insieme si impegna a garantire e di cui si dà carico. Tale passaggio, fortemente enfatizzato nel dibattito che ha accompagnato la nascita del Ssn, implica rispetto al periodo precedente un deciso rafforzamento del concetto di «presa in carico» da parte delle istituzioni pubbliche e l'instaurarsi di un rapporto di più netta sovraordinazione del sistema rispetto al cittadino. Nell'assetto mutualistico infatti, seppure in maniera del tutto virtuale e sganciata dagli effettivi processi decisionali, il diritto di cui il «mutuato» era portatore si riferiva ad un insieme di specifiche prestazioni che venivano garantite a fronte di una posizione contributiva. Nella nuova configurazione le specifiche prestazioni tendono inevitabilmente a perdere di importanza a favore di una concezione del diritto alla tutela della salute più collegata ai risultati finali e anche, in un certo senso, più astratta. Se così non fosse stato — se le prestazioni, fino allora sostenute da un riferimento al principio dello scambio, non avessero perso di importanza — sarebbe stato sufficiente continuare nello sforzo di estensione anche totalitaria della copertura assistenziale, senza la necessità di modificare la base di legittimazione su cui poggiava ciò che veniva garantito. Il cambiamento della base di legittimazione viene quindi collegato a una modificazione dei contenuti di ciò che viene assicurato e tale modificazione, a sua volta, comporta l'assunzione di una responsabilità sovraordinata da parte delle aziende sanitarie pubbliche le quali, più che erogatrici di servizi, assumono un ruolo di garanti del risultato complessivo.

Il passaggio da una logica di erogazione di servizi, e quindi tendenzial-

mente di scambio, a una logica di tutela, e quindi di sovraordinazione, viene alimentata da una seconda idea di fondo che ha segnato la nascita del Ssn: la concezione della salute come fenomeno unitario (3). Da questo punto di vista, la salute e il benessere degli individui non conseguono da una sommatoria di servizi, ma da un insieme unitario di attività e prestazioni che la collettività è in grado di assicurare, a partire dalla prevenzione. La tutela della salute viene quindi considerata come il risultato di una ricomposizione operata su un duplice piano: quello della persona, attraverso la sequenza prevenzione-diagnosi-cura-riabilitazione, e quello delle interazioni tra individui e ambiente, attraverso la rilevanza attribuita alla prevenzione e agli interventi sugli ambienti e in generale sulle condizioni di vita degli individui. È importante sottolineare come tale visione abbia, sul piano concreto, spostato l'attenzione dai singoli processi e attività al quadro di insieme nel quale essi risultano inseriti, con l'idea che maggiori vantaggi siano potenzialmente conseguibili attraverso la connessione dei diversi servizi e nella loro riconduzione a logiche unitarie piuttosto che attraverso interventi tesi a migliorare singoli e specifici processi. Nel contesto delle aziende pubbliche ciò ha comportato una ulteriore rilevante conseguenza: quella di accentuare l'importanza del momento politico istituzionale rispetto a quello gestionale. Nel contesto pubblico infatti il tema delle logiche unitarie viene prevalentemente declinato in termini di disegno della struttura e dei meccanismi di sistema, piuttosto che di politiche aziendali, e questi terreni sono di quasi esclusiva pertinenza della sfera politica.

Una terza idea fondante è relativa alla distribuzione delle responsabilità istituzionali tra i diversi livelli di governo. Essendo la tutela della salute

— intesa nell'accezione di cui si è appena detto — un diritto che la collettività riconosce ai propri membri, resta da definire a quale delle collettività istituzionalmente organizzate debba essere affidata tale responsabilità. La risposta che è stata data, di diretto e prioritario coinvolgimento del livello locale attraverso assemblee e organismi che associano diversi comuni, ma con aggregazioni che non raggiungono mai il livello provinciale, esprime ancora una volta l'importanza che viene data alla ricomposizione e alla guida unitaria rispetto allo svolgimento dei processi tecnici e operativi. Se l'aspetto importante è la capacità di interpretare correttamente i bisogni e di guidare risposte integrate sull'individuo e sull'ambiente nel quale esso vive, l'ambito locale è il candidato ideale. Nel panorama istituzionale italiano infatti è il comune il livello a cui i cittadini sono abituati a porre le domande circa le loro esigenze collettive e a ricevere le relative risposte. Viene così a configurarsi un sistema articolato attorno alle necessità di interpretazione e rappresentanza dei bisogni che vede il livello regionale come momento di coordinamento e programmazione, al di sotto del quale aggregazioni sovracomunali assumono una responsabilità estesa di tutela e risposta a tutti i bisogni di salute dei cittadini. L'esito è un sistema che risulta essere, per così dire, piatto, privo di dimensioni intermedie tra il livello regionale e quello delle aggregazioni sovracomunali e dove il primo fatica anche ad esprimere una propria funzione, considerando l'autonoma legittimazione di cui il livello locale dispone per via dei processi elettorali (l'Assemblea dei Comuni era una emanazione diretta dei Consigli comunali).

L'ultimo principio da menzionare, che sta alla base del modello 833, è probabilmente il più rilevante per il ragionamento che si va qui articolando

e, in qualche modo, rappresenta una vera e propria sintesi dei precedenti. Si tratta della scelta integrare tutti i servizi in una unica azienda pubblica, facendo sorgere le Unità sanitarie locali. Di fronte a un sistema fortemente frammentato, che non solo divideva il finanziamento — i *purchaser*, come con qualche forzatura si potrebbero oggi definire — dall'offerta — i *provider* — ma che all'interno di entrambi i fronti presentava panorami alquanto frastagliati con i diversi enti mutualistici, da una parte, e gli enti ospedalieri e una fitta rete di attori complementari, dall'altra, l'opzione perseguita decisamente è stata quella della unificazione in una unica entità di tutti i servizi, attività e poteri che agivano sulla tutela della salute delle persone.

Il primo passaggio logico è quello di integrare il finanziamento dei servizi e con la produzione degli stessi. Evidentemente il cambiamento almeno formale del sistema di finanziamento, che deve ora alimentarsi tramite i sistemi della finanza pubblica in senso stretto (tassazione generale), spinge verso l'abolizione di enti e meccanismi dedicati soltanto alla gestione dei fondi o specializzati nella funzione di acquisto delle prestazioni (4). Nella direzione indicata spinge inoltre l'esperienza acquisita che ha visto nella crescita degli attori del sistema l'aumento delle occasioni di produzione di *deficit* (*deficit* delle mutue e degli enti ospedalieri) (5) che finivano inevitabilmente per scaricarsi sull'operatore pubblico e sulla tassazione generale. Si opta così per una soluzione, una unica azienda in cui confluiscono finanziamenti e produzione, che dovrebbe assicurare, almeno in teoria, una maggiore coerenza tra attività e risorse disponibili — coerenza che il difficile rapporto tra mutue ed enti ospedalieri non sembrava essere stato in grado di assicurare —

insieme ad un più stretto controllo sui flussi di spesa.

Il secondo, assolutamente centrale, è l'integrazione di tutti i servizi in una azienda dove convergono attività che vanno dall'assistenza specialistica, ospedaliera e non, a quella di base, all'igiene pubblica, alla veterinaria. Si costruisce quindi una azienda potenzialmente in grado di assicurare l'erogazione di tutte le attività che corrispondono a una visione integrata della tutela della salute, in grado di disporre direttamente di tutte le leve operative necessarie per rispondere dei risultati in termini di stato di salute della popolazione e in grado, infine, di porre tale complesso insieme di servizi e attività sotto il controllo della collettività, tramite organi di governo composti da membri eletti, seppure in via indiretta, dalle collettività stesse.

Lo schema logico che porta alla costruzione della Usl come azienda integrata orizzontalmente utilizza almeno due assunti tipici del modello classico di pubblica amministrazione che meritano di essere evidenziati.

Il primo attiene al rapporto privilegiato che si crea tra definizione di un diritto o assunzione di un obbligo da parte della pubblica amministrazione e intervento tramite azienda pubblica. Per lungo tempo crescita dell'intervento e delle tutele pubbliche hanno infatti coinciso con la creazione o l'estensione dei campi di azione delle aziende pubbliche, cioè con l'organizzazione diretta delle attività (Del Vecchio, 2002). I risultati che si intendono raggiungere, gli obiettivi politici che si vogliono realizzare, vengono, secondo questo modo di vedere, immediatamente consegnati dal sistema politico istituzionale ad una azienda variamente configurata, ma comunque posta sotto il controllo pubblico e la cui missione, istituzionalmente definita, coincide con gli obiettivi da realizzare. È questo esattamente il ca-

so delle Usl laddove l'affermazione circa la necessità di un passaggio alla piena tutela pubblica del diritto alla salute e di una sua interpretazione integrata ha condotto alla istituzione di una azienda che, in un certo senso, replica i contenuti delle politiche enunciate. Se la salute può essere efficacemente difesa soltanto tramite uno stretto coordinamento tra i servizi sanitari alla persona e l'intervento sugli ambienti in cui gli individui vivono, ne consegue che le corrispondenti attività debbano essere organizzate all'interno di un medesimo contenitore aziendale. Con ciò non si intende affermare che tale scelta fosse errata o non rappresentasse la migliore soluzione disponibile, soprattutto a fronte di una situazione caratterizzata da elevati livelli di frammentazione, quanto sottolineare che più di una decisione si è trattato di una sorta di riflesso condizionato e che nel dibattito non sono state seriamente esaminate alternative pure potenzialmente disponibili (interventi tramite altri soggetti, coordinamento realizzato attraverso strumenti diversi dall'unificazione in un unico soggetto aziendale).

La predominanza del disegno istituzionale rispetto al funzionamento aziendale e le forme assunte dal governo aziendale nel contesto pubblico rappresentano un secondo assunto che spiega alcune delle caratteristiche di funzionamento delle Usl. Si è detto come la necessità di garantire un approccio non settoriale agli interventi in campo sanitario abbia condotto a disegnare una azienda in cui fare confluire tutti i servizi. In realtà questa esigenza di coordinamento e integrazione degli interventi non riesce a valicare i confini aziendali, nel senso che la previsione di un soggetto istituzionale unico viene assunta come adeguata a rispondere ai fabbisogni generati da tale esigenza. Il solo fatto di essere collocati all'interno della medesi-

ma azienda e sottoposti, quindi, ad un unico organo di governo dovrebbe garantire l'integrazione dei servizi offerti. Tale visione, che porta a sottovalutare — se non ad ignorare — i complessi problemi di un funzionamento coordinato e finalisticamente orientato delle strutture aziendali, deriva in generale dalla sopravvalutazione, di cui si è già detto, degli assetti istituzionali rispetto a quelli aziendali e in particolare dal ruolo centrale assegnato al monopolio decisionale da parte dell'organo politico nel governo dei comportamenti aziendali. Infatti nel modello classico di pubblica amministrazione — con il quale è coerente l'impianto delle Usl — la neutralità della macchina amministrativa, resa possibile dalla predefinizione delle sequenze operative (procedure formalizzate), consente il governo di larghi apparati tramite il monopolio delle decisioni da parte dell'organo massimo di governo, il quale, a sua volta, deve essere legittimato attraverso il processo democratico elettivo (per via diretta o indiretta). Così la formalizzazione del processo decisionale (delibera) e l'attribuzione di tutte le decisioni a valenza esterna all'organo di governo dovrebbero assicurare a quest'ultimo il pieno e completo controllo di tutto il funzionamento aziendale e quindi garantire di per sé l'integrazione tanto ricercata.

Avendo risolto per via istituzionale il problema del funzionamento integrato — anche tramite il collegamento degli organi elettivi con il livello comunale ritenuto generalmente come il più adatto a cogliere i bisogni complessivi delle collettività amministrare — le strutture organizzative delle aziende, pur nelle differenze che contraddistinguono i diversi impianti regionali, assumono configurazioni che finiscono per ignorare largamente il problema del coordinamento dei diversi servizi. Infatti il modello di rife-

rimento diviene quello classico di tipo funzionale settoriale in cui le articolazioni organizzative si definiscono a partire dalla natura dei processi produttivi e/o delle competenze impiegate, piuttosto che orientarsi rispetto a specifiche aree di popolazione servite o di risultati da conseguire, e al contempo si sviluppano verticalmente secondo una configurazione «a canne d'organo» che implica una decisa indipendenza reciproca (Rebora, 1983). A rafforzare la separazione tra i diversi servizi (tale è la denominazione delle partizioni organizzative di primo livello) concorrono anche le previsioni normative che sottolineano spesso l'autonomia tecnico-funzionale di cui devono godere i servizi e la strutturazione collegiale degli organi di direzione di carattere strettamente aziendale (Ufficio di direzione e funzioni attribuite ai Coordinatori sanitari e amministrativi).

L'assetto appena descritto, che non risponde evidentemente alle esigenze dichiarate di integrazione orizzontale, stimola comunque l'adozione di logiche di integrazione, ma le colloca piuttosto lungo l'asse verticale. I servizi dotati di una loro indipendenza tendono a configurarsi come vere e proprie aziende nelle aziende ed, essendo costruiti attorno ai processi produttivi e alle funzioni, hanno confini che possono variare solo lungo l'asse verticale, rappresentato dall'insieme dei processi produttivi omogenei che configurano la funzione stessa. È questo uno dei motivi principali per cui si affermano logiche di integrazione verticale: ogni ridisegno in termini di riduzione dei confini operativi presidiati dalla funzione comporterebbe inevitabilmente una perdita di peso nei più complessivi equilibri aziendali e, al contrario, ogni internalizzazione aumenta il peso relativo del servizio e le sue potenzialità di sviluppo.

In estrema sintesi lo scenario del modello 833 è connotato dai seguenti elementi:

a) sistemi sostanzialmente piatti con un livello di programmazione e coordinamento regionale tendenzialmente debole e un livello operativo rappresentato dalle Usl;

b) Usl come organizzazioni istituzionalmente integrate nel senso che:
— le loro missioni e i loro campi di azione riflettono una visione ampia e unitaria della tutela della salute;

— la loro collocazione istituzionale si situa ad un livello in cui vengono interpretati e soddisfatti bisogni generali della collettività (livello sub-provinciale);

— risultano relativamente indipendenti le une dalle altre, essendo tendenzialmente votate ad un certo grado di autosufficienza e comunque con scarsi meccanismi di interrelazione reciproca;

c) a livello intraaziendale diffusione dello schema organizzativo funzionale settoriale che incentiva la ricerca di soluzioni verticalmente integrate.

3. La fase di deintegrazione

Lo scenario dieci anni dopo circa, all'inizio degli anni '90 appare radicalmente mutato, sia sul piano dei modelli prevalenti nei disegni istituzionali, sia sul piano delle dinamiche sostanziali.

3.1. Gli effetti del ridisegno istituzionale

Il tema dei cambiamenti apportati dalle riforme del 92/93 è ampiamente conosciuto e verranno ripresi solo alcuni punti o proposte interpretazioni particolarmente rilevanti ai fini delle tesi qui esposte (6). In generale — e anche se non esplicitamente dichiarato, né tantomeno discusso in questi

termini — il modello disegnato dai D.L. 502 e 517 ha alla base l'inversione del principio guida dell'integrazione che tanta parte aveva giocato nella costruzione del modello 833. Per una serie di motivi, che non è possibile qui nemmeno accennare, la crisi latente del modello precedente esplose dopo poco più di un decennio dalla sua nascita e alla ricerca dei vantaggi derivanti dall'integrazione si sostituisce la ricerca dei vantaggi conseguibili attraverso la deintegrazione e la specializzazione.

L'aspetto più evidente è la possibilità concessa alle regioni di scorporare gli ospedali di maggior dimensione e complessità per costituirli in aziende ospedaliere. Si tratta di una innovazione che presuppone, implicitamente o esplicitamente, una valutazione circa il maggior contributo che può provenire al sistema dall'introduzione di una azienda connotata da una missione molto più focalizzata e specializzata nei processi produttivi rispetto al permanere delle medesime attività in un contesto integrato. Bisogna sottolineare come tale lettura non si basa soltanto su una valutazione della scelta di scorporare ciò che precedentemente risultava istituzionalmente integrato, ma trova fondamento anche nelle regole e meccanismi chiamati a orientare i comportamenti delle nuove aziende. La decisione infatti di utilizzare come base per il finanziamento delle aziende ospedaliere un sistema tariffario, in un quadro di quasi-mercato (7), definisce in termini ancora più precisi la loro «specializzazione istituzionale» che si traduce sostanzialmente in una missione di produzione di prestazioni di ricovero e ambulatoriali. Così l'aumento dei fatturati (prestazioni per relative tariffe) e dei livelli di efficienza (struttura dei costi) sono gli obiettivi che il sistema, seppure con vincoli crescenti nel tempo, implicitamente pone agli ospedali azienda e

che gli ospedali stessi si impegnano a perseguire per garantirsi stabili sentieri di sviluppo.

Lo stesso sistema tariffario produce poi un ulteriore effetto di specializzazione su alcune unità del sistema quando si consideri il suo impatto sulla parte finanziata pubblicamente delle strutture di offerta private. Il passaggio dal sistema di finanziamento a giornata di degenza a quello tariffario basato sui Drg, non solo comporta un tendenziale aumento del peso della componente privata, non più limitata dal numero dei posti letto convenzionati, ma rende più agevole e conveniente la selezione del proprio mercato di riferimento e, in ultima analisi, l'adozione di strategie di specializzazione del proprio profilo di offerta.

Se gli ospedali azienda rappresentano l'aspetto evidente dei processi di specializzazione istituzionale, il cambiamento delle regole di sistema, e di quelle relative al finanziamento in particolare, implica anche una spinta alla specializzazione nelle aziende sanitarie territoriali (le Asl secondo la terminologia post riforma). Qualora si consideri il settore ospedaliero delle Asl, questo subisce un primo effetto come conseguenza delle scelte operate dalle aziende ospedaliere riguardo ai propri profili di offerta, ma soprattutto deve confrontarsi con dinamiche competitive in relazione alle attrazioni e fughe dei pazienti. È fisiologico che parte della risposta alle pressioni competitive venga dall'accentuarsi di elementi di specializzazione, affidando il perseguimento dell'equilibrio a un certo volume di compensazioni tra fughe ed attrazioni, piuttosto che puntare all'autosufficienza. È importante sottolineare come tutto ciò comporti una diminuzione sensibile del carattere di azienda integrata della Asl, facendo emergere obiettivi settoriali che non sempre si collegano direttamente alla missione affidata all'azienda. In

altre parole se la missione della Asl può essere, in termini molto semplificati, riassunta nella tutela della salute di una certa popolazione, il contributo che a tale missione proviene dal settore ospedaliero potrebbe essere di servire, per alcune specialità, un bacino più esteso e per altre di rinunciare a offrire i servizi. In ogni caso per una parte rilevante dell'azienda gli obiettivi si specializzano rispetto alla missione e assumono un carattere, per così dire strumentale e indiretto in relazione ai compiti ancora affidati all'azienda stessa.

Quest'ultima osservazione può essere in parte generalizzata, osservando come nei nuovi assetti l'aumento degli spazi di autonomia produce anch'essa una spinta, se non alla specializzazione, almeno ad una autonoma interpretazione della missione. Da questo punto di vista le aziende possono e in molti casi riescono a definire un proprio profilo strategico, e ciò significa, da una parte, assumere una specifica interpretazione della missione così come definita dagli assetti istituzionali e, dall'altra, selezionare dal novero delle potenziali configurazioni dei servizi offerti quella che si ritiene essere più adatta ai bisogni della popolazione e alle capacità dell'azienda. L'effetto complessivo è un sistema più interconnesso in cui le aziende — non replicando più esattamente il medesimo modello e non pretendendo di coprire con uguale intensità e nella medesima maniera tutti i bisogni che rientrano nella sfera della propria missione — aumentano il proprio grado di interdipendenza reciproca. Così come le proprie scelte influenzano il funzionamento delle altre aziende, le scelte e i comportamenti altrui condizionano sempre più lo spazio a disposizione dell'azienda per il perseguimento delle proprie finalità.

Una ultima notazione sulle conseguenze del ridisegno istituzionale ri-

guarda l'effetto combinato derivante dal mutamento della dimensione media delle aziende, passate nella maggior parte dei casi alla dimensione provinciale, e dell'introduzione di meccanismi di finanziamento più collegati ai livelli di funzionalità raggiunta (adozione del procapite e compensazione per la mobilità). I due fenomeni, insieme ad altre condizioni di contesto ed una naturale maturazione della cultura organizzativa e gestionale, hanno fatto progressivamente tramontare l'approccio funzionale settoriale a favore di logiche organizzative maggiormente orientate ai risultati finali (criteri divisionali, ovviamente declinati rispetto alle specificità delle aziende sanitarie pubbliche). Il cambiamento nei criteri di aggregazione delle attività — che passano da quelli connessi alla omogeneità e interdipendenza nei processi produttivi a quelli relativi alla popolazione servita e ai bisogni da soddisfare — attenua notevolmente la spinta all'integrazione verticale. Lo scenario organizzativo rispetto al modello 833 risulta radicalmente modificato. Le lunghe catene integrate e gerarchicamente ordinate (canne d'organo) tendono a sparire lasciando spazio ad una struttura più «reticolare», dove un insieme di unità di dimensioni più limitate — con maggiori gradi di autonomia e *accountability* conseguenti una migliore definizione ed esplicitazione dei risultati attesi — vengono coordinate e ordinate principalmente attraverso meccanismi operativi centrati sulla responsabilizzazione, piuttosto che sul controllo delle risorse e la sovraordinazione diretta (Adinolfi, 2001). Analogamente a quanto sottolineato per i sistemi sanitari nel loro complesso, anche a livello intraziendale aumentano quindi sia il «tasso di specializzazione», sia i gradi di interdipendenza tra le diverse unità.

3.2. Le dinamiche reali

Gli interventi sulle strutture e i meccanismi istituzionali sono modificazioni intenzionali apportate al funzionamento dei sistemi. Essi, da una parte, raccolgono delle spinte evolutive e, dall'altra, riorientano i comportamenti, generando a loro volta ulteriori spinte alla trasformazione. L'interazione tra interventi deliberati e tendenze evolutive spontanee determina gli effettivi percorsi di cambiamento seguiti dai sistemi. Non risulta, quindi, sempre agevole collocare le trasformazioni effettivamente osservate nell'una o nell'altra area. In questa prospettiva, alcuni fenomeni che vengono di seguito analizzati sono stati allocati tra le «dinamiche reali» per sottolineare come essi non derivino direttamente da interventi intenzionali, anche se da questi possono a volte ricevere un impulso o un rinforzo, e sembrano essere dotati di una maggiore «strutturalità», intesa come persistenza e dispiegamento degli effetti su archi temporali sufficientemente estesi.

Un insieme di cambiamenti, probabilmente poco appariscente nel suo progredire, ma che ha finito per modificare profondamente le coordinate nelle quali operano i sistemi sanitari è relativo al ruolo e ai comportamenti dei destinatari dei servizi. Una espressione alquanto abusata, ma che coglie alcuni tratti importanti del fenomeno, è quella che indica un passaggio dalla condizione di paziente a quella di cliente. In termini meno semplificati si tratta di un insieme elementi diversi che hanno aumentato l'influenza e il potere che i destinatari dei servizi, singolarmente o collettivamente intesi, riescono ad esercitare nei confronti delle aziende sanitarie pubbliche. Per comprendere la portata del passaggio è importante sottolineare come la condizione di paziente sia stata per lungo

tempo connotata per una duplice soggezione:

— quella che deriva da una condizione di inferiorità nella quale il cittadino viene a trovarsi di fronte a una amministrazione pubblica di tipo tradizionale che stenta a riconoscere il cittadino stesso come soggetto attivo e lo considera invece destinatario passivo delle proprie attività, privo di voce e diritti esigibili;

— quella che deriva dal potere che il medico, o altro professionista della sanità, esercita sul paziente per la relazione fiduciaria che viene ad instaurarsi, ma anche per via del chiaro squilibrio che connota il rapporto in termini di interessi coinvolti e di informazioni disponibili alle parti.

Entrambe le aree di soggezione sono state attraversate da modificazioni profonde, tra le quali è necessario ricordare almeno le seguenti:

— l'aumento esponenziale delle informazioni disponibili al paziente attraverso i diversi media, ma soprattutto attraverso internet, che ha diminuito, almeno nella percezione soggettiva del paziente, il *gap* informativo tra medico e paziente, per cui quest'ultimo tende a esercitare un ruolo più attivo rispetto alla definizione delle proprie esigenze e ai servizi a cui ritiene di dovere avere accesso;

— la diminuzione dei gradi di potere monopolistico di cui i singoli professionisti o le singole strutture godevano, diminuzione derivante non solo dalla riduzione dei costi complessivi di trasporto, ma anche dall'introduzione e rafforzamento di meccanismi di quasi-competizione, in pratica pazienti maggiormente informati tendono a selezionare le strutture di offerta attribuendo un peso minore al tradizionale fattore della localizzazione fisica, anche perché al diminuire dei costi di trasporto le aree geografiche prese in considerazione e concretamente raggiungibili tendono ad ampliarsi;

— la crescente legittimazione scientifica di una pluralità di approcci ai problemi della salute per cui il paziente può cercare — all'interno di un insieme sempre più ampio che viene sempre comunque ufficialmente definito come medicina — il tipo di risposta che meglio si adatta alle proprie convinzioni e visioni del mondo, è importante notare come ciò segni la fine di una sorta di «monolitismo scientifico» che aveva per lungo tempo caratterizzato la medicina e consegnato un potere nuovo al paziente rispetto ad un medico che non è più l'unico soggetto in grado di decidere ciò che è bene o male per il paziente stesso;

— l'introduzione di una serie di meccanismi — e quelli relativi al finanziamento in particolare — che esplicitamente collegano scelte e comportamenti degli utenti con un insieme di conseguenze, economiche e non, che si riflettono sulle aziende, da questo punto di vista le aziende sanitarie non possono rimanere indifferenti ai concreti comportamenti dei destinatari dei servizi perché da questi possono dipendere le possibilità di sviluppo dell'azienda stessa;

— la crescita generalizzata nei cittadini della consapevolezza circa i propri diritti, da una parte, e gli sforzi che le aziende pubbliche hanno da tempo intrapreso per garantire una effettiva esigibilità dei diritti, dall'altra, che hanno segnato un effettivo e consolidato *empowerment* degli utenti dei servizi pubblici, avvicinando molto la loro condizione a quella dei clienti in molte situazioni di mercato.

Le conseguenze derivanti dall'insieme di cambiamenti appena citati si estendono in diverse direzioni e alcune di esse verranno più avanti riprese. È qui sufficiente segnalare come si sia nei fatti ribaltato il rapporto tra azienda sanitaria pubblica e i destinatari dei servizi. Le aziende non sono più in una posizione sostanzialmente so-

vraordinata rispetto alle collettività servite e agli individui che le compongono, in una posizione in cui possono definire autonomamente ciò di cui essi hanno bisogno insieme ai servizi e alle attività che meglio rispondono a tali bisogni. I comportamenti degli individui, i giudizi che essi esprimono e che sorreggono le loro scelte non sono più influenti per il funzionamento del sistema aziendale. Il metro di giudizio con il quale l'azienda è chiamata a confrontarsi non è più solo quello del momento politico elettorale, ma ad esso si aggiunge la sua capacità di confrontarsi con le attese e le esigenze di coloro i quali fruiscono dei suoi servizi.

In realtà, il cambiamento potrebbe essere interpretato in termini ancora più radicali, focalizzando l'attenzione non tanto alla capacità di pressione che gli individui riescono ad esercitare sulle scelte aziendali, ma considerando il controllo che essi sono potenzialmente in grado di esprimere su ciò che essi ritengono costituire una risposta appropriata ai propri bisogni. In questa prospettiva l'individuo non è più il destinatario delle scelte dell'azienda, ma si pone al centro della scena analizzando i propri bisogni, organizzando i propri percorsi e assicurandosi le risposte che egli ritiene adeguate. Se precedentemente era l'individuo che doveva adattarsi al sistema, nel nuovo scenario è il sistema che deve raccogliere la sfida di adattarsi ai percorsi dell'individuo, o meglio, il sistema, e le aziende che lo compongono, devono essere in grado di rappresentarsi come lo spazio nel quali gli individui operano le loro scelte.

La tendenziale scomparsa del paziente, e la sua sostituzione con la figura del cittadino/cliente, rende molto più complesso il ruolo del sistema e delle aziende pubbliche, quando essi non vogliano ridursi al ruolo di meri erogatori di servizi e intendano conti-

nuare ad affermare un loro ruolo nell'interpretazione dei bisogni collettivi e nella predisposizione nelle modalità più opportune per soddisfarli. Infatti interpretazione dei bisogni, modalità di soddisfacimento ed erogazione dei servizi devono ora costantemente confrontarsi non con un destinatario, ma con un interlocutore in grado, in ultima analisi, di far valere in molti aspetti il proprio punto di vista in un contesto in cui si moltiplicano le alternative possibili (aziende pubbliche della stessa classe, altre aziende pubbliche, settore privato).

Una ultima notazione è necessaria per chiarire come quanto precede non voglia assolutamente rappresentare un giudizio, quanto piuttosto analizzare una tendenza ed esplorarne le conseguenze. Si potrebbe infatti discutere fino a che punto l'*empowerment* degli utenti, in alcuni settori particolarmente delicati come la sanità o l'istruzione, rappresenti una evoluzione positiva o non costituisca, piuttosto, una minaccia al perseguimento nel lungo periodo di più elevati livelli di efficacia, e anche di efficienza, dei servizi; o come una eccessiva enfasi su consumatori dei servizi non faccia venir meno la tutela dei diritti e dei bisogni della collettività nel suo complesso.

Una seconda area di profonda modificazione attiene ad alcune dinamiche che tendono a rendere mobili i confini aziendali, ciò significa che, fermo restando la missione aziendale e i bisogni da soddisfare, le aziende possono sempre più operare scelte diverse su quanto organizzare direttamente o quanto acquisire da altre aziende attraverso relazioni di mercato (8). La possibilità di isolare e rendere autonome parti anche rilevanti dei processi produttivi, di acquisirne i contributi anche dall'esterno e di reincorporare i risultati delle fasi eventualmente esternalizzate nei processi di erogazione dei servizi è solo una

parte del fenomeno. L'altra è che la possibilità di esternalizzare risulta sempre più sfruttata dalle aziende sanitarie pubbliche, così accanto ai fenomeni di deintegrazione istituzionale — che tendono a ridefinire le missioni delle aziende e di cui si è già detto — sono identificabili fenomeni per certi versi analoghi di ridefinizione dei confini operativi. È utile analizzare separatamente i due fenomeni appena indicati: la crescita delle possibilità di autonomizzazione delle attività, e delle connesse dinamiche di specializzazione, e quella della opportunità e convenienza rispetto alla esternalizzazione.

La possibilità di isolare alcune fasi dei processi che si svolgono all'interno di una azienda e di renderle relativamente indipendenti è il risultato di una complessa serie di variabili. In realtà una parte non irrilevante della letteratura organizzativa, quella relativa alla progettazione delle strutture, è tutta dedicata al tema di come articolare in unità relativamente indipendenti il complesso intreccio delle attività che si svolgono all'interno di una azienda, a quali siano i criteri per definire le dimensioni delle unità o le loro basi di aggregazione e disaggregazione. Non si vuole qui evidentemente affrontare il tema in termini così generali, ma segnalare soltanto alcuni elementi particolarmente rilevanti per le aziende sanitarie pubbliche, avendo presente un quadro sufficientemente generalizzabile di tendenziale abbandono delle strutture organizzative di grandi dimensioni, basate su logiche essenzialmente burocratiche, a favore di strutture organizzate su unità più piccole, caratterizzate da una più elevata flessibilità e migliore responsabilizzazione sui risultati.

Uno dei vettori più importanti di cambiamento per il funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche nell'ultimo decennio è stata sicuramente

l'introduzione dei sistemi di programmazione e controllo (Casati, 2000), (Francesconi, 2003). La maggior parte delle aziende sanitarie del Paese si sono infatti, in questo periodo, confrontate con la sfida posta dalla misurazione dell'attività prodotte e delle risorse assorbite per tutte le articolazioni della struttura organizzativa e dall'incorporazione di tali misure in un sistema coordinato di previsioni e verifica dei risultati effettivamente raggiunti. I risultati di tale sforzo possono essere variamente interpretati, ma almeno due effetti sono stati complessivamente generati:

— molte delle attività poste in essere dalle aziende pubbliche, e da quelle sanitarie in particolare, sono state per molto tempo considerate come non misurabili, anzi la non misurabilità è stata spesso assunta a base della decisione di affidare al settore pubblico il loro svolgimento, l'introduzione dei sistemi di programmazione e controllo ha posto il problema della misurazione come elemento centrale per la gestione, e partendo dalle attività tradizionalmente più misurabili ha via via esteso a la misurazione tutti i settori della vita aziendale;

— lo sviluppo dei sistemi in questione ha accompagnato, e in molti casi reso possibile, la già citata trasformazione degli assetti organizzativi dai tradizionali schemi funzionali settoriali di tipo accentrato verso modelli divisionali con responsabilità decenerate inserite in strutture tendenzialmente a matrice; la possibilità di responsabilizzare su risorse e risultati ha infatti, da una parte, reso possibile l'attribuzione di spazi significativi di autonomia, facendo venir meno la necessità di una rigida sovraordinazione gerarchica a fini di controllo e, dall'altra, consentito lo spostamento del problema del coordinamento, criterio spesso decisivo nelle scelte organizza-

tive, dalle risorse (schema funzionale) ai risultati (schema divisionale).

Alle spinte prodotte dall'introduzione dei sistemi di programmazione e controllo verso modelli meno aggregati e più reticolari si sono aggiunti gli effetti di altri due fenomeni che merita menzionare. Il primo riguarda la crescente possibilità di disgiungere processi e fasi precedentemente, anche fisicamente connessi. Un grande impulso in tal senso è venuto dallo sviluppo delle ICT (*information and communication technologies*), si pensi ad esempio alla trasmissione delle immagini che separa la prestazione dalla refertazione o a molti dei processi amministrativi e di supporto che oggi possono essere non solo delocalizzati rispetto alle attività operative, ma addirittura organizzati su base diffusa. Il secondo è connesso all'aumento delle dimensioni medie delle aziende sanitarie, determinato dal ridisegno degli assetti istituzionali, che ha aumentato le dimensioni disponibili per collocare le diverse attività. All'aumentare delle dimensioni, infatti, aumentano non solo le opportunità di perseguimento di economia di scala, ma si rendono disponibili anche fattori quali le conoscenze e competenze che possono consentire o rendere vantaggioso l'utilizzo di criteri di aggregazione diversi da quelli precedentemente utilizzati. A questo proposito è opportuno sottolineare come l'aumento delle dimensioni aziendali — e la conseguente possibilità di accedere a «tecnologie di gestione» più sofisticate — possa spesso comportare la diminuzione delle dimensioni medie delle unità organizzative, piuttosto che loro incremento come sarebbe intuitivamente prevedibile.

Sulla base delle osservazioni appena svolte è agevole comprendere l'entità e la natura del mutamento maturato negli scenari organizzativi delle aziende sanitarie pubbliche: laddove

in passato prevalevano strutture di maggiori dimensioni, e comunque prive di meccanismi di misurazione delle attività e dei risultati raggiunti, vi è ora un insieme più complesso — e al tempo più identificabile nei contributi singolarmente apportati al funzionamento complessivo — di unità connesso sia attraverso il disegno organizzativo (struttura), sia attraverso i meccanismi operativi (sistemi di programmazione e controllo in primo luogo). Tale evoluzione rende concretamente possibile ciò che prima era difficilmente immaginabile: l'acquisizione attraverso transazioni di mercato con soggetti esterni dei contributi fino ad allora apportati dalle unità organizzative interne. L'autonomizzazione delle attività e le competenze accumulate nel governo delle unità tramite sistemi di misurazione pongono quindi le scelte sui confini aziendali tra le variabili a disposizione delle aziende.

Per concludere, la riflessione sulle possibilità di ridisegno dei confini aziendali è opportuno segnalare come ad una maturazione delle condizioni interne si sia contestualmente accompagnata una evoluzione dell'ambiente esterno relativo all'offerta di servizi esternalizzati. Per le aziende del Ssn l'esternalizzazione di parte dei propri processi produttivi è sempre stata un dato fisiologico e le tradizionali forme di esternalizzazione sono sostanzialmente raggruppabili in due insiemi distinti.

Nel primo vanno inseriti i «servizi finali», vale a dire le prestazioni che il Ssn garantisce ai cittadini e che vengono prodotte e offerte da altri soggetti nel quadro di accordi e normative generali. Tipicamente tali servizi — come ad esempio le prestazioni di diagnostica strumentale o i ricoveri resi da soggetti accreditati — sono prodotti ed erogati in forma assolutamente autonoma, con scarsissime connes-

ni rispetto ai processi produttivi delle aziende sanitarie pubbliche. Il coordinamento si situa al livello di finalità da perseguire e avviene attraverso gli strumenti di programmazione e, più recentemente, la contrattazione. Il soggetto privato affianca, insomma, il suo sistema di offerta a quello dell'azienda pubblica, alcune volte anche in posizione di competizione, condividendo soltanto gli obiettivi finali del sistema nel suo complesso. Si tratta di un fenomeno che solo impropriamente può essere definito come esternalizzazione in quanto le scelte in questione si sono sempre collocate a livello di disegno istituzionale piuttosto che di politica aziendale.

Nel secondo insieme si collocano quelle che possono essere considerate come vere e proprie esternalizzazioni, cioè affidamento a soggetti esterni di processi produttivi i cui *output* concorrono alla produzione dei risultati finali dell'azienda stessa. Le caratteristiche dei servizi esternalizzati, e la corrispettiva offerta disponibile sul mercato, hanno per lungo tempo mantenuto caratteristiche abbastanza definite, sostanzialmente riconducibili a una loro distanza dai processi considerati *core* per l'azienda (servizi sanitari) e da una interconnessione con i restanti processi aziendali sufficientemente standardizzabile (*output* resi disponibili dal fornitore esattamente definibili nelle loro caratteristiche). I campi di elezione per tali processi erano quindi servizi come le pulizie, i pasti o le lavanderie.

Su entrambi i fronti si stanno producendo mutamenti rilevanti che possono essere letti nella tipologia di servizi che il mercato inizia ad offrire, avendo in ogni caso ben presente la stretta e dinamica interrelazione che esiste nelle due direzioni tra diffusione di alcune forme di esternalizzazione e creazione della corrispondente offerta. Se comunque per comodità espositiva si

usa l'offerta come chiave di lettura, si nota come il panorama si sia, rispetto al passato, notevolmente arricchito di servizi con caratteristiche molto diverse da quelle appena esposte. Il tratto comune che caratterizza la nuova tipologia di servizi è la profondità delle connessioni che essi hanno rispetto ai processi direttamente gestiti dall'azienda. Le frontiere aziendali non solo diventano mobili, ma possono diventare estremamente frastagliate, con servizi acquisiti esternamente che possono incunearsi fino a quello che era considerato il *core* delle attività aziendali. A mero titolo esemplificativo è possibile citare:

— la costituzione di *partnership* pubblico-privato in cui l'intreccio delle attività tra i due soggetti può essere tale da fare emergere la necessità di costituire un soggetto terzo per la gestione delle attività comuni;

— la stipula di accordi contrattuali di lungo periodo (anche oltre i dieci anni) come nel caso delle soluzioni di finanza di progetto, che per la loro estensione temporale, da una parte ipotecano i corsi di azione dell'azienda e, dall'altra, non possono essere dettagliatamente definiti e quindi implicano fiducia reciproca e allineamento dei rispettivi obiettivi (Amatucci, 2002);

— la fornitura da parte di imprese specializzate di servizi a carattere medico e sanitario intensamente inseriti e connessi nei processi di assistenza e cura come alcune prestazioni diagnostiche, le sale operatorie, le prestazioni di dialisi, la possibilità di utilizzo dei servizi offerti da tecnologie anche complesse (quindi non la messa a disposizione della sola attrezzatura), la fornitura di servizi agli utenti a partire da quella che precedentemente era la fornitura di beni (es. presa in carico del paziente per alcuni presidi);

— l'offerta sempre più ampia di *global services* in cui il fornitore si as-

sume la responsabilità complessiva, garantendone la funzionalità rispetto ai processi aziendali, di parti rilevanti della infrastruttura tecnica e tecnologica dell'azienda.

4. Scenario di riferimento, interventi regionali e sfide per il futuro

La fase di deintegrazione ha trasformato profondamente caratteristiche e modalità di funzionamento del Ssn e dei sistemi regionali che lo compongono. Gli aspetti di tale trasformazione cui, ancora una volta, è stata prestata maggiore attenzione sono quelli derivanti dagli interventi istituzionali. Questi, come è noto, hanno contestualmente:

— deintegrato, seppure in misura diversa, i sistemi attraverso una specializzazione dei compiti nel settore pubblico e un diverso ruolo attribuito a quello privato;

— offerto maggiori spazi di autonomia alle aziende, collegando in parte i meccanismi di finanziamento alle attività svolte e ad alcune misure di risultato;

— incentivato le aziende ad adottare comportamenti coerenti rispetto agli stimoli provenienti dall'ambiente, e dai sistemi di finanziamento in particolare.

Rispetto al panorama precedente le aziende si sono messe in moto ed hanno iniziato a perseguire con più elevata capacità, ma anche determinazione, gli obiettivi che il sistema, esplicitamente o implicitamente, poneva loro. Evidentemente, se in una prima fase il perseguimento di obiettivi particolari migliora il livello medio di efficienza senza generare costi di sistema, oltre un certo livello il rischio che si producano condizioni per giochi a somma minore di zero, diventa concreto. Anche senza ipotizzare comportamenti opportunistici, è probabile che i vantaggi cui si rinuncia non incentivando

comportamenti cooperativi eccedano ad un certo punto i guadagni di efficienza.

Se si considera la traiettoria seguita da molti sistemi regionali a partire dalle riforme dei primi anni '90, l'ipotesi appena menzionata trova una puntuale conferma. Passati pochi anni dalla sua introduzione, in cui le regioni hanno semplicemente adottato il modello 502/517 o addirittura incentivato dinamiche competitive, le stesse regioni hanno, infatti, cominciato ad intervenire per attenuare la possibilità di comportamenti troppo «aggressivi» e i vantaggi che da essi ne potevano conseguire. Il terreno delle regole di finanziamento è stato quello prioritario, anche perché le tensioni sulle risorse hanno rappresentato la fonte di principale preoccupazione per i livelli di governo regionali. Da una iniziale previsione, spesso implicitamente sostenuta, di regimi concorrenziali «aperti» tra i diversi produttori (pubblici e privati) — in cui il sistema attraverso le aziende territoriali avrebbe dovuto finanziare tutta la produzione effettivamente registrata — molte regioni sono passate a meccanismi che imponevano o stimolavano la ricerca di comportamenti coerenti con le compatibilità almeno finanziarie, se non programmatiche del sistema.

I meccanismi in questione, sperimentati da diverse regioni, possono essere riferiti a due principali filosofie di intervento che non escludono anche possibili forme di convivenza. Il primo approccio è quello dei «tetti» ovvero di un blocco delle variabili finanziarie ad un qualsiasi livello. Le diverse tipologie di tetto finora sperimentate possono essere riassunte in:

— tetti di sistema come quello adottato per alcuni anni in Lombardia, in cui la regione predefinisce l'ammontare di risorse destinate ad un certo settore (quello ospedaliero nel caso specifico) e se l'insieme della produzione

da finanziare eccede il predefinito, vengono percentualmente ridotte le tariffe;

— tetti di struttura, il più diffuso e tuttora adottato da molte regioni, in cui ad ogni produttore viene assegnato un volume massimo di produzione in termini finanziari, solitamente definito su base storica, superato il quale le prestazioni non vengono remunerate o vengono valorizzate a tariffe decrescenti;

— tetti per origine, in cui viene predefinito, sempre in termini finanziari, il volume di prestazioni destinabili ad una certa popolazione/tipologia di prestazioni e se il volume di quelle effettivamente erogate eccede quello previsto i produttori che hanno offerto le prestazioni in questione si vedono ridotte le tariffe, si tratta in effetti di un tetto di sistema applicato ad un suo sottoinsieme per normalizzare, rispetto a *standard* di programmazione, il consumo dei servizi.

Il secondo approccio preferisce affidare il perseguimento di livelli superiori di razionalità ad una programmazione volontaria di tipo *bottom up*. La regione che per prima ha spinto per l'utilizzo di tale sistema è stata l'Emilia Romagna, la quale, nel quadro di un sistema di programmazione negoziata regionale sufficientemente robusto, ha previsto la possibilità di regolare i rapporti tra Asl e azienda ospedaliera del medesimo ambito territoriale tramite un accordo contrattuale di tipo complessivo. La struttura del contratto contiene tipicamente un corrispettivo globale per un ammontare indicativo di prestazioni e accordi specifici per il potenziamento o il ridimensionamento di alcune aree di prestazione secondo le priorità definite dalla azienda territoriale. Il contratto può inoltre contenere obiettivi di riduzione del ricorso a produttori di altri contesti territoriali al raggiungimento dei quali i benefici economici che ne conseguono

non vengono equamente ripartiti tra le due aziende.

Bisogna sottolineare come l'utilizzo del termine contratto debba essere considerato, soprattutto nel caso di rapporti tra aziende pubbliche, come meramente evocativo, essendo probabilmente più adeguato un riferimento a processi di programmazione e concertazione dal basso. Infatti il contratto svolge più un ruolo di allineamento preventivo dei comportamenti e di definizione degli ambiti di responsabilità che di allocazione dei rischi economici, come avviene per i contratti in condizione di scambi di mercato. Se, ad esempio, il volume di prestazioni effettuate dall'azienda ospedaliera eccedesse significativamente quello assunto a base degli accordi, non sarebbe realistico attendersi una semplice «esecuzione delle clausole contrattuali», ma sulla base del contratto inizierebbe inevitabilmente una negoziazione sulle responsabilità, mentre le conseguenze economiche non potrebbero che essere sopportate dalla «proprietà» (regione). Una ultima notazione sui contratti, o meglio sui meccanismi di programmazione negoziata interaziendale, è relativa alla loro crescente diffusione. Un numero crescente di regioni infatti tende a rafforzare una assunzione congiunta di responsabilità da parte di più aziende e a considerare in maniera integrata gli obiettivi economici e di attività da conseguire da parte di aree subregionali che comprendono più aziende.

L'evoluzione appena descritta — e in particolare il rafforzamento dell'approccio contrattuale-programmatico — è indicativa rispetto ai problemi con i quali sono chiamati a confrontarsi i sistemi regionali e mostra, in maniera sufficientemente definita, le direzioni di intervento attualmente intraprese. In termini molto ampi e generali si può affermare che la fase attuale e il prossimo futuro saranno con-

traddistinti dai problemi di riconnessione e messa in rete di aziende autonome che condividono tra loro risorse, ambienti di azione e, in parte, obiettivi e finalità (Lega, 2003).

In questa prospettiva è significativo che molte regioni abbiano superato la fase dell'intervento, per così dire, difensivo sui meccanismi di finanziamento, teso alla eliminazione di incentivi all'azione che iniziavano a rivelarsi controproducenti a livello di funzionamento di sistema nel suo complesso, una fase, peraltro, ancora segnata da logiche di regolazione di tipo automatico ed impersonale. I tetti di varia natura e specie, rappresentano infatti regole e vincoli che si pongono come neutrali nei confronti degli obiettivi che le aziende intendono perseguire, situandosi tra le condizioni di ambiente rispetto alle quali ogni singola azienda definisce autonomamente i propri corsi di azione. In altre parole, possono limitare comportamenti eccessivamente competitivi o focalizzati sui propri obiettivi, ma non stimolano il coordinamento e la cooperazione.

Uno degli indici di complessità di un sistema è la scarsa probabilità che esso si avvicini ai risultati potenzialmente ottenibili sulla base di comportamenti orientati da singole convenienze e guidati da regole impersonali. Più un sistema è complesso, più necessita di adattamenti reciproci coerenti con la rete di interrelazioni che collega i diversi attori e di comportamenti coordinati in grado di catturare i vantaggi realizzabili a livello di sistema e non catturabili dalle singole aziende. Da questo punto di vista, molti sistemi sanitari regionali hanno superato una vera e propria soglia di complessità, data dalla numerosità degli attori, dalla intensità e qualità delle interrelazioni, dalla capacità delle aziende di esprimere comportamenti autonomi, dalle potenzialità di specia-

lizzazione e redistribuzione dei compiti offerte dai progressi scientifici, tecnologici e gestionali. Esempi emblematici del cambiamento di prospettiva sono osservabili richiamando le dinamiche che stanno attraversando alcuni sistemi sanitari regionali.

Un primo caso è quello della Lombardia, la quale sotto molti aspetti è la regione che più di altre ha adottato logiche di deintegrazione e stimolato la competizione (9). Negli ultimi due anni, insieme ad una diversa formulazione della politica dei tetti maggiormente orientata ad una omogeneizzazione dei consumi tra le varie aree geografiche, la regione, dapprima in via sperimentale e poi in via definitiva, ha previsto e incentivato la sottoscrizione di contratti tra aziende territoriali e cosiddetti soggetti erogatori. Nel Piano socio sanitario 2002-2004 (Regione Lombardia, 2002) si legge infatti: «... è necessario procedere alla sperimentazione di modelli negoziali che vedano la possibilità di contrattare le tariffe per tipologia di prestazioni in relazione ai volumi delle stesse. Analisi della domanda, definizione del fabbisogno di prestazioni e servizi, definizione delle modalità più efficaci ed efficienti di erogazione delle stesse, individuazione dei criteri di remunerazione, messa a punto di sistemi di monitoraggio e controllo sono i contenuti che dovranno essere comunque esplicitati e perseguiti nella definizione dei contratti». Come si evince chiaramente il contratto viene visto come strumento per costruire una *partnership* e una corresponsabilizzazione tra chi ha una prevalente missione di tutela della salute nei limiti delle risorse a disposizione e chi — pubblico o privato che sia — si concentra sulla produzione dei servizi. Non è difficile immaginare che alla base di tale scelta vi sia una valutazione per cui, una volta distinti i ruoli, le reciproche interdipendenze rispetto ai risultati finali da

garantire, non siano governabili attraverso meccanismi automatici, ma necessitino di strumenti più complessi di dialogo e allineamento reciproco, in termini sia di obiettivi sia di gestione operativa.

Mentre la Lombardia è intervenuta esclusivamente sui meccanismi che legano tra loro le diverse aziende del sistema, la Toscana ha innovato anche sul piano della struttura istituzionale. Già con la L.R. 22/2000 la Toscana aveva individuato nelle tre (pisana, senese e fiorentina) aree vaste — ambiti geografici interprovinciali connotati dalla presenza di almeno una azienda ospedaliera — il livello «ottimale per atti di concertazione» attinenti la programmazione, organizzazione e gestione dei servizi. In tale ambito veniva anche prevista la possibilità di concordare tra le aziende le tariffe, e in generale le condizioni di finanziamento, delle aziende ospedaliere. Recentemente, inoltre, la regione ha rafforzato il ruolo attribuito all'area vasta imponendo un più stretto coordinamento tra i piani strategici delle aziende partecipanti e la creazione di organismi stabili di concertazione. Andando oltre rispetto all'integrazione assicurata dai soli meccanismi, sono stati recentemente (delib. CRT 144 del 25 settembre 2002) costituiti i Consorzi di area vasta. Si tratta di società pubbliche interaziendali che devono occuparsi delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende consorziate. Le funzioni al momento identificate sono: gestione dei magazzini, gestione dei sistemi informatici, gestione contabilità del personale, del patrimonio per le funzioni in materia di manutenzione, degli appalti e alienazioni, della formazione del personale, degli affari legali e infine della gestione delle procedure concorsuali del personale. La formula prevede una sorta di organizzazione virtuale per cui il personale del consorzio è so-

stanzialmente quello utilizzato dalle aziende per le funzioni trasferite, personale che, però, non viene fisicamente trasferito, ma posto sotto la direzione della nuova azienda. L'idea è quella di costruire una azienda «diffusa» in cui ogni singolo polo (aziende partecipanti) possa specializzarsi, per conseguire, soprattutto nelle funzioni di acquisto, oltre ai vantaggi derivanti dalla scala delle operazioni anche quelli derivanti da un maggior tasso di specializzazione.

Indipendentemente dai giudizi, ancora prematuri, circa i gli effettivi risultati prodotti dai consorzi, l'innovazione toscana risulta particolarmente interessante, almeno, per i seguenti motivi:

— è la dimostrazione di come il tema dei confini aziendali si imponga, in termini profondamente rinnovati, all'attenzione delle aziende sanitarie pubbliche, i confini fisici e operativi tra consorzio e aziende che vi partecipano non sono così netti come era ritenuto necessario in passato per avere aziende distinte, e d'altra parte questa redistribuzione dei compiti dovrebbe consentire a ciascuna delle aziende una migliore focalizzazione e specializzazione rispetto alla propria missione;

— risponde ad una necessità di coordinamento tra aziende che condividono molti elementi centrali per il loro funzionamento e che trova difficoltà di realizzazione adeguata quando rimane confinata al solo piano dei meccanismi e non si estende a livelli più operativi;

— rende evidente la possibilità di realizzare sinergie su processi gestionali e operativi su dimensioni progressivamente sempre più ampie, non raggiungibili dalle singole aziende.

Un terzo caso, di un certo interesse per gli argomenti qui svolti, è quello della regione Marche. Nonostante le ridotte dimensioni in termini di popo-

lazione, le Marche hanno finora mantenuto una struttura istituzionale molto frammentata composta da tredici aziende territoriali e quattro ospedaliere. Da questo punto di vista la regione non ha attraversato, come molte altre, la fase di aumento delle dimensioni medie conseguente alla riforma dei primi anni '90. Dopo un lungo e difficile dibattito politico e sociale sembra ormai certa la trasformazione del sistema con la costituzione di una sola Asl regionale e di due aziende ospedaliere. Il punto rilevante è dato dalla ridislocazione dei compiti e delle funzioni che la Asl unica comporrà. Infatti uno degli scopi del riassetto è quello di conseguire un maggiore livello di razionalità ed economicità del sistema attraverso i vantaggi di una integrazione che non sia il semplice aumento delle dimensioni medie dei processi aziendali, ma che separi alcuni processi attualmente integrati a livello locale e li riposizioni su scale più adeguate. Così alcuni dei processi amministrativi verranno portati a livello regionale e molti a livello provinciale, mentre alcune attività sanitarie saranno operativamente gestite su scale più ampie di quelle attuali. Il risultato cui sembra tendere la riforma è quello di costruire all'interno di confini aziendali, ormai quasi sovrapponibili quelli del sistema stesso, una rete in cui le diverse attività aziendali, da una parte trovino specifiche dimensioni e livelli di aggregazione adeguati alla natura dei servizi da offrire e dei processi produttivi necessari e, dall'altra, siano riconnessi all'interno di quadro unitario in grado di valorizzare e sfruttare le sinergie di sistema.

È necessario infine menzionare, molto sinteticamente, almeno altri due casi regionali che si muovono nella direzione indicata. Il primo è quello della regione Piemonte che è impegnata in una azione di rafforzamento del ruolo dei «quadranti» come momento

di coordinamento e raccordo per le politiche delle aziende attraverso la costruzione di un documento di programmazione generale di quadrante in cui inserire i piani delle singole aziende. Il secondo è rappresentato dalla regione Emilia-Romagna, la quale pur avendo già incentivato forme di integrazione e coordinamento a livello locale, come quelle esistenti tra aziende territoriali e ospedaliere afferenti al medesimo ambito territoriale, ha recentemente previsto nella delibera sul finanziamento 2003 (delib. G.R. n. 896 del 2003) un rafforzamento del ruolo delle cosiddette macro-aree (Nord Emilia, Area di Bologna e Ferrara, Romagna). In particolare per ognuna delle tre aree, le aziende dovranno: promuovere comuni strategie d'acquisto; attuare idonee procedure e comuni strumenti di gara, semplificando i processi d'acquisto; individuare modelli organizzativi funzionali all'acquisto, approvvigionamento e distribuzione dei beni; attivare strumenti di monitoraggio. È inoltre previsto per le medesime aree uno studio di fattibilità sulla possibile l'unificazione della gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale.

In sede di conclusioni è opportuno, a questo punto, cercare di valutare se gli interventi posti in essere siano adeguati rispetto alle dinamiche descritte nelle pagine precedenti e, più in generale, quali possano essere gli elementi di criticità con cui i sistemi regionali dovranno confrontarsi.

Da quanto fin qui esposto dovrebbe emergere con sufficiente chiarezza come gli interventi sui sistemi sanitari abbiano nel corso degli anni '90 cambiato gradualmente direzione. Alla ricerca di strutture e meccanismi in grado di spingere le aziende a perseguire — con sempre maggiore efficienza e anche attraverso stimoli competitivi — i propri specifici obiettivi, si sono

sostituiti preoccupazioni e orientamenti di tipo diverso. Il pendolo sembra oggi oscillare verso il recupero di comportamenti collaborativi e la costruzione di condizioni (regole e strutture) nei sistemi affinché ciò possa non solo avvenire, ma essere stimolato. Tale evoluzione è facilmente comprensibile considerando, da una parte, l'inerzia e le curve d'apprendimento che caratterizzano i sistemi per cui un insieme di stimoli in una determinata direzione produce da un certo punto in poi effetti controproducenti, dall'altra i processi che hanno fatto aumentare la complessità dei sistemi stessi rendendo più problematico il rapporto tra perseguimento degli obiettivi aziendali e razionalità di sistema.

In questo cambiamento di direzione e nell'abbandono di alcune priorità a favore di altre è insito un pericolo. La risposta ai problemi che il modello 833 aveva fatto emergere si è rivelata complessivamente efficace. L'adozione di meccanismi competitivi uniti a un'enfasi sui risultati economici e sorretti da regole caratterizzate da scarsa discrezionalità (finanziamento procapite e tariffe) sono riusciti a disciplinare i comportamenti delle aziende pubbliche e a spingerle verso modalità di funzionamento più coerenti con le missioni loro assegnate. Ciò in parte è dovuto alla semplificazione operata dai sistemi di quasi-mercato rispetto ai complessi problemi delle condizioni di buon funzionamento e di economicità di una azienda sanitaria pubblica. L'idea, sostanzialmente errata, ma largamente diffusa e accettata — dopo non poche resistenze — che gli equilibri di bilancio siano condizione non solo necessaria, ma anche sufficiente per segnalare il buon funzionamento ha contribuito in maniera decisiva alla responsabilizzazione dei comportamenti e al loro riequilibrio in senso aziendale, dopo l'enfasi sulla dimensione politica che aveva caratterizzato

il periodo precedente. Ora si prende atto che i risultati in un sistema complesso e interconnesso non sono così chiaramente ascrivibili ad una azienda piuttosto che un'altra, che può essere controproducente isolare una azienda dall'altra perché una maggiore chiarezza sulle responsabilità può costare molto sul fronte dell'efficacia e dell'efficienza di sistema. Il pericolo è che responsabilizzazione e spinte all'efficienza non siano sufficientemente consolidate per reggere ad un ambiente in cui le responsabilità vengono declinate in maniera più condivisa e le regole diventano meno automatiche e più negoziali. Il sentiero stretto dei sistemi regionali sarà proprio nella capacità di riorientare priorità e regole verso una assunzione di responsabilità comuni e condivise da parte di più aziende, mantenendo una sufficiente tensione sui risultati specifici di ogni singola azienda.

Un elemento di problematicità ancora maggiore è costituito dalla profondità dei mutamenti generati da quelle che sono state qui definite come dinamiche strutturali. Gli interventi nei sistemi regionali, se pure correttamente orientati, sembrano non avere del tutto compreso la reale natura ed estensione delle trasformazioni in atto. Essi sembrano infatti averne colto quasi esclusivamente la dimensione economica e finanziaria e avere approntato le risposte solo su tale terreno. Così l'enfasi principale viene posta sul rispetto delle compatibilità economiche non più responsabilità della singola azienda, ma di un insieme di esse. La stessa spinta verso momenti di programmazione congiunta e di allineamento di obiettivi e comportamenti rischia di assumere un valore meramente strumentale rispetto al raggiungimento degli obiettivi economici.

In realtà, se l'analisi che è stata qui proposta corrisponde ai processi di

cambiamento effettivamente in atto, la sfida è ben più profonda e difficilmente potrà essere affrontata solo sul fronte delle risorse. Come si è già avuto modo di sottolineare: sono cambiati i destinatari dei servizi, trasformati in soggetti attivi che organizzano le risposte ai propri bisogni; è cambiata la struttura di offerta, ora popolata di più attori sia in senso orizzontale, soggetti che erogano servizi finali (10), sia in senso verticale, fornitori di servizi intermedi; è cambiato lo spazio strategico delle aziende sanitarie pubbliche, che non solo si è ampliato per la crescita delle capacità di azione maturata in questi anni all'insegna dei processi di aziendalizzazione, ma si è arricchita di una dimensione importante come quella relativa al disegno dei confini aziendali. In questo contesto il problema di come il sistema si possa «ordinare» — ovvero di come i diversi soggetti si dislochino utilmente e senza sovrapposizioni distruttive nel sistema e riescano a connettersi tra di loro garantendo adeguati livelli di razionalità complessiva — è più urgente e richiede approcci innovativi. È più urgente e al contempo più difficile da realizzare perché l'assetto istituzionale, la definizione da parte di un soggetto sovraordinato dei compiti e comportamenti di ciascuno, non riesce a ordinare più il sistema in presenza di una pluralità di soggetti a forte autonomia, a partire dai destinatari dei servizi.

In questa situazione perché il sistema riesca ad ordinarsi — non essendo più ordinabile dall'esterno — sono necessarie due condizioni che in parte si intrecciano e che possono essere considerate come le sfide che attendono le aziende pubbliche sul terreno delle aziende sanitarie. La prima attiene alla capacità delle aziende che popolano il sistema di pensarsi come rete interconnessa e ciò implica almeno:

— l'abbandono di una concezione «autarchica» e autoreferenziale, o nel migliore dei casi ristretta al solo rapporto diretta con il destinatario, nel modo di concepire l'azienda e i suoi rapporti con l'ambiente;

— lo sviluppo della capacità di vedere l'insieme di connessioni e interdipendenze che porta la parte della rete in cui ciascuno è, in quel momento, chiamato ad operare a rispondere alle esigenze della collettività, condizione questa indispensabile per lo sviluppo del sistema;

— lo sviluppo di una attenzione a ciò che avviene ai confini dell'azienda — ai punti di contatto e interazione con altre aziende e l'ambiente in generale — almeno pari a quella che le aziende hanno tradizionalmente posto rispetto ai propri processi interni, posta da un altro punto di vista significa la consapevolezza che contributi positivi e competenze distintive possono essere sviluppate, non solo nella produzione di servizi, ma anche nella capacità di acquisire e connettere processi e risultati in maniera tale da fornire una risposta ai bisogni.

La seconda concerne la capacità, per chi ne ha possibilità e responsabilità istituzionale di contribuire a plasmare un ambiente in cui le condizioni precedentemente citate si possano realizzare. Ciò significa un mutamento di ruolo per la regione, la quale deve affidare le proprie strategie di intervento meno all'esercizio di poteri sovraordinati, la cui efficacia risulta visibilmente diminuita, e più alla capacità di influenzare percezioni, convenienze, capacità e comportamenti.

Non si tratta di mutamenti di poco momento e in parte i percorsi non sono ancora del tutto chiari e prevedibili, ma quella indicata pare una strada obbligata se le aziende pubbliche vogliono ancora assolvere un ruolo che non può essere se non quello di soggetti che intendono intervenire nell'orien-

tamento del sistema piuttosto che adattarsi alle dinamiche che esso esprime.

(1) Una chiara formulazione di come i livelli di funzionalità dei sistemi pubblici dipendano dalle reciproche interrelazioni tra assetti istituzionali, politici e aziendali e dalla qualità dell'equilibrio che essi concretamente realizzano si trova in Borgonovi (2000). Per uno sviluppo del tema si rimanda a Del Vecchio (2001).

(2) Sul modello 833 e le sue caratteristiche di funzionamento si veda Borgonovi (1988).

(3) Si tratta in questo caso di un passaggio inverso rispetto a quello segnalato da molti autori (si veda per tutti Fiorentini, 1990) che indicano nel passaggio dalla sovraordinazione alla logica di scambio il percorso evolutivo della pubblica amministrazione.

(4) L'evoluzione del Ssn dal punto di vista del finanziamento e bene illustrata in (Dirindin, 1996).

(5) Rimarrebbe peraltro da valutare, ma l'argomento esula dai contenuti del presente articolo, se tali *deficit* dovessero essere ascritti alla cattiva gestione o almeno a un carente controllo finanziario, cui porre rimedio tramite una gestione più centralizzata, o rappresentassero la modalità implicitamente prescelta per finanziare una fase in cui i livelli di sviluppo della società italiana richiedevano tassi di aumento dei servizi collettivi in campo sanitario che la struttura e le caratteristiche della finanza pubblica non erano ancora in grado di sostenere.

(6) Sulla riforma si rimanda a Zangrandi (1999).

(7) I sistemi di quasi mercato prevedono: il permanere sotto la responsabilità del sistema pubblico dei settori oggetto dell'intervento (gratuità o quasi gratuità); l'introduzione di una qualche forma di collegamento tra quantità e qualità di servizi offerti e risorse finanziarie messe a disposizione dell'azienda; l'aumento dei gradi di autonomia concessi; la rottura delle protezioni monopolistiche tramite l'introduzione o il rafforzamento di meccanismi concorrenziali (Bartlett e Le Grand, 1993), (Saltman, 1996). Sui modelli di finanziamento adottati dalle diverse regioni si veda Jommi (2000).

(8) Si tratta della classica alternativa tra organizzazione e mercato. Per una raccolta dei testi base sull'argomento ancora attuale si veda Nacamulli e Rugiadini (1985).

(9) Si ricorda come il modello di sistema regionale adottato dalla Lombardia preveda lo

scorporo di tutti gli ospedali dalle aziende territoriali e la loro costituzione in aziende. Al settore ospedaliero viene inoltre affidata la responsabilità di tutta l'attività specialistica ambulatoriale. Per quanto concerne la competizione, soprattutto tra pubblico e privato, la regione ha fatto di tale punto un preciso impegno politico, promuovendo anche campagne di informazione a favore della libertà di scelta.

(10) Bisogna anche tenere conto che il passaggio spesso invocato, e in parte realizzato nei comportamenti effettivi degli individui, da una concezione di *healthcare* ad una di *well-being* allarga notevolmente lo spettro degli attori in questione. Un segnale importante di tale passaggio è l'ampliamento dello spettro di attori coinvolti sui temi della salute come accade in Emilia-Romagna con i Piani per la salute. Secondo il piano sanitario 1999-2001 il Piano per la salute rappresenta «il piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento della assistenza sanitaria e richiede il coinvolgimento più vasto possibile, il rafforzamento delle alleanze esistenti e la creazione di nuove». Si basa infatti sul presupposto che le attività di molte istituzioni (particolarmente gli enti locali) e gruppi organizzati, oltre al Servizio sanitario, hanno un potenziale importante impatto sulla salute della comunità.

BIBLIOGRAFIA

- ADINOLFI P. (2001), «L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 37.
- AMATUCCI F.M. (2002), *Il project finance nelle aziende pubbliche*, Milano, Egea.
- BARTLETT W., LE GRAND J. (1993), «The theory of quasi-markets», in Bartlett, W. e Le Grand, J. (a cura di), *Quasi-markets and social policy*, London, The MacMillan Press.
- BORGONOV E. (1988), «Il SSN caratteristiche funzionali e strutturali», in Centro Studi Confindustria (a cura di), *Lo stato come spende*, Milano, edizioni del Sole 24 Ore.
- BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- CASATI G. (a cura di) (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw Hill.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche: economicità*,

- controllo e valutazione dei risultati*, Milano, EGEA.
- DEL VECCHIO M. (2002), «La resistibile ascesa dei nemici delle aziende pubbliche», *Salute e Società*, 1.
- DIRINDIN N. (1996), *Chi paga per la salute degli italiani?*, Bologna, Il Mulino.
- FIorentINI G. (1990), *Amministrazione pubblica e cittadino*, Milano, EGEA.
- FRANCESCONI A. (2003), *Misurare, programmare e controllare: applicazioni alla sanità e agli enti locali*, Padova, CEDAM.
- JOMMI C. (2000), «I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende sanitarie», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- LEGA F. (2003), *Gruppi di aziende e reti organizzative in sanità. Aspetti di strategia, organizzazione e gestione*, EGEA, Milano.
- NACAMULLI R.C.D., RUGIADINI A. (a cura di) (1985), *Organizzazione e mercato*, Bologna, Il Mulino.
- REBORA G. (1983), *Organizzazione e direzione dell'ente locale*, Milano, Giuffrè.
- SALTMAN R.B. (1996), *Thinking about planned markets and fixed budgets*, in Schwartz F.W., Glennester H. e Saltman R.B. (a cura di), *Fixing health budgets: experience from Europe and North America*, Chichester, John Wiley & Sons.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche: aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche*, Milano, Giuffrè editore.

LA SCELTA DEL LUOGO DI CURA: MODELLI DECISIONALI DI PAZIENTI E MEDICI

Oussama Al Farraj¹, Gabriele Messina¹, Franco Sassi³, Americo Cicchetti², Nicola Nante¹

¹ Università di Siena - Istituto di Igiene

² Università Cattolica del «Sacro Cuore» di Roma - Istituto di Igiene

³ London School of Economics and Political Science - Department of Social Policy and Administration

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Materiali e metodi - 3. Risultati e considerazioni - 4. Conclusioni - 5. Appendice.

The aim of this study is to determine a statistical model capable of explaining (and forecasting) the choices of patients and their doctors (GPs) regarding hospitals for admission. Using focus groups and interviews carried out on samples of patients and GPs, we found that the main determinants for these choices were: reputation of the hospital, waiting times, distance, co-operation of the GP with the hospital. By performing a factorial analysis on the replies given by a sample of people interviewed we investigated the connections between the decisional criteria shown above and their relative weights. By means of a Discrete Choice model (a development of the Conjoint Analysis technique) we investigated the differences between the values of the variables-attributes (the above-mentioned motivations determining patient migration) in the hospital of Destination (where admission actually took place) and that of Origin (the hospital of reference for the patient's home district), observing that: (a) the deciders are willing to sacrifice the benefits of a hospital facility near home for one with a better reputation; (b) as the level of reputation of the Destination hospital grows with respect to the one of Origin, the decider's utility also grows and with it the probability of migration. The deciders follow a good reputation, independently of how far away the hospital is. The probability of the patient migrating does not diminish as the distance involved increases; (c) an improvement in the waiting times in favour of the Destination hospital causes an increase in the probability of migration on the part of both «do-it-yourself» patients and of those sent by their GPs. Long waiting times in the nearby facility with respect to the distant one increase, rather obviously, the probability of the patient migrating. The reduction in the waiting times can limit this migration; (d) The less co-operation there is between the GP and the reference hospital, the greater is the tendency to admit patients to far-off facilities; (e) Different profiles can be seen in the curves referring to the patients' and doctors' decisional models.

1. Introduzione

La mobilità sanitaria, intesa come effetto della possibilità di scelta del luogo di cura da parte del paziente (o del suo medico di fiducia in funzione di «agente»), da sempre determinante per l'equilibrio economico delle strutture sanitarie private, è divenuta tale anche per le strutture pubbliche a seguito dall'entrata in vigore del D.L.vo 502/92.

Si intende per mobilità sanitaria il fatto che persone residenti in una determinata area (ad es. una Unità sanitaria locale o una Regione) si rechino a fruire di prestazioni presso strutture

sanitarie di aree diverse (Ministero della sanità, 1996).

Si calcola che in Italia circa un paziente su dieci si ricovera in ospedali di regioni diverse da quelle di appartenenza (Biscella, 1998); su circa 10.000.000 di ricoveri annui, ciò significa circa 1.000.000 di spostamenti (Ministero della sanità, 2000).

Lo studio dei meccanismi che sono alla base di un fenomeno di tali dimensioni, ancor più che per i risvolti finanziari, è importante ai fini della programmazione sanitaria.

Esistono due tipologie di spostamenti:

— una deriva da motivazioni oggettive, legate alla carenza effettiva di

strutture sanitarie di riferimento. In questo caso, si tratta di fughe obbligate, determinate da fattori estranei alle preferenze del paziente;

— una è legata a motivazioni soggettive. È ciò che avviene quando un paziente «emigra» perché ritiene di essere meglio curato in altre strutture o per ragioni diverse, che non implicano necessariamente giudizi negativi sulle strutture legate all'area di residenza (Tessier, 1985).

È buona norma, in generale, al fine di consentire attività previsionali corrette, superando l'incertezza che deriva dalla soggettività di tali valutazioni e dall'esercizio della libertà di scelta da parte dell'utente, focalizzare l'at-

tenzione su molteplici aspetti della complessa catena fornitore-prodotto-re-fruitoro del servizio. In campo sanitario, inoltre, va considerato che la domanda di assistenza è abitualmente adottata, come accennato, dalle prescrizioni dei medici di medicina generale o specialisti che hanno la fiducia dei pazienti (Rozenberg, 2001; Hodgkin, 1996).

Diverse ricerche hanno dimostrato un collegamento tra qualità del servizio ospedaliero e migrazioni dei pazienti (Skinner, 1977; Egunjobi, 1983; Luft, 1990; Phibbs, 1993; Hansen, 1994; Hodgkin, 1996; Chernen, 1998).

La percezione di qualità di un servizio è legata alla valutazione delle sue caratteristiche, la quale è funzione di giudizi individuali. Nel processo di percezione, un servizio ospedaliero può così essere inteso come un insieme di stimoli dai quali l'individuo trae una sua valutazione.

Molti autori hanno studiato il fenomeno della mobilità dei pazienti ospedalieri (Addari, 1995; Degli Esposti, 1996; Fabbri, 1996; Ugolini, 1998; Baccarani, 1998); poche ricerche però si sono discostate dall'analisi dei dati amministrativi per indagare direttamente presso i decisori le motivazioni che spingono ad esprimere nei fatti una preferenza, cioè a scegliere una struttura rispetto ad un'altra (Skinner, 1977; Egunjobi, 1983; Luft, 1990; Mahon, 1993; Phibbs, 1993; Mapelli, 1993; Hodgkin, 1996; Fiorentini, 1997; Rozenberg, 2001).

L'obiettivo del presente studio è quello di proporre un modello statistico di analisi del fenomeno di mobilità sanitaria capace di spiegare e prevedere le scelte dei decisori (sia pazienti che medici di fiducia) e fornire elementi di valutazione della qualità percepita del servizio ospedaliero tramite una misura di utilità.

2. Materiali e metodi

Nell'ambito degli studi di economia sanitaria, sono stati identificati diversi metodi per misurare l'utilità legata allo stato di salute: *Standard Gamble* - SG (Mc Neil, 1978, 1981), *Visual Analogue* - VA (Nord, 1991), *Time Trade Off* - TTO (Torrance, 1972), *Willingness To Pay* - WTP (Donaldson, 1993), *Conjoint Analysis* - CA (Ryan, 1997).

Uno sviluppo della *Conjoint Analysis*, la tecnica *Discrete Choice* - DC, è stata impiegata anche per misurare l'utilità percepita in relazione all'utilizzo dei servizi sanitari (Rozenberg, 2001; Mor, 1985). A questa tecnica abbiamo fatto riferimento nel presente lavoro.

2.1. Presupposti terminologici

La struttura generale di un modello DC può essere rappresentata tramite un insieme di presupposti (Ben-Akiva, 1985) che riguardano il decisore, le alternative, gli attributi e le regole decisionali:

— *decisore*: è l'entità specifica (per esempio un individuo, una famiglia, un gruppo di persone o un'organizzazione) che esercita una scelta. Si possono ignorare tutte le interazioni interne del gruppo e considerare soltanto le decisioni nell'insieme. Per spiegare l'eterogeneità delle preferenze fra i decisori sarà necessario includere le loro caratteristiche ossia le variabili socio-economiche di età, sesso, istruzione, professione, reddito, ecc.;

— *alternative*: sono le opzioni possibili del decisore; l'insieme delle alternative considerate è chiamato *insieme di scelta*. Se un tale insieme è *discreto*, cioè se contiene un numero limitato di alternative elencabili esplicitamente, può essere analizzato con la tecnica da noi prescelta (DC).

Le preferenze tra le alternative possibili possono essere misurate tramite i metodi *Ranking*, *Rating Scale* o *Discrete Choice Exercises* (Green, 1978). Questo terzo metodo è stato scelto per la presente indagine;

— *attributi*: sono gli elementi che il decisore considera per prendere la sua decisione. Un attributo non è necessariamente una quantità direttamente misurabile. La tecnica DC consente di considerare sia l'attributo stesso che la sua trasformazione logaritmica, in modo da poter identificare il più adatto;

— *regole decisionali*: descrivono il processo usato dal decisore per raggiungere la sua scelta. La teoria economica presuppone che la preferenza del decisore per un'alternativa sia determinata da un valore (chiamato *indice di utilità*) e che il decisore selezioni l'alternativa che gli fornisce un maggiore livello di utilità.

2.2. La tecnica Discrete Choice

La tecnica *Discrete Choice* consente di valutare le preferenze (nel caso specifico del paziente o del medico) rispetto ad alcune caratteristiche di un servizio.

Per costruire il modello economico ipotizziamo che il paziente o il suo medico «agente», nel momento in cui deve essere scelta una struttura ospedaliera, valutino l'utilità della combinazione degli attributi (vedi prossimo paragrafo) secondo una scelta gerarchica di importanza.

Consideriamo un generico decisore «*i*» (medico o paziente) che deve scegliere fra due alternative: la prima, l'ospedale della Asl di residenza (da ora in poi «Origine», indicata con «*O*») e la seconda, un ospedale che si trova fuori dal bacino di utenza di detta Asl (da ora in poi «Destinazione», indicata con «*D*»).

Se assumiamo che il decisore «*i*» attribuisca un determinato livello di *utilità* a ciascuna alternativa, la scelta cadrà su quello più alto. Più specificamente, il decisore «*i*» sceglierà la struttura «*D*», se decide di spostarsi (alternativa 1), oppure «*O*», se decide di rimanere nella propria zona (alternativa 0).

Per ogni decisore «*i*» possiamo osservare una sola possibilità (*Y_i dummy*) tra due alternative possibili:

$$Y_i = \begin{cases} 1 & \text{Se il decisore «i» si sposta verso la Destinazione «D»} \\ 0 & \text{Se il decisore «i» non si sposta e preferisce di rimanere nell'Origine «O»} \end{cases} \quad [2-1]$$

Supponiamo che:

$U_{11}(A_D, C_i)$ = utilità del decisore «*i*» derivata dall'alternativa 1

$U_{10}(A_O, C_i)$ = utilità del decisore «*i*» derivata dall'alternativa 0

allora, la regola decisionale sarebbe:

$$Y_i = \begin{cases} 1 & \text{Se } U_{11}(A_D, C_i) > U_{10}(A_O, C_i) \\ 0 & \text{Se } U_{10}(A_O, C_i) \geq U_{11}(A_D, C_i) \end{cases} \quad [2-2]$$

Dove A_D rappresenta gli attributi che caratterizzano la struttura di destinazione «*D*», A_O rappresenta gli attributi che caratterizzano la struttura di origine «*O*» e C_i indica le caratteristiche del decisore «*i*».

Dato che il ruolo della nostra ricerca, in questo contesto, è di spiegare la variazione in Y_i e prevedere le scelte fatte dai decisori sulla base degli attributi presi in considerazione (vedi prossimo paragrafo), occorre creare un modello economico di *utilità* derivato dalla scelta di ogni decisore.

In linea di massima possiamo pensare che l'utilità derivata dalla scelta di un'alternativa «*J*» ($j = 1$ o 0) fatta dal decisore «*I*» ($i = 1, 2, \dots, T$) sia una funzione degli attributi prescelti (ad es. reputazione della struttura, tempi di attesa, distanza, ecc.) e delle caratteristiche del decisore (ad es. sesso, età, istruzioni, professione, reddito, ecc.).

Quando si sceglie fra due alternative (1, 0) il fattore chiave dell'utilità è la differenza fra le due alternative.

La differenza relativa al decisore *i*-esimo, indicata con ΔX_i , sarebbe:

$$\Delta X_i = (\text{Attributo «1»}) - (\text{Attributo «0»})$$

Se $\Delta X_i > 0$, allora il decisore «*i*» sceglierà 1 a seconda dell'attributo considerato.

Se, invece, $\Delta X_i = 0$, allora l'attributo non gioca nessun ruolo nella sua scelta.

2.3. Individuazione delle variabili e costruzione dei questionari

Abbiamo utilizzato la tecnica dei *focus group* (Corrau, 2000) per raccogliere informazioni ed indicazioni riguardanti i potenziali attributi che creano il fenomeno mobilità sanitaria e i relativi livelli di espressione quantitativa.

Due gruppi sono stati indagati separatamente:

— pazienti (5 maschi e 5 femmine, maggiorenni, da poco dimessi dal nosocomio senese nel quale erano stati ricoverati per alcuni (*Diagnosis Related Groups*) Drg (vedi campionamento);

— 6 medici di medicina generale (senesi o di altre parti d'Italia, convenuti a Siena per motivi di formazione) e 4 specialisti ambulatoriali non ospedalieri.

A ciascun gruppo è stato consegnato un documento informativo sulla dimensione del fenomeno mobilità sanitaria in Italia e sul programma di lavoro previsto.

Prima della domanda chiave si è ritenuto opportuno preparare ogni gruppo con una fase introduttiva di riscaldamento per attivare le interazioni tra i partecipanti (durata di circa 15 min.), proponendo delle libere associazioni sul problema «Migrazioni dei pazienti».

Dopo questa fase introduttiva si è passato alla domanda chiave della nostra ricerca:

— per il primo gruppo (pazienti): «Quali sono i motivi (attributi) per cui un paziente decide di farsi ricoverare in un ospedale lontano dalla propria abitazione?»;

— per il secondo gruppo (medici di fiducia): «Quali sono i criteri (attributi) che segue un medico nel consigliare il ricovero di un paziente (non urgente) in un ospedale piuttosto che in un altro?».

Le opinioni di ogni singolo partecipante sono state annotate su di un cartellone.

Dopo questo passaggio è stato chiesto di individuare gli attributi ritenuti prioritari tra quelli emersi dalla discussione.

In tal modo sono stati individuati i principali fattori sul versante della domanda (decisori) e su quello dell'offerta (servizio ospedaliero) collegabili alla percezione della qualità ed al pro-

cesso decisionale in esame (attivazione o meno del fenomeno di mobilità sanitaria):

— fattori demografici (sesso, età);
— fattori socio-economici (istruzione, professione, reddito). È intuibile che livelli elevati di reddito facilitino la possibilità di spostamento, dal momento che esercitano un peso, oltre ai costi relativi alle cure, anche quelli indiretti (spese di viaggio, di permanenza dei familiari, di assistenza notturna, ecc.);

— modalità (urgente, programmato) e cause del ricovero (gravità, complessità);

— fattori legati alla struttura della rete ospedaliera, valutabili in termini di presenza o assenza *in loco* del servizio e di distanza tra la residenza e l'ospedale. Si è convenuto di misurare tale distanza geografica in tempi di percorrenza;

— qualità della struttura (percezione dell'adeguatezza della struttura ospedaliera a risolvere i problemi di salute in atto);

— tempi di attesa per il ricovero;

— comunicazione e collaborazione tra l'ospedale ed il medico di fiducia del paziente.

È stato, poi, chiesto ai due gruppi di suggerire i possibili livelli di espressione di ogni attributo.

In base alle informazioni ottenute sono stati strutturati due questionari: uno rivolto ai pazienti ed uno ai medici «di fiducia».

Tali questionari raccolgono dati generali (sesso, età, istruzione, reddito, tipologia di ricovero, ecc.) ed informazioni su reputazione, distanza, tempi di attesa, collaborazione (per il medico) sull'ospedale «Origine» e sull'ospedale «Destinazione» (coincidenti nel caso di pazienti residenti in una Asl ricoverati nell'ospedale di proprietà/riferimento della stessa) che predispongono all'utilizzo della tecnica «DC».

Una prima parte di ciascun questionario mirava a stabilire la logica del paziente/medico rispetto alla scelta (*Perché ha deciso di ricoverarsi in questo ospedale?, Chi Le ha consigliato il Suo ricovero in questo ospedale?, Quanto sono stati importanti la reputazione di questa struttura, il tempo di attesa, la distanza dalla Sua abitazione, ai fini della Sua scelta di ricoverarsi qui?, Su cosa si basa, secondo Lei, la buona reputazione di un ospedale?, ecc.*).

Il questionario predisposto per i medici prende in considerazione l'attività svolta negli ultimi 30 giorni; si compone di 2 sezioni: la prima relativa all'ultimo ricovero che hanno prescritto per un paziente residente in Siena ricoverato nell'ospedale senese; la seconda per l'ultimo eventuale paziente residente a Siena, inviato in un nosocomio situato fuori della provincia di Siena.

I due questionari sono dunque stati messi a punto con uno *studio pilota* che ha riguardato una decina di medici e una decina di pazienti.

2.4. Campionamento e conduzione dell'indagine

Essendo impossibile definire l'universo di popolazione cui riferire l'indagine relativa ai pazienti, sulla base delle indicazioni di letteratura per uno studio statistico di questo tipo (Champion, 1970; D'Ascanio, 1987; Bailey, 1995) abbiamo ritenuto utile acquisire almeno 100 questionari correttamente compilati dai pazienti e 30 dai medici.

I criteri di inclusione dei pazienti nello studio sono stati i seguenti:

a) campione casuale di pazienti adulti ricoverati presso l'Azienda ospedaliera senese nel mese di marzo 2001;

b) per descrivere-omogeneizzare gravità-complessità dei casi si è fatto ricorso al sistema Drg adottato da tutti

gli ospedali italiani (Bonoldi, 1998). I Drg da prendere in esame sono stati individuati in base ai seguenti criteri:

— sono stati selezionati i Drg tra quelli che presentano casistiche numerose (in regime di degenza ordinaria in ospedali pubblici);

— sono stati considerati soprattutto i Drg a media e ad elevata differibilità, poiché i Drg a nulla differibilità (casi di emergenza) non consentono in genere al paziente di scegliere tra le possibili alternative. Per consentire confronti è stato inserito anche qualche Drg tipico di casi urgenti (Drg 127, Drg 87);

— peso relativo (nel campione devono essere presenti Drg di diverso peso relativo); per alcuni autori infatti, tale peso è una variabile correlata positivamente al livello di mobilità (Fabri, 1996);

— basso coefficiente di variazione-CV (Drg che hanno bassa variazione della degenza media intragruppo; cioè più omogenei degli altri). Il coefficiente di variazione della degenza media misura la dispersione relativa intragruppo, pertanto, può essere utilizzato per raffrontare le dispersioni relative di due o più distribuzioni di Drg. È noto che ciascun Drg rappresenta casi (ricoverati) con un consumo di risorse (giornate di degenza) simile, quindi si considerano omogenei quei Drgs il cui $CV < 1$, mentre un $CV \geq 1$ esprime un'eccessiva dispersione superiore alla degenza media del gruppo. Il coefficiente di variazione della durata di degenza è influenzato dalla omogeneità o meno severità dei casi e dall'efficienza della struttura che li tratta. Mentre è ipotizzabile che l'efficienza infrastrutturata non cambi, la severità può o meno cambiare se esiste o meno selezione casistica. Un coefficiente di variazione basso dovrebbe attestare una scarsa selezione attiva o passiva;

— casistica non di altissima specialità (offerta di trattamento non monopolizzata);

— inclusione sia di casistiche chirurgiche che mediche;

c) sono stati preliminarmente individuati i reparti nei quali i ricoveri per detti Drg (diagnosi di ammissione di riferimento del Drg in esame) sono più frequenti; in detti reparti è stata condotta l'indagine (tabella 1).

L'indagine *sui pazienti*, è stata effettuata presso l'Azienda ospedaliera senese nell'arco di tempo di 20 giorni dall'8 marzo 2001 al 1° aprile 2001: sono stati distribuiti personalmente ai pazienti 151 questionari.

L'indagine sui medici, è stata effettuata inviando per posta i questionari ai 50 Medici di medicina generale operanti nel Comune di Siena.

Nostri rilevatori sono quindi personalmente passati presso ciascun paziente e ciascun medico a ritirare i questionari compilati, provvedendo eventualmente ad aiutare e completare la compilazione in caso di dubbi.

2.5. Analisi fattoriale

Nei questionari somministrati ai pazienti e ai medici è stato definito, in modo relativamente ampio, l'insieme delle variabili *input* che possono crea-

re la migrazione sanitaria quali «Reputazione dell'ospedale» (REPOSP), «Reputazione del reparto» (REPREP), «Reputazione del primario» (REPRIMA), «Vicinanza con la propria abitazione» (DIST), «Breve lista di attesa» (BREVLIST), «Consiglio del medico» (CONMED), «Conoscenza diretta di un medico dell'osp./rep.» (CONDIR), «Collaborazione diretta con l'osp./rep.» (COLL) ecc. Per ricondurre tali variabili a un numero più ridotto si è fatto ricorso all'analisi fattoriale.

L'Analisi fattoriale (AF) è una tecnica statistica che ha lo scopo di indagare le correlazioni tra le variabi-

Tabella 1 - Criteri di selezione e caratteristiche del campione di pazienti studiato

DRG	Criteri					Reparti						Casi studiati			
	Frequenza	Peso relativo	Differibilità	Coefficienti di variazione < 1	Trattamento non monopolizzato	Chirurgia generale	Medicina generale	Ostetricia	Ginecologia	Ortopedia	Urologia	Ematologia	Maschi	Femmine	Totale
87 Edema polmonare e insufficienza respiratoria		1.263	X		X		X						2	3	5
127 Insufficienza cardiaca e shock	X	1.260	X		X		X						0	7	7
134 Ipertensione	X	0.775	X	X	X		X						1	3	4
162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	X	0.75	X	X	X	X							2	3	5
167 Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc	X	0.68	X	X	X	X							4	1	5
206 Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi epatite alcolica senza cc	X	0.80	X		X		X						4	3	7
209 Interventi maggiori sulle articolazioni e sugli arti		3.31	X							X			7	11	18
243 Affezioni mediche del dorso	X	0.770	X	X	X		X						2	2	4
245 Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	X	0.759	X	X	X		X						5	2	7
294 Diabete età > 35	X	1.008	X	X	X		X						1	3	4
324 Calcolosi urinaria, senza cc	X	0.53	X	X	X	X					X		1	4	5
359 Interventi su utero, e annessi non per neoplasie maligne senza cc	X	1.043	X	X	X	X			X				0	9	9
373 Parto vaginale con diagnosi complicanti	X	0.64	X	X	X			X					0	11	11
391 Neonato normale	X	0.20	X	X	X			X					0	9	9
473 Leucemia acuta senza intervento età > 17		6.82									X		1	2	3
Totale													30	73	103

li/items in causa per un determinato fenomeno. L'analisi fattoriale cerca anche di individuare fattori che spieghino tali eventuali correlazioni (Royce, 1963; Morizet, 1983).

Il software SPSS ha automaticamente effettuato l'analisi delle componenti principali (Hotelling, 1933) e lo Scree test (Cattell, 1978) giungendo ad individuare tre fattori, che abbiamo nominato I, II e III. Questi fattori risultano non correlati (indipendenti) tra di loro. Sono stati quindi calcolati automaticamente i valori di tali fattori, utilizzando il metodo *Direct Oblimin* (Gorsuch, 1983) e la normalizzazione *Varimax* (Kaiser, 1958).

I valori delle correlazioni sono stati stimati in termini di saturazione fattoriale (correlazioni tra le variabili ed i fattori) e configurazione fattoriale (pesi applicati alle variabili) (Kline, 1997).

Occorrerà a questo punto individuare il fattore e la scala di lettura ottimale per pesare le singole variabili.

Relativamente all'indagine condotta sui medici non è stata, come accennato, raggiunta la dimensione di almeno 100 casi ritenuta ottimale (Kline, 1997).

In accordo con una consistente letteratura, riteniamo, tuttavia che possa essere considerato sufficientemente correlato con un fattore l'item che raggiunga almeno il valore di 0.2 indipendentemente dal segno positivo o negativo (Adcock, 1974; Cattell, 1978; Comery, 1995; Bailey, 1995; Kline, 1997).

2.6. Costruzione del modello

Il modello DC da noi ipotizzato vuole indagare le motivazioni che originano la mobilità sanitaria in base alle differenze tra i valori di utilità degli attributi dell'ospedale «Destinazio-

ne» e gli stessi dell'ospedale «Origine».

Il focus group, gli studi pilota e, successivamente, le prime elaborazioni dei dati ci hanno orientato sugli attributi e le caratteristiche dei decisori che potevano essere adottati nella struttura definitiva del modello e sui relativi livelli di espressione (tabella 2).

Quando la relazione fra le variabili non è lineare o quando la variabile indipendente non è di natura quantitativa, come per alcune delle variabili da noi prese in considerazione (Dominick, 1985; Kazmier, 1986) possiamo applicare i modelli della regressione lineare multipla (quale «Linear Probability Model» LPM) e della re-

gressione logistica multipla (quali «Logit» e «Probit», utilizzati dalla tecnica «Discrete Choice»). L'impiego di tali modelli offre il vantaggio di essere utile alla previsione e alla stima, invece di limitarsi alla verifica della significatività della relazione esistente fra le variabili. Nel caso in cui la relazione tra le variabili non sia lineare è comunque possibile, come già accennato, trasformare la funzione che esprime tale non linearità in una funzione lineare tramite una trasformazione logaritmica.

Ciò rende applicabili i metodi di stima dei coefficienti (*Minimi Quadrati Ordinari* per il modello LPM e *Log Likelihood* per i modelli Logit e Probit).

Tabella 2 - Fattori determinanti la scelta dell'ospedale

Attributi	Livelli
<u>Considerati nella costruzione del modello relativo ai pazienti:</u>	
Reputazione della struttura ospedaliera (Rep)	Ottima, buona, media, scarsa ^(a)
Tempi di attesa (Temp)	Fino a 1, 7, 14, 21, 28, 42, 56, 70, 84 e oltre (giorni)
Distanza (Dist)	8, 24, 38, 53, 68, 83, 106, 136, 166 ^(c) (minuti)
Sesso ^(b)	1 = maschio, 2 = femmina
<u>Considerati nella costruzione del modello relativo ai medici:</u>	
Reputazione della struttura ospedaliera (Rep)	Ottima, buona, media, scarsa ^(a)
Tempi di attesa (Temp)	Fino a 1, 7, 14, 21, 28, 42, 56, 70, 84 e oltre (giorni)
Distanza (Dist)	8, 24, 38, 53, 68, 83, 106, 136, 166 ^(c) (minuti)
Collaborazione (Coll)	Costante, sufficiente, episodica, nessuna ^(a)

(a) Nell'elaborazione statistica tali livelli sono stati categorizzati nel seguente modo: «Ottima, Buona = 1», «Media, Scarsa = 0» e «Costante, Sufficiente = 1», «Episodica, Nessuna = 0».

(b) Altre caratteristiche del paziente (età, reddito, professione, grado di istruzione) inizialmente incluse nel modello non hanno mostrato di migliorarlo, probabilmente per il criterio adottato di selezione del campione.

(c) Valori medi considerati rappresentativi degli intervalli proposti (es. 8 = da 1 a 15 minuti, 24 = da 16 a 30 minuti; ... 166 = da 151 a 180 minuti, in quest'ultimo livello sono stati considerati anche i rari valori eccedenti).

Il modello *LPM* è lineare nei parametri e quando le variabili esplicative variano non c'è garanzia che la probabilità (nel nostro caso lo spostamento) sia compreso tra 0 e 1.

Per tale motivo è preferibile sostituire o affiancare a tale modello di probabilità lineare modelli statistici come il *Probit* ed il *Logit*, che, non essendo lineari nei parametri, consentono di misurare la relazione tra la variabile dipendente (espressa in termini di probabilità) e un insieme di variabili indipendenti ed hanno un intervallo di probabilità sempre compreso tra 0 e 1 (Aldrich, 1984; Griffiths, 1993).

La non linearità della relazione tra la probabilità che Y assuma valore 1 (si sposta) ed ogni variabile esplicativa X_i (Rip., Temp., Dist., Coll.) determina un effetto di X_i sulla probabilità di $Pr(Y = 1)$ meno evidente che nel modello di probabilità lineare.

Nel modello da noi assunto, l'utilità percepita dai decisori « i » degli spostamenti da «O» a «D» è pertanto descritta (stimata) dalle seguenti funzioni lineari $U(\cdot)$:

$$\Delta U_i = \beta_0 + \beta_1 C_i + \beta_2 \Delta Rep + \beta_3 \Delta Temp + \beta_4 \Delta Dist + e_i \quad (\text{Modello dei pazienti}) \quad [2-3]$$

$$\Delta U_i = \alpha_0 + \alpha_1 \Delta Rep + \alpha_2 \Delta Temp + \alpha_3 \Delta Dist + \alpha_4 \Delta Coll + e_i \quad (\text{Modello dei medici}) \quad [2-4]$$

dove:

— ΔU_i indica la differenza tra il livello di utilità attribuita dal decisore « i » alla «D» ed alla «O»;

— ΔRep , $\Delta Temp$, $\Delta Dist$ e $\Delta Coll$ riferiscono, rispettivamente, alla differenza del livello di reputazione, dei tempi di attesa, della distanza/tempi di percorso espressi in minuti e del livello di collaborazione tra il medico di fiducia e la struttura ospedaliera in cui viene ricoverato il paziente. Nell'elaborazione statistica è stato considerato il logaritmo naturale \ln della variabile distanza « $Dist$ »;

— i parametri β_0 , α_0 sono i termini costanti o intercette della regressione e danno il valore stimato di ΔU_i quando le variabili indipendenti ΔRep , $\Delta Temp$, $\Delta Dist$, $\Delta Coll$ (per il medico) = 0;

— C_i indica le caratteristiche del decisore « i » e si riferisce al suo parametro con β_j ;

— i parametri β_k ($k = 2, 3, 4$), α_w ($w = 1, 2, 3, 4$) misurano la variazione di ΔU_i per ogni variazione unitaria della variabile indipendente rilevante quando le altre variabili indipendenti siano mantenute costanti, i parametri della pendenza β , α sono coefficienti della regressione parziale, poiché corrispondono alla derivata parziale di ΔU_i rispetto alla variabile indipendente rilevante;

— infine, e_i rappresenta i fattori imponderabili nella funzione dell'utilità del decisore « i ».

Nel corso delle elaborazioni sulla base delle interazioni riscontrate tra le variabili per la stima dell'indice di utilità « ΔU_i » si sono poi rivelate migliori le equazioni:

$$\Delta U_i = \beta_0 + \beta_1 Sesso + \beta_2 \Delta Rep + \beta_3 \Delta Temp + \beta_4 \Delta Dist + \beta_5 \Delta Dist^2 + \beta_6 (\Delta Dist * \Delta Rep) + e_i \quad (\text{Pazienti}) \quad [2-5]$$

$$\Delta U_i = \alpha_0 + \alpha_1 \Delta Rep + \alpha_2 \Delta Temp + \alpha_3 \Delta Dist + \alpha_4 (\Delta Dist * \Delta Rep) + \alpha_5 \Delta Coll + \alpha_6 (\Delta Rep * \Delta Dist^2) + e_i \quad (\text{Medici}) \quad [2-6]$$

Gli effetti marginali di ogni variabile indipendente sulla probabilità $P(Y = 1)$ nei modelli *Probit* e *Logit* vengono identificati dal segno di β_k , α_w che determina la direzione di tali effetti, il quale tende a crescere all'aumentare di β_k , α_w mentre la relativa grandezza varia al variare della variabile indipendente ΔX_i .

L'elaborazione dei dati è stata effettuata con *software* statistici SAS ver. 6.00 e SPSS ver. 10.

3. Risultati e considerazioni

La tabella 2 riporta, come accennato nei «Materiali e metodi» (costruzione del modello), gli attributi, le caratteristiche dei decisori (fattori determinanti la scelta dell'ospedale) e i relativi livelli di espressione adottati in base alle risultanze dei *focus group* e degli studi pilota.

Le successive tabelle e figure si riferiscono alle risultanze delle indagini campionarie condotte su pazienti ricoverati e su Medici di medicina generale.

Dei 151 questionari distribuiti ai *pazienti*, 27 (17,9%) sono stati rifiutati; 17 (11,3%) pazienti sono stati dimessi subito dopo la distribuzione e quindi non più reperiti, con i relativi questionari; in 4 casi (2,7%) non è stata compilata la parte anagrafica: pertanto, non sono stati considerati nelle elaborazioni. 103 questionari (68,2%) sono stati interamente compilati: a questi si riferiscono le elaborazioni (tabella 1).

Dei 50 questionari inviati ai *medici*, 30 (60%) sono ritornati correttamente compilati, mentre in 20 casi (40%) ci è stata negata la collaborazione.

Tabella 3 - Giudizi sull'importanza delle variabili considerate

Attributi	Giudizio dei pazienti (n = 103)				Giudizio dei medici (n = 38)			
	Non import.	Poco import.	Import.	Molto import.	Non import.	Poco import.	Import.	Molto import.
Reputazione	10,7%	8,7%	49,5%	31,1%	5,3%	13,2%	36,8%	44,7%
Tempi di attesa	23,3%	12,6%	31,1%	33,0%	5,3%	21,1%	52,6%	21,1%
Distanza	26,2%	18,5%	28,2%	27,2%	47,4%	21,1%	15,8%	15,8%
Collaborazione	-	-	-	-	5,3%	7,9%	34,2%	52,6%

Dei 30 medici collaboranti 8 (26,6%) hanno indirizzato, nei 30 giorni antecedenti l'intervista, tutti i loro assistiti bisognosi di ricovero verso ospedali diversi da quelli di riferimento della loro Asl; 8 (26,6%) hanno fatto ricorso sia a strutture locali sia ad altre, 14 (46,6%) hanno ricoverato pazienti solo nell'ambito della propria Asl.

In tutto, i 30 medici collaboranti hanno prescritto, nei trenta giorni precedenti le interviste, 38 ricoveri. A questi casi si riferiscono i risultati di seguito riportati.

Dall'esame della tabella 3 emerge che, per i *pazienti*, tutti gli attributi inseriti nello studio sono stati giudicati importanti (Reputazione = 80.6%, Tempi di attesa = 64.1%, Distanza = 55.4%). Per contro, è apparsa evidente l'insensibilità dei *medici* alla distanza tra l'abitazione del paziente ed il luogo di ricovero (Reputazione = 81.5%, Tempi di attesa = 73.7%, Distanza = 31.6%, Collaborazione = 86.8%).

In generale la distanza appare essere l'attributo meno importante tra quelli considerati, sia per i pazienti che per i medici. La reputazione e (per i medici) la collaborazione appaiono essere gli attributi più importanti.

La tabella 4 analizza i motivi, forniti dagli intervistati, in merito alla loro decisione di ricoverarsi (o di ricoverare il paziente) nell'Azienda ospedaliera senese essendo (non migrati) o non

essendo (migrati) residenti nella Asl 7-Siena.

Si nota che medici e pazienti utilizzano criteri decisionali diversi: mentre la reputazione, in particolare del reparto di ricovero è importante per tutte e due categorie, la distanza dell'ospedale risulta essere importante solo per i pazienti e non condizionare il medico, i tempi di attesa risultano condizionare il medico e molto meno il paziente.

La tabella 5 riporta i risultati dell'*analisi fattoriale* (analisi dei componenti principali, *Scree test*, *Direct Oblimin*, normalizzazione *Varimax di Kaiser*) sulle relazioni tra le variabili elencate nella precedente tabella rela-

tivamente ai pazienti intervistati. Vengono individuate le correlazioni (saturazioni) tra le variabili e i fattori che le legano.

Per quanto riguarda il modello del medico non vengono calcolate statistiche, in quanto le varianze degli *item* (REPOSP, REPRIMA, DIST) sono uguali a zero; peraltro il campione non è sufficientemente ampio per raggiungere la significatività statistica tramite questa analisi.

Si nota che la media di tutti gli *items* è compresa tra 0.22 e 0.34, e la deviazione *standard* tra 0.42 e 0.47 con l'eccezione dell'*item* BREVLIST che fa rilevare una media di 0.05 e S.D. di 0.24. Questi risultati indicano che tali

Tabella 4 - Distribuzione percentuale dei decisori secondo il criterio adottato per la loro scelta del luogo di ricovero

Criterio di scelta o spostamento	Pazienti (n = 103)		Medici (n = 38 pazienti)	
	Non migrati	Migrati	Non migrati	Migrati
Reputazione dell'ospedale (REPOSP)	19,4	8,7	0	0
Reputazione del reparto (REPREP)	20,4	6,8	30,0	26,7
Reputazione del primario (REPRIMA)	12,6	9,7	0	0
Vicinanza con la propria abitazione (DIST)	33,0	9,7	0	0
Breve lista di attesa (BREVLIST)	3,9	1,9	3,3	6,7
Consiglio del medico (CONMED)	11,7	11,7	-	-
Conoscenza diretta di un medico dell'osp./rep. (CONDIREP)	14,6	16,5	6,7	10,0
Collaborazione diretta con l'osp./rep. (COLL)	-	-	6,7	10,0

Tabella 5 - Risultati dell'analisi fattoriale (Analisi componenti principali, Scree test, Direct oblimin, Normalizzazione di Kaiser) sulle osservazioni riportate dai 103 pazienti intervistati

Item			Saturazioni fattoriali			Configurazione fattoriale		
	Media	SD	Fattore I	Fattore II	Fattore III	Scala I	Scala II	Scala III
REPOSP	0.28	0.45	0.736	0.042	-0.014	0.547	0.020	-0.090
CONDIR	0.31	0.47	0.712	0.044	0.121	0.516	0.019	0.022
DIST	0.34	0.48	-0.245	0.737	-0.211	-0.170	0.593	-0.160
BREVLIST	0.05	0.24	0.095	0.586	0.094	0.054	0.461	0.058
CONMED	0.23	0.42	-0.172	-0.583	-0.157	-0.105	-0.455	-0.098
REPPRIMA	0.22	0.42	-0.138	-0.0003	0.865	-0.186	-0.108	0.718
REPREP	0.27	0.45	0.479	0.196	0.662	0.290	0.131	0.484
Percentuale di variazione totale spiegata			21.45	17.93	16.14			
Test di <i>Keiser Meyer Olkin</i> (adeguatezza campionaria)			TKMO = 0.458					
Test di Barlett			$\chi^2 = 35.49$	DF = 21	P < 0.025			

variabili hanno quasi la stessa importanza come motivi di spostamento, mentre la variabile «Tempi di attesa» differisce dalle altre.

Gli *items* che superano il valore di 0.2 considerato soglia di significatività sono riportati in grassetto. Si osserva che:

— il primo fattore è significativo per gli *items* REPOSP ($r = 0.74$), CONDIR ($r = 0.71$), REPREP ($r = 0.48$) e DIST ($r = -0.25$); questo suggerisce che la reputazione di un ospedale è legata al fatto che medici operanti in uno specifico reparto attraggono pazienti per conoscenza diretta anche da zone lontane;

— il secondo fattore è significativo per gli *items* DIST ($r = 0.74$), BREVLIST ($r = 0.59$), CONMED ($r = -0.58$) e REPREP ($r = 0.20$); questo fattore propone che quando il medico non consiglia (carezza di collaborazione?, pazienti «fai da te?») emergono soprattutto la distanza e la brevità di tempi di attesa; cioè le difficoltà di

accesso condizionano la scelta del paziente;

— il terzo fattore è significativo per gli *items* REPPRIM ($r = 0.87$), REPREP ($r = 0.66$) e DIST ($r = -0.21$); tale fattore mostra che la formazione della reputazione di un reparto appare basata anzitutto sulla reputazione del primario.

Nella stessa tabella è stato riportato il peso (*factor loading*) esercitato da ogni *item* sui tre fattori leganti (contributo effettivo ad una particolare scala).

In base al test di *Kaiser Meyer Olkin* (*KMO*) il campione risulta sufficientemente adeguato (indice *KMO* = 0.458).

La corrispondenza (cioè quanto i dati previsti dal modello corrispondono a quelli misurati) valutata tramite il test di *Barlett* ($\chi^2 = 35.49$ con 21 gradi di libertà-DF e $p < 0.025$) è risultata significativa.

In tabella sono riportati le percentuali di varianza spiegata attribuibile ai singoli fattori; sarebbe ovviamente

ottimale individuare tutti i fattori in modo da spiegare il 100% della varianza. Spingere fino a quel punto l'indagine non è abitualmente considerato conveniente. Giustificare il 55.52% della varianza con pochi fattori (Fattore I = 21.45%, Fattore II = 17.93%, Fattore III = 16.14%) è un risultato che possiamo considerare più che soddisfacente (Kline, 1997) ed abbiamo ritenuto di non proseguire oltre.

La tabella 6 riporta quale è risultato essere, presso i 103 pazienti e i 30 medici intervistati, il significato della «reputazione» di un ospedale (principale criterio di scelta in base alle precedenti risultanze).

Si rileva che le percentuali più alte vengono uniformemente espresse dalla presenza di specialisti validi e noti (rispettivamente 53.4% pazienti e 44.7% per i medici). Seguono:

— per i pazienti, la dotazione tecnologica (11.7%) e la soddisfazione riferita da conoscenti (10.7%) nonché la cortesia e disponibilità del personale (7.8%);

— per i medici, l'efficacia clinica (21.1%), la consistenza della casistica trattata (10.5%), la soddisfazione riferita da precedenti pazienti (13.2%).

La tabella 7 riporta i risultati ottenuti con l'applicazione della tecnica DC.

Tra le varie caratteristiche del decisore solo il sesso, in modo sebbene non statisticamente significativo è risultato importante, come poi si vedrà. Età, reddito, professione ed istruzione, inizialmente incluse nel modello come variabili esplicative, sono poi state escluse poiché non portavano nessun effetto migliorativo e non spiegavano la variazione in Y_i :

— età: la maggioranza dei pazienti intervistati erano anziani > 75 anni;

— reddito: la prevalenza ha dichiarato un basso reddito annuale < 10.000.000 lire;

— professione: dato che gli intervistati facevano parte della categoria più anziana, è ovvio erano in pensione;

— istruzione: la preponderanza era di categoria «operaio» e «casalinga».

La tabella riporta per sinteticità solo i risultati ottenuti tramite la regressione logistica (Modello *Logit*-effetti principali). Dal momento che entrambi i modelli *Logit* e *Probit* hanno mostrato, anche alla nostra indagine, di corrispondere tra loro dal punto di vista dell'interpretazione dei risultati (Liao, 1994).

Diversi autori hanno rilevato che è possibile ottenere approssimativamente i coefficienti del modello *Probit* a partire dai valori ottenuti con il modello *Logit* dividendo i parametri stimati per il fattore 1.814 secondo Aldrich (1984), o per il fattore 1.6 secondo Amemiya (1981).

Da una prima lettura della tabella 7 emerge una significatività molto alta per entrambi i modelli (pazienti $p [\chi^2(6) > 13.232] = 0.0001$, medici $p [\chi^2(6) > 34.406] = 0.008$): il test di *likelihood ratio* indica cioè che almeno un coefficiente relativo alle varia-

bili indipendenti differisce da zero. I modelli quindi spiegano la variabilità del fenomeno studiato.

L'analisi della tabella consente di rilevare che:

— l'intercetta in entrambi i modelli risulta con segno negativo (*Pazienti*: $-7.48, t = 2.24, p < 0.13$; *Medici*: $-1.86, t = 6.72, p < 0.01$): ciò significa che quando tutte le caratteristiche delle due strutture, di Origine e di Destinazione, sono uguali, il decisore non è disposto a spostarsi dalla propria zona;

— il parametro associato al «sesso» nel modello dei pazienti risulta negativo ($6.08, t = 2.39, p < 0.12$); l'inclusione della variabile sesso, anche se ha un basso livello di significatività, è giustificata dal miglioramento che comporta nell'adattamento del modello;

— il parametro della ΔRep risulta positivo in entrambi i modelli (*Pazienti*: $6.79, t = 3.81, p < 0.05$; *Medici*: $6.51, t = 0.93, p < 0.33$): al crescere del livello di reputazione della struttura di Destinazione rispetto a quella di Origine cresce anche l'utilità del decisore e di conseguenza la probabilità di spostarsi;

— il parametro della $\Delta Temp$ è negativo in entrambi i modelli (*Pazienti*:

$-0.03, t = 0.39, p < 0.53$; *Medici*: $-0.15, t = -7.11, p < 0.007$): ciò indica che l'aumento dei tempi di attesa nella struttura vicina rispetto a quella lontana aumenta l'utilità e quindi la probabilità di spostarsi;

— il parametro della $\Delta Dist$, risulta paradossalmente positivo in entrambi i modelli (*Pazienti*: $0.15, t = 3.88, p < 0.049$; *Medici* $0.31, t = 8.91, p < 0.003$). Secondo logica ci si aspetterebbe un segno negativo: al crescere della distanza dovrebbe diminuire la probabilità di spostarsi. Sembra che la distanza abbia un «effetto reputazione» (il paziente che non ha fiducia del suo ospedale di riferimento, preferisce affidarsi ad un ospedale lontano di cui conosce presumibilmente meno);

— il parametro della variabile $\Delta Coll$ risulta con segno negativo ($-5.34, t = 0.0001, n.s.$), condizione che spinge a pensare che la comunicazione e la collaborazione tra il medico e la struttura ospedaliera, sia di origine che di destinazione, sia poco presente. È verosimile che il segno negativo sia soprattutto determinato dalla scarsa collaborazione tra medici di fiducia ed ospedale di origine, che induce «migrazioni» di pazienti.

— alla ricerca di effetti migliorativi sul modello, abbiamo esaminato gli

Tabella 6 - Significato per pazienti e per medici della «buona reputazione» di un ospedale (valori percentuali)

Indicatori di reputazione	Pazienti (n = 103)	Medici (n = 38)
Nessun giudizio	1,0	0,0
Presenza di specialisti validi e noti	53,4	44,7
Presenza di attrezzature sofisticate e moderne	11,7	2,6
Elevato numero di casi trattati	4,9	10,5
Tassi di guarigione	7,8	21,1
Percentuale pazienti soddisfatti	10,7	13,2
Percentuale pazienti provenienti da fuori regione o provincia	1,0	0,0
Personale cortese e disponibile	7,8	2,6
Modernità della struttura	1,9	5,3

effetti quadrati dei vari attributi: solo il quadrato della distanza nel modello dei pazienti è risultato significativo, con effetto migliorativo (0.0011, $t = 4.83$, $p < 0.03$) ed è stato, pertanto, riportato in tabella 6;

— associando la variabile distanza (o distanza al quadrato per il modello medici) alla Reputazione otteniamo per il parametro un segno positivo (Pazienti: 0.041, $t = 0.92$, $p < 0.34$; Medici: 0.0003, $t = 0.007$, $p < 0.93$).

Noi interpretiamo questo dato nel senso che all'aumentare del livello della reputazione si ha un aumento della probabilità a spostarsi indipendentemente dal fatto di abitare anche in una zona distante; meno facilmente interpretabile è il segno negativo rilevato per il parametro della Rep*Dist con il modello «medici».

La figura 1, costruita in base all'applicazione di modelli DC descritti (vedere appendice) illustra la dinamica conseguente ad aumenti o diminuzioni di alcune variabili (tempi di attesa, reputazione, reputazione associata alla distanza, collaborazione). Si nota che:

— una diminuzione dei tempi di attesa a favore dell'ospedale di Destinazione provoca un aumento della probabilità di spostamento sia dei pazienti «fai da te» (A), sia dei pazienti inviati dai medici di fiducia (a);

— l'interazione reputazione e distanza, pur migliorando la significatività dei valori, come sopra rilevato, non altera il profilo comportamentale già notato per la sola reputazione;

— tanto minore è il livello di collaborazione tra il medico di fiducia e la struttura di riferimento, tanto maggiore è la tendenza a ricoverare i pazienti in strutture lontane;

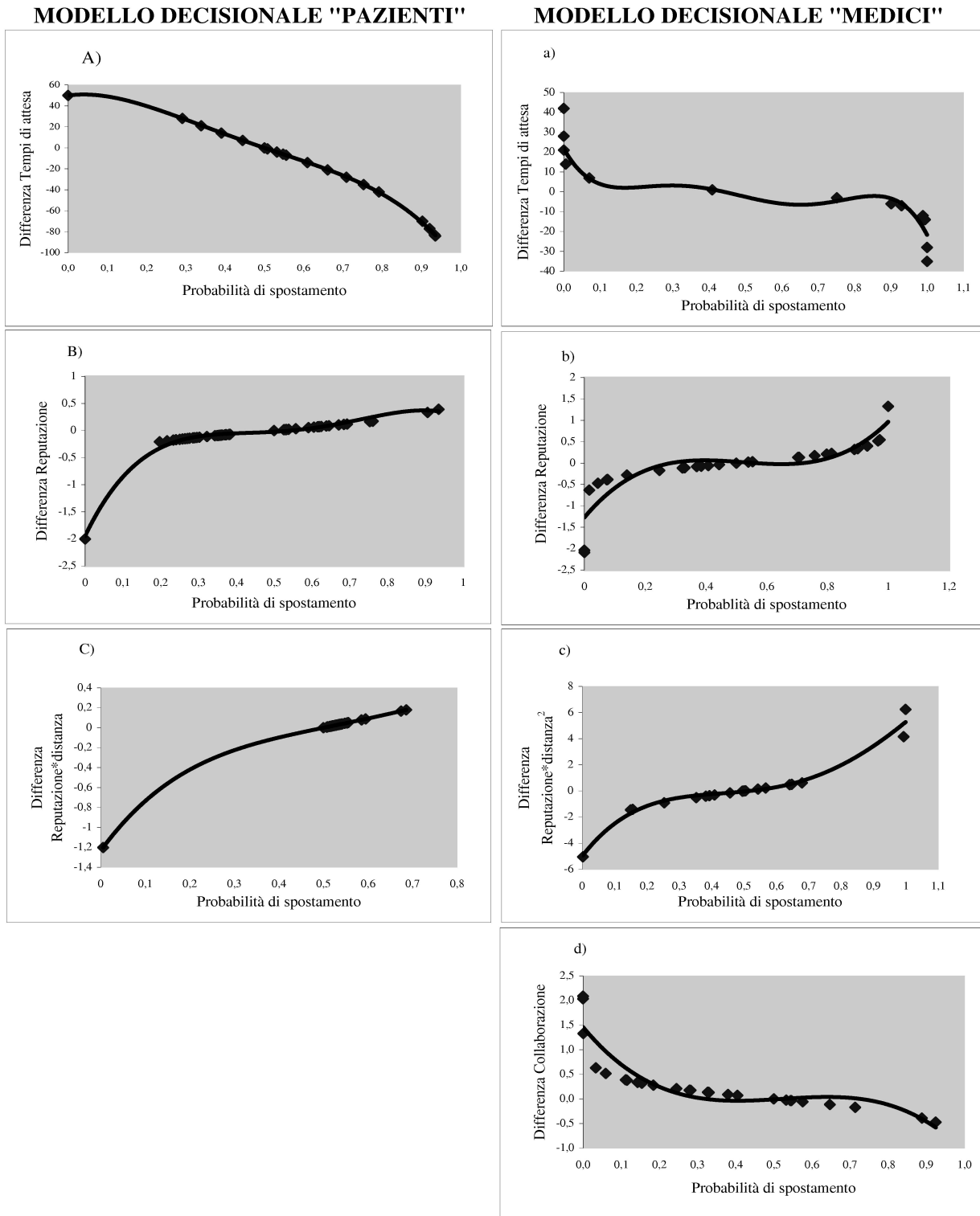
— si notano profili diversi nelle curve riferite ai modelli decisionali dei pazienti e dei medici.

Tabella 7 - Stimatori del modello *Discrete Choice* (Logit-effetti principali)

Stima di	Pazienti	Medici
Intercetta	- 7.4847	- 1.862
Standard Error	4.9964	0.719
T-ratio	2.24	6.715
Significatività	0.1341	0.010
Sesso	6.0845	
Standard Error	3.9349	-
T-ratio	2.39	
Significatività	0.1220	
Rep	6.7933	6.516
Standard Error	3.4864	6.746
T-ratio	3.81	0.933
Significatività	0.0514	0.334
Temp	- 0.0318	- 0.369
Standard Error	0.0512	0.140
T-ratio	0.39	6.960
Significatività	0.5340	0.008
Dist (*)	0.1519	0.305
Standard Error	0.0770	0.102
T-ratio	3.88	8.908
Significatività	0.0486	0.003
Coll		- 5.339
Standard Error	-	2.597
T-ratio		4.227
Significatività		0.040
Dist*Dist	0.0011	
Standard Error	0.0005	-
T-ratio	4.83	
Significatività	0.0280	
Rep*Dist	0.0435	- 0.209
Standard Error	0.0454	0.295
T-ratio	0.92	0.499
Significatività	0.3372	0.480
Rep*Dist²		0.0003
Standard Error		0.003
T-ratio	-	0.007
Significatività		0.932
-2LLR	13.232	34.406
DF	6	6
Significatività complessiva $p <$	0.0001	0.008

(*) È stato considerato il logaritmo naturale della distanza Ln (Dist) nell'analisi di regressione.

Figura 1 - Influenza di alcune variabili (Differenza utilità ospedale di Origine e ospedale di Destinazione lontano) sulla probabilità di «migrazione» dei pazienti ospedalieri (modelli *Discrete Choice-Logit*)



4. Conclusioni

Il presente studio si proponeva l'obiettivo di individuare un modello statistico capace di spiegare (e prevedere) le scelte dei *pazienti* e dei *medici* di loro fiducia circa l'ospedale di ricovero.

Mediante *focus group* e *interviste* condotte su campioni di *pazienti* di *medici* di fiducia (medici di medicina generale), abbiamo individuato, quali principali determinanti delle scelte del luogo di cura operate dai suddetti decisori:

— *reputazione* dell'ospedale, *tempi di attesa* e *distanza* (determinanti più importanti per i *pazienti*);

— *collaborazione* con l'ospedale, *reputazione* dello stesso e *tempi di attesa* (determinanti più importanti per i *medici*).

Medici e *pazienti* sono apparsi, come appare logico, utilizzare criteri decisionali diversi: la *reputazione*, in particolare del reparto di ricovero, è importante per tutte e due le categorie, la *distanza* dell'ospedale risulta avere importanza solo per i *pazienti* e non condizionare il *medico*, i *tempi di attesa* risultano condizionare il *medico* e molto meno il *paziente*.

L'asimmetria informativa tra *medico* e *paziente* è la più naturale spiegazione di un tale fenomeno: ad esempio circa l'opportunità di risolvere quanto prima il problema clinico o circa i tempi di attesa praticati da altri ospedali. Mahon (1993) ha osservato che la maggioranza dei *medici* di fiducia sono informati sui tempi di attesa degli ospedali della loro area; queste informazioni non sono invece abitualmente alla portata dei *pazienti*. Ritorniamo più avanti su questo argomento.

Con l'*analisi fattoriale*, condotta sulle risposte fornite dai *pazienti*, abbiamo indagato i legami tra i suddetti criteri decisionali. La tecnica ha dimo-

strato di saper chiarire la natura delle variabili esaminate e ha determinato dei pesi per ogni variabile. Le principali indicazioni emerse con tale studio sono:

— la *reputazione* dell'ospedale di ricovero è in buona parte legata alla diretta conoscenza del *medico* operante in un suo reparto, anche lontano, da parte del *paziente* (Fattore I). Ciò ci porta a sottolineare il ruolo promozionale svolto dall'attività (per lo più libero professionale) di *medici* ospedalieri in ambulatori distanti dalla struttura nella quale sono inquadrati;

— quando il *medico* di fiducia non consiglia il reparto/ospedale del ricovero (e solo in questo caso) emerge l'importanza per il *paziente* delle difficoltà di accesso (*distanza* e, in subordine, brevità della *lista di attesa*) (Fattore II);

— la *reputazione* di un reparto si basa anzitutto sulla reputazione del primario (Fattore III).

Il principale criterio di scelta, la *reputazione* dell'ospedale, è stato particolarmente indagato nella sua genesi: la *reputazione* di un reparto o di un ospedale è risultata univocamente essere dovuta anzitutto alla presenza di specialisti validi e noti. *Medici* e *pazienti* concordano dunque sull'importanza prioritaria della risorsa umana come determinante della qualità; la dotazione tecnologica, pure importante, risulta comunque in subordine nella percezione di utilità.

Nel generare *reputazione* di un ospedale/reparto sono apparse determinanti per i *pazienti* considerazioni umanistico-relazionali (soddisfazione riferita da conoscenti, cortesia e disponibilità del personale), per i *medici* conoscenze «oggettive» (efficacia clinica, consistenza della casistica trattata) ma anche la soddisfazione riferita da precedenti *pazienti*.

Il modello DC da noi costruito ha indagato le differenze tra il valore del-

le variabili-attributi (le sopraccennate motivazioni determinanti la mobilità sanitaria da noi studiate) nell'ospedale Destinazione e nell'ospedale Origine (Skinner, 1977; Egunjobi, 1983; Luft, 1990; Mahon, 1993; Phibbs, 1993; Hodgkin, 1996; Rozenberg, 2001). Queste le principali risultanze ottenute:

— i decisori sono disposti a sacrificare i benefici di una struttura ospedaliera vicina alla propria abitazione per quella con una *reputazione* migliore;

— al crescere del livello di *reputazione* della struttura Destinazione rispetto a quella Origine cresce anche l'utilità del decisore e, di conseguenza, la probabilità di spostarsi. I decisori seguono la buona *reputazione*, indipendentemente dalla *distanza* dell'ospedale. La probabilità di spostarsi per il *paziente* non diminuisce all'aumentare della *distanza* dell'ospedale. Per la *distanza*, anzi, è stato osservato un paradossale «effetto *reputazione*» (il *paziente* che non si fida del suo ospedale di riferimento, preferisce affidarsi ad un ospedale lontano, di cui conosce meno);

— una diminuzione dei *tempi di attesa* a favore dell'ospedale Destinazione provoca un aumento della probabilità di spostamento sia dei *pazienti* «fai da te», sia dei *pazienti* inviati dai *medici* di fiducia. I lunghi tempi di attesa nella struttura vicina rispetto a quella lontana aumentano, come appare ovvio, la probabilità che il *paziente* si sposti. La riduzione dei tempi di attesa è in grado di limitare la mobilità dei *pazienti* ospedalieri. È dunque molto opportuno che tra gli obiettivi strategici del Piano sanitario nazionale 2002-2004 vi sia quello di «proporzionare i tempi di attesa e la facilità d'accesso alle necessità degli utenti» (Ministero della salute, 2002);

— tanto minore è il livello di *collaborazione* tra il *medico* di fiducia e la struttura di riferimento, tanto maggio-

re è la tendenza a ricoverare i *pazienti* in strutture lontane. Per motivare un medico di fiducia ad indirizzare un paziente verso una struttura è dunque importante la collaborazione e la comunicazione dello stesso con tale struttura (di cui l'indagine ha, ancora una volta, rilevato la carenza);

— si notano profili diversi nelle curve riferite ai modelli decisionali dei *pazienti* e dei *medici*.

Quest'ultimo rilievo, già emerso con il commento alla tabella 4 ed alla figura 1, è funzione della asimmetria informativa, che giustifica il ruolo di *agente* del *medico* di fiducia.

È ipotizzabile che le differenze tra questi profili aumentino o diminuiscano a seconda del contesto temporale e socio-culturale. È presumibile che queste differenze si assottiglino sulla base della disponibilità di informazioni e dello sviluppo del rapporto fiduciario fra *medico* e *paziente*. Il Rapporto di Agenzia si fonda sulla reciproca fiducia: l'*agente* (*medico*) agisce «per conto» e «nell'interesse» del *paziente* e ne interpreta i bisogni sostituendosi a lui nella scelta dei beni/servizi (sanitari) necessari a soddisfare tali bisogni. L'incidenza decisionale del ruolo del *medico* è determinante in tutte le fasi del processo di conversione del bisogno di salute in domanda e nella scelta della qualità e intensità dei servizi sanitari che meglio potranno soddisfare la domanda stessa (Rozenberg, 2001). D'altra parte, il *medico*, oltre che essere intermediario del *paziente* (agendo dunque sul versante della domanda), partecipa abitualmente anche al processo di produzione delle prestazioni sanitarie fin ad essere condizionato da valutazioni di carattere economico-professionale, che lo portano ad essere un «*agente imperfetto*» (Rossi, 1994; Brenna, 1999).

La riduzione del *gap* informativo, che di fatto condiziona la libertà di

scelta del *paziente* o lo sviluppo del ruolo di *agente* da parte del *medico* «generalista» e del suo rapporto fiduciario con il *paziente* sono due linee d'azione strategica potenzialmente alternative per il futuro del Servizio sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale 2002-2004 sembrerebbe indicativo a questo proposito, dal momento che, oltre all'obiettivo della riduzione dei tempi delle prestazioni di diagnosi e cura, prevede il monitoraggio dei dati relativi e la loro condivisione mediante un sistema informativo dedicato a strutture e professionisti (medici, ospedali, Asl, regioni, amministrazioni centrali): non è previsto che tale sistema sia direttamente accessibile ai cittadini/pazienti (Ministero della salute, 2002).

Phibbs *et al.* (1993) hanno utilizzato il modello *Logit condizionale* inserendovi variabili di controllo (qualità, prezzo delle prestazioni e *distanza* stradale tra gli ospedali) per dimostrare che la scelta di un ospedale dipende dalla differibilità della patologia.

Per la nostra indagine sono stati considerati soprattutto Drg a media ed elevata differibilità; i casi a differibilità nulla (emergenze, traumatizzati) non consentono in genere di scegliere tra le possibili alternative ed afferiscono all'ospedale più vicino (Hansen, 1994).

Per un cancro (laddove ovviamente non si presenti come emergenza clinica), percepito come problema più preoccupante, la propensione/disponibilità a spostarsi verso strutture lontane è intuitivamente maggiore rispetto ad interventi elettivi volti alla soluzione di altre patologie.

Non vi è dubbio che da studi più analitici della mobilità sanitaria in relazione alle specifiche patologie potranno derivare le più mirate indicazioni circa le determinanti dei flussi dei pazienti.

Che i *pazienti* in genere, tendono, in assenza di altri *input*, a ricoverarsi nell'ospedale più vicino è dato acquisito (Chernew, 1998). Hansen (1994) ha rilevato che, per *pazienti* residenti al confine tra bacini di utenza di ospedali diversi, la qualità tecnica di trattamento, il *comfort* e gli aspetti relazionali, le eventuali precedenti esperienze (Gooding, 1996) e la facilità di accesso (es. mezzi di trasporto pubblico per i *pazienti*) sono risultati i principali determinanti della scelta dell'ospedale.

Le condizioni di pagamento o di copertura assicurativa sono un'altra determinante ben nota, che noi non abbiamo studiato in quanto ininfluente nel Servizio nazionale italiano (Chernew, 1998). La possibilità di esercitare scelte libere da condizionamenti economici è di per sé un marcatore di qualità del nostro sistema sanitario. La pianificazione delle «reti» ospedaliere si propone anche di eliminare anche i condizionamenti economici meno quantificabili, che derivano dalla distanza dell'ospedale. È tuttavia sempre più evidente che enfattizzazione della libertà di scelta da parte dei *pazienti*, mantenimento della rete e sviluppo della qualità assistenziale (ad es. attraverso meccanismi competitivi) sono obiettivi conciliabili solo mediante una grande disponibilità economica ed una attenta capacità valutativa.

La *qualità tecnica* del trattamento appare, a parità di copertura ed in pazienti della stessa oggettivamente informati (es. mortalità post-ricovero per specifiche cause, disponibilità di tecnologie avanzate), il principale determinante degli spostamenti dei pazienti e, quindi, il requisito principalmente richiesto agli ospedali (Hodgkin, 1996; Chernew, 1998).

Rimandiamo ad altri studi, anche nostri le osservazioni su questo determinante (Nante, 1999; Nante,

2000(a); Nante, 2000(b); Nante, 2001).

Il modello da noi messo a punto consente di ricavare un «indice di utilità» che è, di fatto, un valutatore di qualità percepita. Tale strumento trascende la funzione delle tecniche di misurazione a posteriori della soddisfazione dell'utente (Nante, 2002; Pellegrino, 2002), utili a fini gestionali, per assumere un potenziale importante ruolo di tipo programmatico.

Due infatti sono i possibili utilizzi del modello:

— il primo cerca di identificare gli spostamenti ipotizzabili di un *paziente/gruppo di pazienti*; migliorando i punti deboli;

— il secondo cerca di stabilire, sulla base di simulazioni, le caratteristiche che un ospedale/reparto già presente o in via di costruzione dovrebbe avere per vincere la concorrenza limitrofa.

Questo secondo utilizzo, secondo noi, potrebbe giovare anche più del primo.

A scopo esemplificativo, la tabella 8 confronta due strutture, Origine e Destinazione; in tutte e due si ha un livello identico di *reputazione* 0 ($1(D) - 1(O) = 0$), ma *liste di attesa* diverse ($5(D) - 10(O) = -5$ giorni) ed una *di-*

stanza diversa dalla residenza del paziente ($20(D) - 6(O) = 14$ minuti) nell'Origine «O» rispetto a quella di Destinazione «D».

Si ricava un livello (indice) di utilità di circa $-0,817$ equivalente ad una probabilità, per i pazienti di sesso maschile, del 0,31 spostarsi verso la struttura Destinazione.

L'esempio riportato nella tabella 8, con vettore delle variabili esplicative $[1 \ 0 \ -5 \ 14]$, paragona 2 strutture; tuttavia è possibile ipotizzare anche degli impieghi migliorativi su una singola struttura, partendo dai dati reali e, in base a possibili scelte programmatiche ipotizzabili, simulare i cambiamenti che questi fattori avrebbero sull'ospedale in esame.

Inoltre, si ottengono gli effetti marginali di ogni singola variabile indipendente sulla probabilità $Pr(Y = 1)$, come visualizzato nella tabella 8; se la $\Delta Temp$ (Differenza di tempi di attesa) aumenta di un'unità diminuisce la probabilità approssimativamente di 0,01, mentre se la $\Delta Dist$ (Differenza tra le distanze) aumenta di un'unità la probabilità cresce approssimativamente di 0,03. Infine se l'aumento della ΔRep (Differenza di reputazione), otterremo una crescita di

probabilità approssimativamente di 0,01.

Un limite della nostra ricerca è costituito dal fatto che siamo partiti dalle decisioni reali già prese (ricoveri in corso o pregressi) e siamo risaliti alle caratteristiche percepite dal decisore (medico o paziente) per effettuare la scelta.

Questo rappresenta un percorso inverso rispetto a quello tradizionale del DC, che parte da un insieme predefinito di caratteristiche per chiedere al soggetto di immaginare quale scelta effettuerebbe in base alle stesse. Ciò ci ha portato ad analizzare un numero limitato di osservazioni possibili (livelli delle variabili studiate combinati tra loro) per ciascun soggetto, mentre con l'approccio tradizionale si possono proporre molti scenari ipotetici ai soggetti intervistati. La metodologia adottata rende però i risultati ottenuti più realistici.

L'importanza della nostra ricerca non è tanto quella di aver individuato nuove motivazioni della mobilità sanitaria. I determinanti della stessa sono noti da tempo (Hansen, 1994, Hodgkin, 1996; Chernen, 1998). Abbiamo però a questi attribuito specifici pesi decisionali ed abbiamo individuato modelli previsionali sulla base

Tabella 8 - Risultati ottenuti tramite la simulazione del modello Logit di pazienti

Coefficienti	β_0	β_1	β_2	β_3	β_4	β_5	β_6	Indice utilità	Prob.
Stimatori modello di pazienti-Logit	-7,48	6,08	6,79	-0,03	0,15	0,001	0,043		
Vettore ipotizzato delle variabili esplicative (ΔX_i)	1	1 (maschi)	0	-5	2,6391 (*)	6,965	0		
Esiti	-7,45	6,08	0	0,15	0,396	0,007	0	-0,82	0,31
Effetti marginali		(**)	(**)	-0,01	0,03	0,0002	0,01		

(*) $\ln(14) = 2,6391$.

(**) Gli effetti marginali delle variabili categorizzate non vengono calcolati (Liao Tim F., 1994).

dei valori via via assunti dai determinanti.

Ci proponiamo, nel prossimo futuro, di applicare questi pesi a dati e situazioni «reali» per saggiare la pratica utilizzabilità del modello qui presentato.

5. Appendice

Quando la variabile casuale è discreta, quale Y_i nella equazione (2-1), possiamo ottenere tutti i possibili valori con le rispettive probabilità per mezzo di una funzione di densità di probabilità, la quale è la base di un modello statistico DC.

Sia (P_i) la probabilità che il decisore *i-esimo* scelga l'alternativa 1 (si sposti) e ($1-P_i$) la probabilità di scegliere l'alternativa 0 (non si sposti). In questo caso la funzione di densità di probabilità di Y_i è:

$$g(y_i) = p_i^{y_i} (1-p_i)^{1-y_i}; y_i = 1,0$$

Quindi la probabilità che il decisore «*i*» si sposti è:

$$g(1) = p [y_i = 1] = p_i$$

invece, la probabilità complementare che lo stesso decisore «*i*» non si sposti è:

$$g(0) = p [y_i = 0] = 1 - p_i$$

La media e la varianza della distribuzione di probabilità discreta di una variabile casuale discreta Y_i rispettivamente sono:

$$E[y_i] = p_i$$

$$Var[y_i] = p_i(1-p_i)$$

La distribuzione di probabilità di Y_i viene, pertanto, determinata completamente da P_i che esprime sia la probabilità di scegliere l'alternativa 1, sia il valore atteso di Y_i .

5.1. Il modello di utilità casuale (random utility model)

La funzione di utilità casuale, in quanto non è nota con certezza (Aldrich, 1984), viene espressa come la somma di una componente osservabile e di una componente idiosincratca (errori casuali):

$$U_{ij} = \bar{U}_{ij} + \varepsilon_{ij} \quad [5-1]$$

dove U_{ij} è l'utilità casuale dell'alternativa «*J*» ($j = 1 \text{ o } 0$) scelta dal decisore «*I*» ($i = 1, 2, \dots, T$).

Volendo esprimere l'utilità U_{ij} come funzione degli attributi (Rep, Temp, Dist, Coll) dell'alternativa preferita e delle caratteristiche del decisore (Sesso, Età, Istruzione, Reddito, Professione), possiamo scrivere la componente sistematica, che rappresenta l'utilità indiretta, come:

$$\bar{U}_{ij} = A_{ij} \beta + C_i \alpha_j \quad [5-2]$$

dove:

— A_{ij} è il vettore degli attributi dell'alternativa «*J*» del decisore «*I*» ($A_{ij} = \text{Rep, Temp, Dist, Coll}$);

— C_i è il vettore delle caratteristiche del decisore «*I*» ($C_i = \text{Sesso, Età, Istruzione, Reddito, Professione}$);

— β, α_j sono vettori dei parametri cognitivi.

Combinando la (5-1) e la (5-2) otteniamo:

$$U_{ij} = A_{ij} \beta + C_i \alpha_j + \varepsilon_{ij} \quad [5-3]$$

assumendo che gli errori siano indipendenti per ogni decisore ed alternativa e siano distribuiti normalmente con media zero e varianza σ_j^2 ; ($j = 0, 1$). Queste ipotesi implicano che l'utilità attribuita ad un'alternativa da un decisore non è correlata con l'utilità attribuita da un altro decisore.

Dato che non possiamo rilevare con certezza l'alternativa che verrà scelta, ma possiamo prevedere la probabilità di scegliere una delle alternative possibili, specificamente, rappresentiamo la probabilità che il decisore «*i*» scelga ogni alternativa come:

$$p_i = p_r [y_i = 1] = p_r [U_{i1} > U_{i0}]$$

$$1 - p_i = p_r [y_i = 0] = p_r [U_{i1} \leq U_{i0}]$$

Dato il modello di utilità casuale nella equazione (5-3) possiamo scrivere:

$$p_i = p_r (U_{i1} > U_{i0})$$

$$p_i = p_r (\bar{U}_{i1} + \varepsilon_{i1} > \bar{U}_{i0} + \varepsilon_{i0})$$

$$p_i = p_r (\varepsilon_{i0} - \varepsilon_{i1} < \bar{U}_{i1} - \bar{U}_{i0}) \quad [5-4]$$

In base a questo possiamo identificare un modello statistico di DC sostituendo la [5-3] con la [5-4] e specificando la distribuzione di probabilità della differenza negli errori casuali di utilità, $\varepsilon_{i0} - \varepsilon_{i1}$.

Innanzitutto, sia « I_i » l'indice di utilità che rappresenta la differenza di utilità nella componente sistematica, nella parte destra della (5-4):

$$I_i = \bar{U}_{i1} - \bar{U}_{i0} = (A_{i1} - A_{i0}) \beta + C_i (\alpha_1 - \alpha_0)$$

$$I_i = [(A_{i1} - A_{i0}) C_i] \begin{bmatrix} \beta \\ \alpha_1 - \alpha_0 \end{bmatrix} \quad [5-5]$$

$$I_i = X_i \eta \quad [5-6]$$

Si noti che se i parametri (α_1, α_0), originariamente, fossero uguali, allora le diverse caratteristiche dell'individuo non contribuirebbero alla differenza in utilità. Quindi l'indice di utilità « I_i » è la differenza tra la componente sistematica dell'alternativa (1) e quella (0); quanto più grande è « I_i », tanto più grande è la componente sistematica dell'alternativa (1) rispetto alla (0). Di conseguenza, tanto più alto è « I_i », quanto più alta è la probabilità che l'alternativa (1) sarà preferita a (0).

Sostituendo la (5-4) con la (5-6) si ottiene:

$$p_i = p_r [\varepsilon_{i0} - \varepsilon_{i1} \leq X_i \eta] = p_r [e_i \leq X_i \eta] \quad [5-7]$$

La (5-7) evidenzia che la probabilità che l'alternativa 1 sarà scelta è la probabilità che la differenza negli errori casuali e_i sia minore o uguale all'indice di utilità.

Dato che gli errori ε_{ij} sono variabili casuali indipendenti, con media zero e varianza σ_j^2 , la loro differenza è $e_i \sim N(0, \sigma^2 = \sigma_0^2 + \sigma_1^2)$:

$$p_i = p_r [e_i \leq X_i \eta]$$

$$p_i = p_r \left[\frac{e_i}{\sigma} \leq \frac{X_i \eta}{\sigma} \right]$$

$$p_i = p_r [\kappa_i \leq X_i \beta] \quad [5-8]$$

dove,

$$\kappa_i = \frac{e_i}{\sigma}, \quad \beta = \frac{\eta}{\sigma}$$

La variabile casuale κ_i è distribuita normalmente con media zero e varianza uno: $N(0, 1)$.

La probabilità che la variabile casuale κ_i sia «minore di» o «uguale a», viene fornita dalla funzione di distribuzione cumulativa della variabile ca-

suale. Di conseguenza, la probabilità che l'alternativa 1 sarà scelta è:

$$p_{i1} = p_r [\kappa_i \leq X_i \beta] = \phi(X_i \beta)$$

dove $\phi(X_i \beta)$ è il valore della funzione di distribuzione cumulativa della variabile standardizzata e viene calcolato tramite la seguente formula, detta «Modello Probit»:

$$p_i = \phi(X_i \beta) = \phi(I_i) \quad [5-9]$$

dove $\phi(\cdot)$ è la funzione di distribuzione cumulativa della variabile casuale standardizzata.

Generalmente possiamo scrivere:

$$\phi(I_i) = \phi(X_i \beta) = \int_{-\infty}^{X_i \beta} \frac{1}{\sigma} \cdot e^{-\frac{\kappa^2}{2}} \cdot d\kappa \quad [5-10]$$

Quando gli errori casuali e_i assumono una distribuzione logistica anziché normale standardizzata, emerge un'altra formula detta «Modello Logit» e la sua espressione è:

$$\phi(I_i) = \frac{1}{1 + e^{-I_i}}$$

Per misurare l'effetto marginale di ogni variabile indipendente sulla probabilità $P(Y = 1)$, nei modelli del tipo *Probit* e *Logit*, possiamo applicare rispettivamente le seguenti formule in cui il segno di β_i determina la direzione di tale effetto il quale tende a crescere all'aumentare di β_i , mentre la relativa grandezza varia al variare della variabile esogena X_i .

$$\frac{\partial P(Y=1)}{\partial X_i} = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \cdot e^{-\frac{I_i^2}{2}} \cdot \beta_i = \phi(I_i) \beta_i \quad [5-11]$$

$$\frac{\partial P(Y=1)}{\partial X_i} = \frac{e^{I_i}}{1 + e^{I_i}} \cdot \frac{1}{1 + e^{I_i}} \cdot \beta_i \quad [5-12]$$

Tali considerazioni ci conducono alla formula (5-13) in cui sarà visibile la relazione tra la probabilità $P(Y = 1)$ e la variazione in X_i .

$$\frac{\partial P(Y=1)}{\partial X_i} = \frac{e^{\beta_i(X_{i1} - X_{i0})}}{1 + e^{\beta_i(X_{i1} - X_{i0})}} \quad [5-13]$$

BIBLIOGRAFIA

- ADCOCK C.J. (1974), *Analisi fattoriali per non matematici*, OS, Firenze.
- ADDARI P. et al. (1995), *Studio della mobilità sanitaria relativa al bacino di utenza del policlinico senese*, Atti Sez. Toscana S.It.I., VII, pp. 51-59.
- ALDRICH J.H., NELSON F.D. (1984), *Linear Probability, Logit, and Probit models*, SAGE, 45.
- AMEMIYA T. (1981), «Qualitative response models: A survey», *Journal of Economic Literature*, 19, pp. 1483-1536.
- BACCARANI C. (1998), «La qualità delle prestazioni e la libera scelta dell'utente», in Achard P.O., Fontana F. (a cura di), *Economia e direzione delle aziende sanitarie*, Quaderno di ricerca 8, RIREA, Roma.
- BAILEY K.D. (1995), *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- BEN-AKIVA M., LERMAN S.R. (1985), *Discrete choice analysis: Theory and application to travel demand*, MIT Press, Cambridge.
- BISCELLA M., DEPONTI F. (1998), «Il Nord attira i malati in trasferta», *Il Sole 24 ore*, 23 Febbraio.
- BONOLDI P. (1998), *Sistema Drg e finanziamento degli ospedali: un'opportunità per programmare la qualità dell'assistenza*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- BRENNA A. (1999), *Manuale di economia sanitaria per una gestione razionale delle risorse*, CIS Editore, Milano.
- CATTELL R.B. (1978), *The scientific Use of Factor Analysis*, Plenum, New York.
- CHAMPION DEAN J. (1970), *Basic statistics for social research*, Chandler, Scaranton, PA.
- CHERNEW M., SCANLON D., HAYWARD R. (1998), «Insurance type and choice of hospital for coronary artery bypass graft surgery», *Health Services Research*, 33, pp. 447-466.
- COMREY L.A. (1995), *Introduzione all'analisi fattoriale*, Zanichelli, Bologna.
- CORRAU S. (2000), *Il focus group*, Franco Angeli, Milano.
- D'ASCANI G., CANDIDA D.E., MATTEO G. (1987), «La conjoint analysis fornisce al

- progettista di hardware/software le specifiche informazioni di mercato richieste nella fase creativa dell'innovazione», in Pagliarani G., Gottardi G. (a cura di), *Innovazione tecnologica, discipline economiche e organizzative e indirizzi di ricerca*, Atti workshop Bressanone, 3-4 ottobre, pp. 234-244, Padova.
- DEGLI ESPOSTI G., RIMONDI M., VIRGILIO G., UGOLINI C. (1996), «Matrici di mobilità per Drg's: analisi descrittiva ed applicazioni per la programmazione e le politiche sanitarie regionali», *Mecosan*, 19, pp. 53-62.
- DOMINICK S. (1985), *Statistica ed econometria*, Collana SCHAUM teoria e problemi, ETAS LIBRI, Milano.
- DONALDSON C. (1993), *Theory and practice of Willingness to Pay for Health care*, Health Economic Research, Unit Discussion Paper n. 1/93, University of Aberdeen, Aberdeen.
- EGUNJOBI L. (1983), «Factors influencing choice of hospitals: a case study of the northern part of Oyo State», *Nigeria, Social Science & Medicine*, 17, pp. 585-589
- FABBRI D., FIORENTINI G. (1996), «Mobilità e consumo sanitario: metodi per la valutazione di benessere», *Mecosan*, 19, pp. 37-52.
- FIORENTINI G., REBBA V., DANIELE F. (1997), «La regolamentazione della qualità delle prestazioni ospedaliere mediante tariffe: un'analisi dei sistemi di pagamento prospettico», in Petretto A. (a cura di), *Economia della sanità*, Il Mulino, Bologna.
- GOODING S.K. (1996), «The relative importance of information sources in consumers' choice of hospitals», *Journal of Ambulatory Care Marketing*, 6, pp. 99-108.
- GREEN P., SRINIVASAN V. (1978), «Conjoint analysis in consumer research. Issues and outlook», *Journal of Consumer Research*, 5, pp. 103-123.
- GRIFFITHS W.E., CARTER HILL R., JUDGE G.G. (1993), *Learning and practising econometrics*, JOHN WILEY & SONS, New York.
- GORSUCH R.L. (1983), *Factor Analysis*, 2^a ed., Erlbaum, Hillsdale.
- HANSEN T.B. (1994), «What factors affect choice of hospital in cases of trauma? A study of conditions in the county of Ringkøbing, Ugeskrift for Laeger», 156, pp. 652-655
- HODGKIN D. (1996), «Specialized service offerings and patients' choice of hospital: the case of cardiac catheterization», *Journal of Health Economics*, 15, pp. 305-332.
- HOTELLING H. (1933), «Analysis of a complex of statistical variables into principal components», *Journal of Educational Psychology*, 24, pp. 417-441.
- KAISER H.F. (1958), «The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis», *Psychometrika*, 23, pp. 187-200.
- KAZMIER L.J. (1986), *Statistica aziendale*, Collana SCHAUM teoria e problemi, ETAS LIBRI, Milano.
- KLINE P. (1997), *Guida facile all'analisi fattoriale*, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.
- LIAO TIM F. (1994), *Interpreting probability models Logit, Probit, and other generalized linear models*. SAGE, 101.
- LUFT H.S. et al. (1990), «Does quality influence choice of hospital?», *The Journal of the American Medical Association*, 263, pp. 2899-2906.
- MAHON A., WHITEHOUSE C., WILKIN D., NOCON A. (1993), «Factors that influence general practitioners' choice of hospital when referring patients for elective surgery», *The British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 43, pp. 272-276.
- MAPELLI V. (1993), «Libertà di scelta ed equità nel sistema sanitario italiano: un'indagine campionaria», in France G., Attanasio E. (a cura di), *Economia sanitaria*, A. Giuffrè, Milano.
- MCNEIL B., WEICHELBAUM R., PAUKER S. (1978), «Fallacy of five year survival in lung cancer», *The New England Journal of Medicine*, 299, pp. 1397-1401.
- MCNEIL B., WEICHELBAUM R., STEPHEN G., PAUKER S. (1981), «Speech and survival», *The New England Journal of Medicine*, 305, pp. 982-987.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2002), *Schema di Piano sanitario nazionale 2002-2004*, Servizio Studi e Documentazione.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1996), *Relazione sullo stato sanitario del Paese*, Servizio Studi e Documentazione.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2000), *Relazione sullo stato sanitario del Paese*, Servizio Studi e Documentazione.
- MOR V., WACHTEL T.J., KIDDER D. (1985), «Patient predictors of hospice choice, Hospital versus home care programs», *Medical Care*, 23, pp. 1115-1119.
- NANTE N. et al. (2000a), «Prediction of mortality for congestive heart failure patients: results from different wards of an Italian teaching hospital», *European Journal of Epidemiology*, XVI, pp. 1017-1021.
- NANTE N. et al. (2000b), *In-hospital mortality Drg related in Piemonte*, Italy.
- NANTE N. et al. (2001), «Uno strumento per la valutazione del processo assistenziale ospedaliero: la qualità redazionale della cartella clinica», *Difesa Sociale*, 5, pp. 143-155.
- NANTE N. et al. (2002), «Qualità assistenziale percepita dai ricoverati in ospedale: messa a punto di uno strumento valutativo», *Annuaire d'Igiene*, XIV, pp. 51-72.
- MORIZET-MAHOUEAUX P.M., DUBUISSON B. (1983), «Analysis of the criteria of choice of hospital materials and technologies», *International Journal of Bio-Medical Computing*, 14, pp. 53-63.
- NORD E. (1991), «The validity of a visual analogue scale in determining social utility weight for health states», *International Journal of Health Planning and Management*, 6, pp. 234-242.
- PHIBBS C.S. et al. (1993), «Choice of hospital for delivery: a comparison of high-risk and low-risk women», *Health Services Research*, 28, pp. 201-222.
- PELLEGRINO P. et al. (2002b), «Esperienze di analisi partecipata della qualità in un'azienda ospedaliera», *Annuaire d'Igiene XIV*, pp. 37-50.
- ROSSI G. (1994), *Mercato e non mercato in sanità: l'efficienza dei sistemi sanitari e la razionalizzazione dei consumi delle risorse*, Edizioni Copinfax, Siena.
- ROYCE J.R. (1963), «Factors as theoretical constructs», in Jackson D.N., Messick S. (a cura di), *Problems in Human Assessment*, McGraw-Hill, New York.
- ROZENBERG S., HAM H. (2001), «Effect of physicians opinion on patients' choice of treatment», *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 96, pp. 215-217.
- RYAN M., HUGHES J. (1997), «Using conjoint analysis to assess women's preferences for miscarriage management», *Health Economics*, 6, pp. 261-273.
- SKINNER T.J., PRICE B.S., SCOTT D.W., GORRY G.A. (1977), «Factors affecting the choice of hospital-based ambulatory care by the urban poor», *American Journal of Public Health*, 67, pp. 439-445.
- TESSIER G., CONTANDRIOPOULOS A.P., DIONNE G. (1985), «Patient mobility for elective surgical interventions», *Social Science & Medicine*, 20, pp. 1307-1312
- TORRANCE G., THOMAS W., SACKETT D. (1972), «A utility maximization model for evaluation of health care programs», *Health Service Research*, 7, pp. 118-133.
- UGOLINI C., FABBRI D. (1998), «Mobilità sanitaria ed indici di entropia», *Mecosan*, 26, pp. 9-24.

IL COSTO DEL TRAPIANTO DI FEGATO ALL'OSPEDALE CISANELLO

R. Pisati¹, M.I. Ulivieri², R. Ferrara¹, G. Cavicchini², F. Mosca³, F. Filipponi⁴

¹ Dipartimento Medico, Novartis Farma S.p.A., Origgio (VA)

² Amministrazione e Controllo di Gestione, Azienda Ospedaliera Pisana, Pisa

³ Dipartimento Chirurgia Generale e Trapianti, Università di Pisa - Ospedale Cisanello, Pisa

⁴ Unità di Trapiantologia Epatica, Università di Pisa - Ospedale Cisanello, Pisa

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodi - 3. Risultati - 4. Conclusioni.

A retrospective data collection was carried out to determine cost-effectiveness and cost determinants of liver transplantation. Costs included consumption-related (e.g. diagnostics, medication) and structure-related costs (staff, general costs and overheads). Main variables were: mean cost/patient alive, mean cost/month of patient alive, mean cost/transplantation.

During 1997-2000, 252 transplantations were performed. Mean cost/patient alive was constant (107,014-117,782 €), whereas mean cost/month of patient alive progressively diminished to 7,098 €. Costs differed according to reason for transplantation: lower in non-viral and higher in fulminant hepatitis. Higher costs were also observed in patients with portal thrombosis and high pre-transplant serum creatinine. Mean cost/transplantation was fairly constant (75,747-83,846 €) and plateaued after 120-140 transplantations. Optimization of the cost/effectiveness ratio is linked to a reasonably high number of transplants/year, and to a careful consideration of risk factors and diagnoses.

1. Introduzione

I notevoli progressi compiuti dalla fine degli anni '60 ad oggi nella gestione chirurgica e terapeutica del paziente sottoposto a trapianto di fegato hanno portato ad un miglioramento della curva di sopravvivenza a 8 anni (dal 38%, osservato nel periodo tra il 1968 e il 1987, fino al 61% registrato dal 1988 in poi), aumentato il tasso di sopravvivenza dell'organo trapiantato dal 32% al 52% (Adam, 2000) ed hanno reso la sostituzione d'organo una modalità terapeutica consolidata dell'insufficienza epatica terminale. Tuttavia, il suo impiego è limitato da carenza di risorse, non solo in termini di disponibilità di organi, ma anche di risorse finanziarie.

Il trapianto di fegato è una delle opzioni terapeutiche più costose in medicina e ha un impatto importante sui costi di un ospedale. Questo è un punto critico per il Servizio sanitario nazio-

nale in molti paesi europei: gli alti costi sostenuti per rispondere ad una domanda sempre crescente di prestazioni sanitarie hanno reso necessaria l'adozione di politiche severe di ottimizzazione dei costi. In campo trapiantologico diventa necessario, perciò, mettere a punto strategie che mirino all'abbassamento dei costi, senza produrre un impatto negativo sul risultato clinico (Katz, 1999). I pre-requisiti per raggiungere questo obiettivo sono la disponibilità di un metodo affidabile di valutazione e controllo dei costi e adeguate informazioni cliniche sui pazienti, che consentano l'identificazione dei più importanti determinanti di costo e l'esecuzione di analisi di costo/risultato dei programmi di trapianto di fegato.

Sono stati tentati diversi approcci per conoscere e comprendere meglio gli aspetti economici del trapianto di fegato; tuttavia, poiché la maggior parte degli studi disponibili è stata eseguita negli USA, paese con un si-

stema sanitario sostanzialmente privato, con obiettivi di profitto e con una forte presenza delle assicurazioni, l'attenzione è stata spesso posta più sui problemi di copertura e di rimborso delle prestazioni che sull'analisi dei costi veri e propri che detta procedura comporta (Evans, 2001). I pochi studi condotti in Europa, area in cui la medicina è prevalentemente pubblica, non hanno previsto l'impiego di metodologie di analisi dei costi riproducibili e trasparenti, rendendo così difficile la valutazione dei dati presentati (Adam, 2000; Hayes, 1997; Markmann, 2001). In Italia, un'esperienza degna di rilievo è stata quella eseguita presso l'Azienda ospedaliera di Padova (Aa.Vv., 1999), dove però il calcolo dei costi del trapianto di fegato è stato effettuato ipotizzando un certo consumo di risorse per il paziente in «condizioni cliniche ottimali» e un altro per quello «con complicanze», senza verificare il reale consumo di ri-

sorse sanitarie nel contesto specifico del Policlinico di Padova.

Alcuni elementi importanti, per gli operatori sanitari e per coloro che hanno la responsabilità dell'allocazione delle risorse in Sanità, non hanno ancora trovato risposte esaurienti: quale sia il costo di un paziente trapiantato e vivo (non solo del trapianto come procedura a se stante), quali siano le voci di costo più rilevanti e le caratteristiche cliniche che determinano costi più elevati, quale sia la produttività sociale di un centro trapianti.

Scopo del presente studio è stato quello di rispondere a queste domande, analizzando l'attività clinica e i dati contabili dell'ospedale Cisanello di Pisa, ospedale ad alta specializzazione e centro di riferimento nazionale per la chirurgia epatica maggiore (Mormino, 2002), durante i primi quattro anni di esecuzione del programma «trapianto di fegato». Inoltre un altro scopo dello studio è stato di mettere a punto una metodologia riproducibile e trasparente per la rilevazione del consumo di risorse sanitarie e la raccolta di dati clinici relativi a ciascun paziente.

2. Metodi

Lo studio è stato condotto presso l'Unità di Trapiantologia Epatica (UTE) dell'Unità operativa (Uo) di Chirurgia generale e dei trapianti dell'ospedale Cisanello, Pisa. Questa UTE ha il vantaggio di essere organizzata come centro di riferimento regionale, cui afferiscono tutti i pazienti per le indagini di post-dimissione, e in cui vengono ospedalizzati in caso di complicanze (Aa.Vv., 2001). Lo studio consiste in una raccolta retrospettiva di dati clinici ed economici. Il periodo di osservazione va dal 1° gennaio 1997, tre mesi dopo l'inaugurazione dell'UTE, fino al 31 dicembre 2000.

I pazienti sono stati osservati dalla data del trapianto fino al 31 dicembre

2000 o alla data della morte, se precedente. Tutti i costi sono stati calcolati dal punto di vista dell'ospedale Cisanello: i costi relativi ad attività svolte fuori dall'ospedale non sono stati considerati.

Al fine di tracciare il consumo di risorse sanitarie e di raccogliere informazioni di tipo clinico ed economico, è stata utilizzata una apposita scheda raccolta dati, contenente le voci descritte in tabella 1.

Per il calcolo dei costi è stato utilizzato il metodo analitico *bottom-up (microcosting)* (Casati, 2000; Drummond, 1997) e la valuta utilizzata è stata l'euro 2000; i dati di costo anteriori all'anno 2000 sono stati opportunamente aggiustati, tenendo conto del tasso di inflazione. Le voci di costo considerate sono state suddivise nelle seguenti categorie:

a) *costi «variabili»* (giorni trascorsi in UTI - Unità Terapia Intensiva, procedure diagnostiche e di laboratorio, farmaci e altri interventi terapeutici): sono stati calcolati, per ciascun paziente, moltiplicando il numero di unità consumate (ad esempio un giorno di degenza in UTI, una singola procedura diagnostica, due giorni di trattamento farmacologico, tre ore di sala operatoria per un reintervento ...) per il costo unitario (aggiornato annualmente) e sommando i costi determinati da ciascuna tipologia di consumo di risorse.

I dati relativi ai consumi sanitari sono stati raccolti in associazione alle date reali in cui è avvenuto tale consumo;

b) *costi di personale*: sono stati calcolati considerando il costo annuale totale (salario + oneri sociali) di cia-

Tabella 1 - Informazioni raccolte nella «Scheda raccolta dati»

<p>Dati correlati al paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> dati demografici (sesso e data di nascita) indicazione al trapianto gravità clinica del paziente (punteggi UNOS - Child-Pugh) presenza di fattori di rischio paziente vivo al 31/12/2000 (sì/no)
<p>Dati correlati al trapianto:</p> <ul style="list-style-type: none"> informazioni sul donatore (età, sesso, causa di morte) primo/secondo trapianto; ragione del ritrapianto punteggio ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Class) data e durata dell'intervento chirurgico unità di sangue/plasma/piastrine utilizzate durante l'intervento numero di giorni di permanenza in UTI data di dimissione
<p>Dati relativi alle ospedalizzazioni/day-hospital post-trapianto:</p> <ul style="list-style-type: none"> durata di ciascuna ospedalizzazione farmaci utilizzati test di laboratorio diagnostica strumentale interventi chirurgici post-trapianto altri interventi terapeutici

scun singolo operatore moltiplicato per la proporzione di tempo dedicato al programma trapianto di fegato, come indicato dal medico responsabile dell'UTE (Hsiao, 1988), e corretto per il numero di giorni/anno solare effettivamente dedicati a detto programma.

È stato considerato tutto il personale coinvolto nelle diverse attività correlate al trapianto (centro coordinamento trapianti, espianto e trapianto d'organo, degenza post-trapianto, *follow-up* clinico post-dimissione).

Il costo totale giornaliero del personale dedicato al programma di trapianto è stato calcolato, sommando i costi di ciascuna unità lavorativa e dividendo tale cifra per 365 o 366 giorni, a seconda dell'anno considerato;

c) *costi comuni allocati all'Uo di Chirurgia generale* (da ribaltare in parte all'UTE): dato che l'UTE non è un Centro di responsabilità (Cdr) autonomo, i relativi costi comuni sono stati calcolati come percentuale dei costi comuni allocati al Cdr Uo di Chirurgia generale dei trapianti, in proporzione ai costi del personale attribuiti all'UTE, sul totale dei costi di personale dell'intera Uo (circa il 30%) (Casati, 2000; Drummond, 1997).

Il sistema contabile dell'ospedale Cisanello considera, come costi generali, le seguenti voci:

- ammortamento e manutenzione delle apparecchiature sanitarie;
- ammortamento del fabbricato;
- materiale monouso (guanti, siringhe, fili di sutura, garze, bende, ...);
- utenze (telefono, riscaldamento, energia elettrica, ...);
- costi alberghieri (pulizie, lavanderia, vitto per i pazienti ricoverati, ...);
- personale amministrativo in carico al Cdr;
- consulenze mediche da altri reparti;

d) *costi generali della struttura ospedaliera* (da imputare all'UTE).

Sono stati valorizzati come percentuale fissa (9,85%) della somma delle voci a), b) e c), come d'uso all'ospedale Cisanello. Questa percentuale rappresenta i costi generali, definiti come quei costi non altrimenti allocati alle Uo dell'ospedale, realmente sostenuti nell'anno 2000, l'unico anno per cui questi dati erano disponibili.

I dati contabili sono stati forniti dalla sezione «Amministrazione e controllo di gestione» dell'Azienda ospedaliera pisana, e sono stati tratti dai bilanci d'esercizio, redatti secondo criteri di tipo economico-patrimoniale. I costi dei farmaci sono equivalenti ai valori di carico per l'ospedale. I costi relativi agli esami strumentali e di laboratorio sono stati calcolati mediante l'impiego dei prezzi di trasferimento, applicati quando un'Uo usufruisce dei servizi di un'altra Uo interna all'ospedale, come valorizzati dall'Amministrazione del Cisanello; se non disponibili, è stata utilizzata l'ultima versione del nomenclatore tariffario (Decreto ministeriale, 1996). Il costo di un'ora di utilizzo della sala operatoria è stato ricavato dividendo il suo costo annuale totale per il numero di ore di impiego.

I costi direttamente riferibili al processo produttivo «trapianto di fegato», e cioè i costi «variabili» e i costi del personale specificamente dedicato [le voci a) + b)], sono stati classificati come costi diretti (Casati, 2000).

Sono stati definiti, invece, costi di struttura la somma dei costi del personale e dei costi comuni e generali; detti costi, ottenuti su base annuale, sono stati poi suddivisi uniformemente e allocati a ciascun giorno dell'anno.

Gli *end-point* dello studio sono stati:

- *costo medio per trapianto*, con la separazione nelle varie voci dei costi diretti e dei costi indiretti (costi comu-

ni e generali): è stato calcolato sommando tutte le tipologie di costo, valorizzate su base giornaliera. Dopo l'esecuzione di ogni trapianto, è stato ricalcolato il costo medio/trapianto come rapporto dei costi progressivi sostenuti dall'UTE e del numero dei trapianti eseguiti fino a quella data. I ritrapianti sono stati considerati interventi separati;

— *costo medio per paziente vivo* alla fine di ogni anno solare: è stato calcolato come rapporto tra tutti i costi sostenuti dall'UTE e il numero di pazienti vivi alla fine di ogni anno. Per gli anni successivi al 1997, tale rapporto è costituito da valori cumulativi;

— *costo medio per mese di sopravvivenza* di ciascun paziente: è stato ricavato dal rapporto tra il costo/paziente vivo e la durata (in mesi) della sopravvivenza post-trapianto alla fine di ogni anno;

— *costo medio giornaliero* durante il primo anno post-trapianto, per sottogruppo di pazienti (a seconda dell'indicazione clinica al trapianto): è stato calcolato sommando, per ogni singolo paziente, i suoi costi variabili e una quota dei costi di struttura; tale quota è stata attribuita a ciascun paziente, in proporzione al numero di giorni trascorsi in ospedale (escludendo la degenza in UTI), al fine di imputare i costi di struttura sulla base dell'intensità di utilizzo (Casati, 2000; Drummond, 1997). I giorni trascorsi in *day-hospital* sono stati, convenzionalmente, considerati equivalenti a mezza giornata di ricovero;

— *determinanti clinici di costo*: per questo *end-point*, l'osservazione dei pazienti è stata limitata ai primi 365 giorni dal trapianto (anno mobile), indipendentemente dall'esito clinico (morte o sopravvivenza), dato che il primo anno è il più importante, in termini di consumo di risorse sanitarie. Pertanto, sono stati analizzati solo i

pazienti trapiantati durante i primi tre anni, cioè entro il 31/12/99.

I pazienti sono stati ordinati in base al loro costo medio giornaliero e suddivisi in due gruppi: quelli con costi medi giornalieri più alti (tra l'80° e il 100° percentile della distribuzione) e tutti gli altri.

L'analisi dei determinanti di costo è stata condotta mediante l'applicazione di un modello di regressione logistica alla caratteristica «appartenenza o meno» al gruppo di pazienti più costosi, per scoprire quali fattori (covariate) potessero spiegare l'appartenenza a questa categoria di pazienti; con gli stessi obiettivi, la regressione lineare è stata applicata al logaritmo del costo medio giornaliero, la cui distribuzione meglio approssima quella di una distribuzione normale. Le covariate inserite nei modelli sono state: indicazione clinica al trapianto, presenza di ogni singolo fattore di rischio, numero di fattori di rischio presenti (0-5), anno di esecuzione del trapianto. Le più importanti covariate nel determinismo dei costi sono state identificate mediante procedura a step successivi (*backwards procedure*) (Mc Cullagh, 1983).

Le curve di sopravvivenza dei pazienti trapiantati, fino all'occorrenza di morte, ritrapianto o troncamento (= paziente ancora vivo), sono state analizzate per mezzo del modello di regressione di Cox (Cox, 1970). Il software utilizzato per le analisi è stato il SAS Versione 8.1.

3. Risultati

3.1. Caratteristiche dei pazienti trapiantati

Durante il periodo di osservazione (1997-2000) sono stati effettuati 252 trapianti in 235 pazienti. Le loro principali caratteristiche demografiche e

cliniche all'ammissione sono presentate in tabella 2.

Il numero dei trapianti è stato relativamente contenuto nei primi due anni: 40 nel 1997 e 44 nel 1998; tale numero è aumentato nei due anni successivi: 97 nel 1999 e 71 nel 2000. Non sono state rilevate differenze di rilievo nelle caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti trapiantati. Uniche eccezioni sono state la proporzione di pazienti di età > 60 anni (4,7% nel 1998; 27,9% nel 2000), e la percentuale di pazienti di classe UNOS 3 (78,9%) e di classe Child-Pugh B (82,4%), cioè di gravità clinica inferiore, nell'anno 1997. Anche la durata dell'intervento chirurgico non ha subito cambiamenti nel corso degli anni. Il personale dedicato all'UTE è aumentato da 42 unità (equivalenti a 23,9 persone a tempo pieno) a 49 (28,3

persone a tempo pieno); sono stati aggiunti 6 infermieri professionali (2 nel 1998, 3 nel 1999 e 1 nel 2000) e 1 medico nel 2000.

3.2. Sopravvivenza

Sono stati studiati 235 pazienti con un tempo medio di osservazione di 16,5 mesi. Il tasso di sopravvivenza crudo, alla fine del 2000, è stato del 71,1% (n = 167). L'epatite di tipo non virale (principalmente quella di origine alcolica), l'epatite B e l'epatite virale di origine mista erano associate a un tasso di sopravvivenza lievemente superiore alla media (82,6%; 78,1%; 76,7% rispettivamente), mentre l'epatite fulminante e le cirrosi da malattie epatiche rare hanno evidenziato una sopravvivenza più bassa (58% circa). La curva di sopravvivenza dei pazien-

Tabella 2 - Caratteristiche demografiche e cliniche all'ammissione

Caratteristica	Riceventi (n = 235)
Età - anni (media ± DS; range)	50.9 ± 9.4; 18-69
Sesso - n (%) (M/F)	171 (72.8) / 64 (27.2)
<u>Indicazione clinica al trapianto</u>	
Epatite cronica attiva - n (%)	206 (87.7)
Epatite fulminante - n (%)	12 (5.1)
Malattie epatiche rare - n (%)	17 (7.2)
N. di ritrapianti	17
<u>Fattori di rischio - n (%)</u>	
• Nessuno	122 (51.9)
• 1	69 (29.4)
• 2 +	44 (18.7)
<u>Fattori di rischio - n (%)</u>	
• Pregressi interventi chirurgici in regione sovramesocolica	14 (6.0)
• Trombosi portale	13 (5.5)
• Ascite refrattaria	91 (38.7)
• Creatininemia ≥ 1,7 mg/dl	36 (15.3)
• Incompatibilità ABO	12 (5.1)

ti con cirrosi da epatite B è stata lievemente migliore, rispetto a quella dei pazienti con cirrosi da epatite C (76,7% verso 68,6%). L'età del ricevente e quella del donatore non hanno influenzato significativamente le curve di sopravvivenza.

3.3. Costo per trapianto

Il costo medio per trapianto è stato relativamente costante nei diversi anni considerati: 79.478 € alla fine del 1997, 83.846 € nel 1998; 75.747 € e 77.475 € nel 1999 e nel 2000, rispettivamente. Nei primi due-tre anni, il costo è andato incontro ad ampie variazioni: un *plateau* stabile è stato raggiunto solo dopo aver effettuato i primi 120-140 trapianti (figura 1).

I costi diretti, cioè quelli direttamente attribuibili al trapianto, costituiscono circa l'80% dei costi totali, come si può vedere in tabella 3.

L'esame delle singole voci di costo evidenzia la notevole importanza del personale e della diagnostica (sia strumentale che di laboratorio), nel determinare l'entità dei costi globali relativi a questa procedura chirurgica. Nel 1997 il personale incideva per il 24,7%, e la diagnostica per il 22,2%; la proporzione dei costi del personale si è ridotta fino al 18,9% nel 2000, mentre i costi per la diagnostica sono aumentati fino a raggiungere, sempre nell'anno 2000, la percentuale del 27,9%.

I costi di terapia intensiva sono rimasti pressoché costanti (dal 17,9% del 1997 al 18,7% del 2000), mentre le altre voci di costo hanno subito lievi variazioni: i costi comuni sono diminuiti dall'11,1% (1997) all'8,2% (2000) del totale; i costi dei farmaci si sono portati dal 12,5% (1997) al 15,1% (2000).

3.4. Costo per paziente vivo

Il costo medio per paziente vivo, alla fine di ogni anno, è risultato pressoché costante durante il periodo di studio, oscillando tra un minimo di 107.014 € (nel 1999), e un massimo di 117.782 € (nel 1998). Questo dato è stato calcolato considerando l'intera popolazione di pazienti (figura 2).

Il costo medio per mese si è ridotto progressivamente fino a 7.098 € al quarto anno (figura 3). Il costo medio per paziente vivo e per mese di paziente vivo sono stati differenti nei diversi sottogruppi di pazienti, a seconda dell'indicazione al trapianto. Questi costi sono stati inferiori alla media quando l'indicazione al trapianto era epatite non virale, soprattutto se di origine alcolica (costo medio per paziente vivo:

83.577 – 93.979 €; costo medio per mese di paziente vivo nell'anno 2000: 4.832 €).

L'epatite fulminante, invece, ha comportato costi più alti della media: il costo medio per paziente vivo ha raggiunto il valore di 422.496 € nel 1997 ed ha oscillato tra 163.179 e 195.752 € nei restanti anni, mentre il costo medio per mese di paziente vivo è stato 12.496 € (anno 2000). Anche quando l'indicazione al trapianto era una malattia epatica rara, i costi hanno raggiunto valori considerevoli: 127.842 – 158.755 € come costo medio per paziente vivo, 9.970 € come costo medio per mese di paziente vivo (anno 2000).

Il confronto tra i due tipi principali di epatite virale (B e C), che insieme rappresentano circa i 2/3 della casi-

Tabella 3 - Costi medi per trapianto (in euro e come % del costo totale), suddivisi per voce

Voce di costo	Anno			
	1997	1998	1999	2000
Costo medio per trapianto	79.478	83.846	75.747	77.475
Costi specializzabili – totale	61.773 (77,7%)	66.488 (79,3%)	61.243 (80,9%)	63.479 (81,9%)
Personale	19.631 (24,7%)	19.189 (22,9%)	14.584 (19,3%)	14.670 (18,9%)
Diagnostica	17.635 (22,2%)	21.041 (25,1%)	20.851 (27,5%)	21.580 (27,9%)
UTI (*)	14.244 (17,9%)	15.601 (18,6%)	14.412 (19,0%)	14.465 (18,7%)
Farmaci	9.964 (12,5%)	9.839 (11,7%)	10.554 (13,9%)	11.736 (15,1%)
Interventi terapeutici	299 (0,4%)	817 (1,0%)	852 (1,1%)	1.029 (1,3%)
Costi comuni dell'Uo	8.852 (11,1%)	8.568 (10,2%)	6.810 (9,0%)	6.365 (8,2%)
Costi generali della struttura ospedaliera	7.772 (9,8%)	8.221 (9,8%)	7.435 (9,8%)	7.631 (9,8%)

(*) Incluso il consumo di emoderivati.

stica del Centro, mostra che l'epatite B è lievemente più costosa rispetto all'epatite C, quando si considera il costo per paziente vivo (106.177 – 141.114 € verso 92.770 – 121.956 €, a seconda dell'anno considerato), mentre se si osservano i costi medi per mese di paziente vivo la situazione risulta opposta (7.455 € per l'epatite C contro 6.100 € per l'epatite B, anno 2000).

3.5. Impatto dei fattori di rischio sui costi medi giornalieri

La media dei costi medi giornalieri nel primo anno dal trapianto è stata pari a 619 €, quando si considerano tutti i pazienti, con ampie oscillazioni comprese tra 58 e 6.624 € (mediana 190 €).

Tre caratteristiche cliniche hanno avuto un effetto importante su questa variabile: la trombosi portale con una media di 1.494 € (range: 149 – 4.585 €); elevati valori pre-trapianto di creatinina sierica (media: 1.604 €; range 84 – 6.624 €); l'indicazione al trapianto «malattie epatiche rare ed epatite fulminante» (media 1.101 €; range 78 – 5.024 €).

4. Conclusioni

Il centro di Pisa rappresenta un modello interessante in quanto, nel periodo studiato, è stato eseguito un numero di trapianti ragionevolmente alto (tra 40 e 97 l'anno) e con un'ampia variazione interannuale: ciò ha consentito di esaminare il consumo di risorse sanitarie in condizioni di utilizzo dell'apparato produttivo «trapianto di fegato» estremamente eterogenee. Altro aspetto di rilievo è il cambiamento della gravità clinica, nel tempo, dei pazienti trapiantati: l'innalzamento dell'età media e un aumento dei punteggi di gravità dei riceventi (fattori associati a un peggioramento del risul-

tato clinico e ad un aumento del consumo di risorse sanitarie) indicano che anche a Pisa si è osservata la tendenza a sottoporre a trapianto pazienti più gravi.

L'aumento delle unità di personale è stato graduale e non legato all'aumento dei carichi di lavoro osservato a partire dall'anno 1999. I tassi di sopravvivenza sono sovrapponibili a

Figura 1 - Costi medi in funzione del numero di trapianti

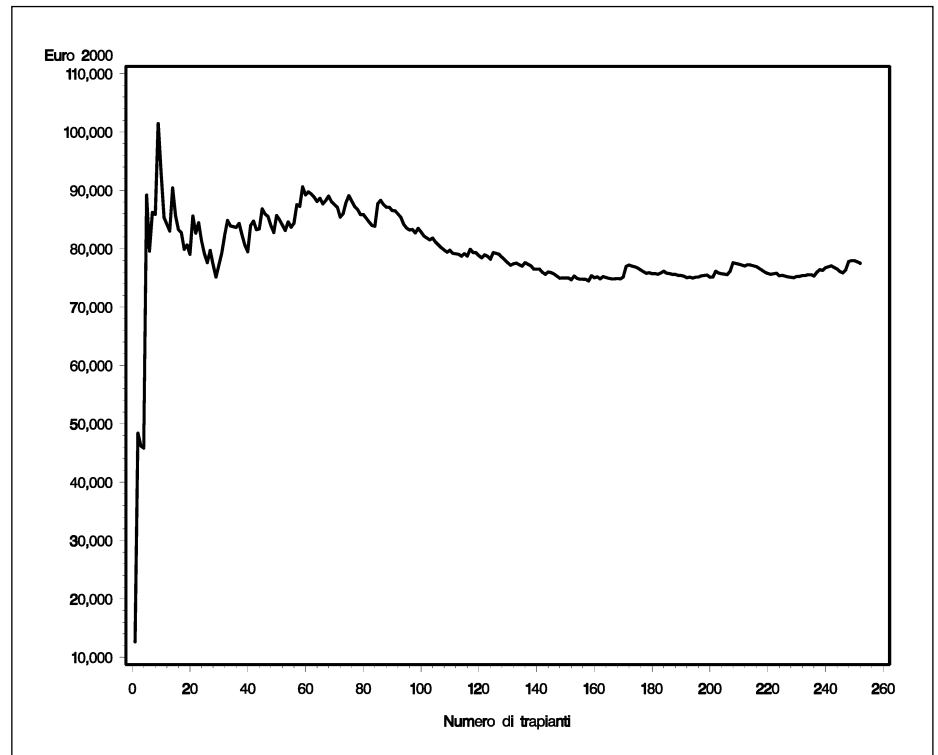


Figura 2 - Costi medi per paziente vivo, in ciascun anno di osservazione

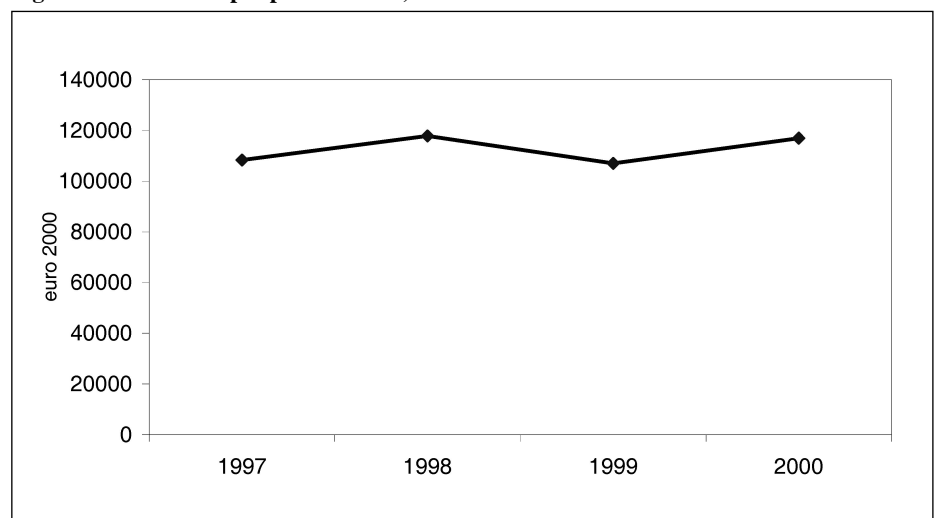
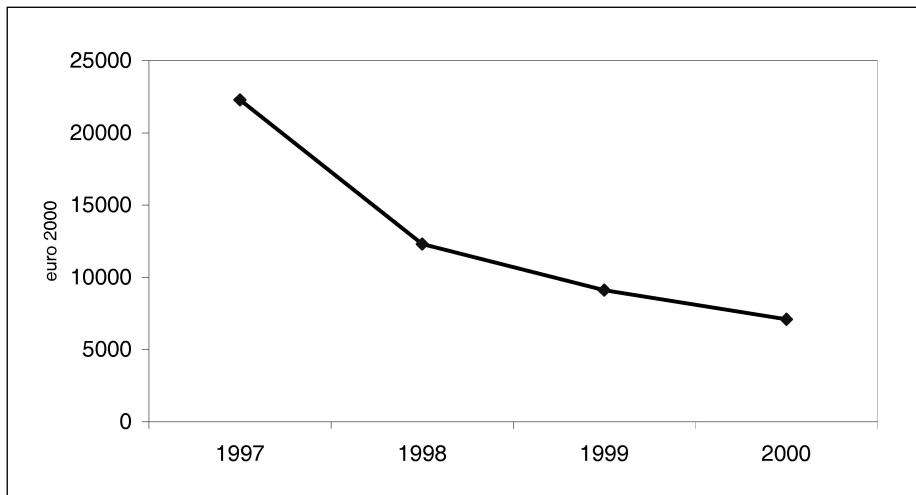


Figura 3 - Costi medi per mese di paziente vivo, in ciascun anno di osservazione



quelli osservati a livello europeo, in centri con livelli di attività paragonabili a quelli di Pisa (Adam, 2000).

Il *costo medio per trapianto* si è stabilizzato dopo circa 120-140 interventi: il costo marginale equivale al costo medio a partire da due-tre anni dopo l'inizio del programma «trapianto di fegato».

In seguito, all'aumentare del numero di trapianti, il costo medio non continua a decrescere: la ragione principale è che l'impegno della struttura nel seguire i pazienti dopo il trapianto (*follow-up*) ha un costo e questo costo, parte integrante del programma «trapianto di fegato», grava sul costo totale di questa procedura terapeutica. Ovviamente, questo costo aumenta nel tempo come conseguenza dell'incremento del numero di pazienti seguiti successivamente al trapianto.

Inoltre, è possibile che la maggior gravità clinica dei pazienti (e quindi un loro maggior costo individuale), osservata negli ultimi anni considerati, abbia costituito un ulteriore freno alla riduzione progressiva del costo medio. Infine, non bisogna dimenticare che i costi diretti rappresentano circa l'80% del costo totale di un trapianto, il che rende difficile l'otte-

nimento di economie di scala rilevanti.

Questo dato ha anche delle implicazioni sulle modalità di allocazione degli organi: un alto numero di trapianti eseguiti presso un centro, oltre ad avere effetti positivi sull'esito clinico (Adam, 2000) grazie all'«effetto apprendimento» degli operatori sanitari, consente una più rapida ottimizzazione di questo «processo produttivo». Del resto, il fatto che il costo medio per trapianto abbia raggiunto il valore più basso nel 1999, anno in cui è stato effettuato il più alto numero di trapianti, e sia poi risalito nel 2000, rappresenta un'ulteriore prova dell'importanza delle dimensioni di un «programma di trapianto di fegato».

L'esame delle singole voci di costo evidenzia che il personale, pur costituendo il 20-25% del costo totale, non ha mai raggiunto dei livelli particolarmente alti e, inoltre, detto costo si è ridotto (da 19-20.000 a 14.000 €/trapianto circa, cioè - 25-30%) all'aumentare del numero di trapianti (da 40 a 97, cioè + 140%), in maniera non proporzionale: questo perché il personale, parte dell'Uo di Chirurgia generale e dei trapianti, poteva essere impiegato in attività chirurgiche diverse

dal trapianto con un certo grado di flessibilità, pesando così sul «programma trapianto» solo in caso di necessità; inoltre, una buona parte di medici dedicati al trapianto erano «specializzandi» e quindi relativamente poco costosi.

La diagnostica ha rappresentato un'importante voce di costo (tra il 22 e il 28% del costo totale): c'è spazio per migliorare questa componente ed emerge, quindi, la necessità di rivedere l'appropriatezza degli attuali percorsi diagnostici di questi pazienti. Il costo dell'UTI, indicatore del consumo di risorse per pazienti gravi, non è variato nel tempo, malgrado il peggioramento della qualità dei pazienti trapiantati: probabilmente, i miglioramenti delle tecniche medico-chirurgiche ed anestesologiche, associati a una maggiore esperienza del personale del centro, hanno controbilanciato i potenziali effetti negativi di una casistica più difficile.

I farmaci, proporzione relativamente piccola del costo totale (12-15%), hanno mostrato un incremento costante nel tempo facile da spiegare: l'ospedale Cisanello distribuisce direttamente i farmaci ai pazienti trapiantati, anche dopo la dimissione dall'ospedale, fase in cui il numero di pazienti va sempre aumentando; ciò significa che farmaci costosi, come ad esempio l'interferone o le immunoglobuline anti-epatite B, vengono consegnati ai pazienti dopo una visita o ricovero ospedaliero, invece di venire acquistati presso una farmacia (ove possibile) o ritirati presso un altro presidio ospedaliero (ad esempio quello più vicino alla propria residenza).

Il *costo medio per paziente vivo*, indice della produttività sociale del centro, è rimasto pressoché costante nel tempo, segno di buona *performance*, in termini di restituzione di un soggetto alla famiglia e alla società.

Il costo medio per mese di paziente vivo si è ridotto nel tempo, grazie al prolungamento della sopravvivenza: tale dato, però, avrà un maggior significato quando verrà raggiunto un valore stabile, segno di scarsa influenza della lunghezza del periodo di osservazione e di maggior peso della durata della sopravvivenza del paziente.

I dati disponibili consentono, comunque, di dire che alcune diagnosi sono più costose di altre: ad esempio l'epatite fulminante (gravata da un basso tasso di sopravvivenza e da un alto consumo di UTI, farmaci e quant'altro) rappresenta una categoria diagnostica particolarmente onerosa. All'altro estremo troviamo l'epatite alcolica, grazie alla buona sopravvivenza e al basso costo del mantenimento.

Il dato sulle cirrosi da epatite B e C merita una riflessione particolare, a causa della notevole importanza epidemiologica di queste due indicazioni al trapianto di fegato (attualmente il 60-80% delle ragioni di trapianto di fegato in Italia): il costo medio per mese di paziente vivo, con pregressa epatite B, è inferiore rispetto a quanto osservato nell'epatite C, grazie alla sua miglior sopravvivenza osservata nel tempo, dovuta alla minor probabilità di recidiva della malattia primitiva. Come è noto, la recidiva di malattia porta rapidamente a perdita dell'organo trapiantato (Powers, 2001).

La conoscenza del grado di influenza dell'indicazione al trapianto e dei fattori clinici di rischio sul costo del trapianto stesso costituisce un altro elemento importante nel processo di ottimizzazione di un programma di trapianto di fegato. All'ospedale Cisanello i fattori che hanno rappresentato i maggiori determinanti di costo sono stati la presenza di trombosi portale, un'alta creatinemia pre-trapianto, e

le indicazioni «epatite fulminante» e «malattie epatiche rare». Che implicazioni hanno questi dati sulla gestione dei pazienti e sui criteri di scelta dei candidati al trapianto?

I pazienti con indicazione «costosa» sono rari (circa il 12% del totale dei trapianti al Cisanello) e la loro incidenza sui costi globali di un programma di trapianto è relativamente contenuta; è molto difficile migliorare la produttività per questo segmento di pazienti, per cui l'unico modo per risparmiare sarebbe quello, eticamente non accettabile, di decidere di non trapiantare questo sottogruppo diagnostico.

I pazienti con fattori di rischio «gestibili», cioè quelli legati alla gravità clinica (ad esempio l'elevata creatinemia pre-trapianto nel contesto dell'ospedale di Pisa) possono essere ricondotti a configurazioni di costo più favorevoli, mediante una diversa gestione nel periodo in cui sono in lista d'attesa e una scelta più oculata del momento migliore in cui effettuare il trapianto, con effetti benefici sia sulla sopravvivenza che sul consumo di risorse sanitarie.

La letteratura economico-scientifica ci mostra come, in diversi ospedali o sistemi sanitari, altri fattori possano rappresentare determinanti di costo e debbano essere considerati nell'ottimizzazione di questo «processo produttivo» sanitario (Adam, 2000; Sagmeister, 2002; Whiting, 1999).

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (1999), *Il costo del trapianto d'organo: risultati di uno studio condotto presso l'Azienda ospedaliera di Padova*.
AA.VV. (2001), *Resoconto attività di trapianto di fegato. Università degli Studi di Pisa/Azienda ospedaliera Pisana*.
ADAM R. et al. (2000), «Normalised intrinsic mortality risk in liver transplantation:

European Liver Transplant Registry study», *Lancet*, 356, pp. 621-627.
CASATI G. (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
COX D.R. (1970), *The analysis of binary data*, Chapman and Hall, London.
DECRETO MINISTERIALE 22 LUGLIO 1996, supplemento ordinario n. 150 alla G.U. del 14 settembre 1996.
DRUMMOND M.F. et al. (1997), *Methods for the economic evaluation of healthcare programmes*, Oxford University Press, New York.
EVANS R.W. (2001), «Economic, actuarial and contracting perspectives on liver transplantation», in Maddrey W.C. et al. (Eds), *Transplantation of the liver*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
HAYES H., STRUNK S. (1997), «Financial considerations in liver transplantation», in Killenberg PG e Clavien PA (Eds), *Medical care of the liver transplant patient*, Blackwell Science.
HSIAO W.C. et al. (1988), «Estimating physicians' work for a resource-based relative-value scale», *N Engl J Med*, 319, pp. 835-841.
KATZ P.P. et al. (1999), «Methods to estimate and analyze medical care resource use», *Intl J of Technology Assessment in Health Care*, 15 (2), pp. 366-379.
MC CULLAGH P., NELDER J.A. (1983), *Generalized linear models*, Chapman and Hall, London.
MARKMANN J.F. et al. (2001), «Preoperative factors associated with outcome and their impact on resource use in 1148 consecutive primary liver transplants», *Transplantation*, 72, pp. 1113-1122.
MORMINO I. (16 marzo 2002), «Pisa, 354 trapianti di fegato in 6 anni», *Il Giornale*.
POWERS J.J. et al. (2001), «Liver transplantation for chronic hepatitis C: long-term results, role of antiviral therapy, and outcome of retransplantation», *Curr Opin Organ Transplant*, 6, pp. 114-119.
SAGMEISTER M. et al. (2002), «Cost-effectiveness of cadaveric and living-donor liver transplantation», *Transplantation*, 73 (4), pp. 616-622.
WHITING J.F. et al. (1999), «The influence of clinical variables on hospital costs after orthotopic liver transplantation», *Surgery*, 125, pp. 217-222.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

Ecco

RAGIUSAN



click!

RAGIUSAN nel 2003 è disponibile anche in CD-rom.

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- visualizzare e consultare la rivista **RAGIUSAN** in formato pdf, mediante l'applicazione *Acrobat Reader*, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- «navigare» nella rivista **RAGIUSAN**, andando direttamente alle rubriche (dottrina, giurisprudenza e documentazione) o agli argomenti di maggior interesse;
- consultare l'indice della rivista **RAGIUSAN**, con tutti i *links* che rinviano alla visualizzazione dei testi degli articoli e delle leggi nazionali e regionali;
- fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

Per tutti gli abbonati alla rivista **RAGIUSAN**, il costo dell'abbonamento al supplemento annuale in CD-rom di **RAGIUSAN click** 2003 è di soli € 320,00 anziché € 950,00.

CEDOLA D'ORDINE

RISERVATA AGLI ABBONATI A **RAGIUSAN** 2003

ABBONAMENTO AL SUPPLEMENTO IN CD-ROM

Programma abbonamento 2003

Spedizione in abbonamento postale

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817 - E-mail sipised@tin.it

Avendo preso visione e trovato funzionale il CD-rom **RAGIUSAN click** n. 225/226, sottoscrivo l'abbonamento annuale al supplemento

RAGIUSAN click 2003 al prezzo speciale di € 320,00

● Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
 - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
- Barrare la casella che interessa

Vi prego quindi voler inoltrare — in quanto già abbonato (codice etichetta n.) a **RAGIUSAN** 2003 — con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso, il supplemento in CD-rom.

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

L'OPINIONE DEGLI STUDENTI SU PRINCIPI ETICI ED ECONOMICI ATTINENTI L'ASSISTENZA SANITARIA

Francesco Attena, Manola Botticelli, Vittorio Chignoli

Scuola di Specializzazione - Igiene e Medicina preventiva - 2ª Università degli studi di Napoli, Medicina

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodo - 3. Risultati - 4. Conclusioni.

1. Introduzione

L'economia sanitaria si consolida come estensione sistematica di principi e metodi dell'analisi economica ai problemi allocativi e distributivi del settore sanitario (Petretto, 1997). Fino a qualche tempo fa il pianificatore dei servizi sanitari era l'unico soggetto interessato all'argomento, mentre attualmente, a causa dei profondi mutamenti intercorsi nella sanità italiana ed internazionale, le problematiche attinenti l'economia sanitaria sono diventate patrimonio comune di tutta la classe medica.

Da ciò scaturisce l'importanza di introdurre nel corso di laurea di medicina alcune nozioni di base di economia sanitaria al fine di migliorare le conoscenze degli studenti di medicina su argomenti solo apparentemente estranei al bagaglio culturale di un laureato in medicina e chirurgia (Vasara, 2000). Infatti, tra gli obiettivi formativi qualificanti previsti per la classe delle lauree specialistiche in medicina e chirurgia, viene testualmente riconosciuta la necessità d'acquisire l'abilità e la sensibilità per applicare nelle decisioni mediche i principi essenziali di economia sanitaria, con specifico riguardo al rapporto costo/beneficio delle procedure diagnostiche e terapeutiche (D.M. 28 novem-

bre 2000). Per quanto riguarda la disciplina di Igiene e sanità pubblica, da tempo se ne segnalano le affinità con l'economia sanitaria (Fara *et al.*, 1994). Riteniamo, infine, che l'insegnamento di economia sanitaria nel corso di laurea in Medicina e chirurgia debba rappresentare una utile occasione per adeguare i principi e i valori propri dell'economia ai principi ed ai valori della medicina e dare così una risposta all'inevitabile conflittualità di ruolo a cui il medico di oggi è chiamato a rispondere (Spinsanti, 1996).

2. Metodo

Negli anni Accademici 2000-2001 e 2001-2002 durante i corsi integrati di Igiene e sanità pubblica e di Propeudeutica clinica II, nell'ambito dei corsi di laurea in Medicina e chirurgia di Napoli e di Caserta della II Università di Napoli, è stato effettuato un seminario di 2 ore sui principi ed i fondamenti dell'economia sanitaria. L'intervento è stato ripetuto 6 volte a studenti del IV e V anno dei due corsi di laurea.

Il seminario è stato condotto da un docente universitario assistito da un sociologo e un *tutor* d'aula anch'egli medico, ed era presentato con l'ausilio di lucidi; nel corso del suo svolgimen-

to è stata data ampia possibilità di intervento agli studenti. L'obiettivo generale era quello di sensibilizzare gli studenti alle principali problematiche dell'economia sanitaria, nonché di farli riflettere da un lato sulla limitatezza delle risorse e l'impossibilità del sistema sanitario di rispondere a tutta la domanda sanitaria e dall'altro su quali possono essere le modalità esplicite di risposta a questa difficoltà. Per rispondere a questo obiettivo sono stati sinteticamente affrontati, nel corso del seminario, i seguenti argomenti: definizione e scopi dell'economia sanitaria, modelli macroeconomici in sanità, l'analisi dei bisogni della popolazione, le tecniche di valutazione economica, il problema etico delle scelte e dei criteri di priorità in sanità.

Prima e dopo il seminario, agli studenti veniva somministrato un identico questionario i cui contenuti erano sostanzialmente congruenti con quanto veniva esposto durante l'intervento: la quantità di risorse da destinare alla sanità (1ª e 2ª domanda); le possibili modalità per rispondere alla scarsità di risorse (3ª domanda); il tipo di priorità da utilizzare in campo sanitario (4ª domanda); le conoscenze e le disposizioni implicite alle analisi economiche nell'esercizio della professione (5ª domanda). Le domande, necessariamente

te sintetiche, venivano spiegate prima della compilazione del questionario. In generale, prima del seminario si voleva verificare, sulla base delle conoscenze e delle opinioni espresse, l'utilità dell'intervento (bisogno formativo), e dopo il seminario, sulla base delle eventuali discrepanze fra opinioni riportate e contenuti del seminario, il grado di apprendimento e la even-

tuale modifica degli atteggiamenti degli studenti.

Sono stati sottoposti al questionario n. 308 studenti (con una media di circa 50 studenti rispondenti per aula) per un totale di 616 schede esaminate. Non sono stati inclusi nella valutazione gli studenti arrivati in ritardo, andati via prima della fine o che non hanno restituito il questionario.

Per l'inserimento e l'elaborazione dati è stato utilizzato il programma SPSS versione 9.0. Per confrontare le risposte date prima e dopo il seminario è stato applicato il *test* di Wilcoxon per dati non indipendenti.

3. Risultati

I risultati del questionario sono riportati in tabella 1. Alla prima doman-

Tabella 1 - Risultati del questionario prima e dopo il seminario

		Completa- mente d'accordo	Parzial- mente d'accordo	Non so	Parzial- mente in disaccordo	Completa- mente in disaccordo
1. Sei d'accordo con l'affermazione «La salute non ha prezzo»?	prima	60.6%	27.6%	1.8%	7.5%	2.5%
	dopo	36.2%	40.7%	3.7%	13.4%	6.0%
$z = -7.623$ valore $p < 0.001$						
2. Ritieni che il S.S.N. debba soddisfare tutti i bisogni sanitari della popolazione?	prima	55.8%	35.6%	3.2%	4.7%	0.7%
	dopo	35.1%	46.3%	3.7%	13.1%	1.8%
$z = -7.289$ valore $p < 0.001$						
3. Con quali mezzi può essere superato il divario fra bisogni sanitari e scarsità di risorse?						
	a) razionalizzazione, miglioramento dell'efficienza					
	prima	82.8%	13.3%	2.1%	0.4%	1.4%
	dopo	86.2%	11.2%	1.5%	0.4%	0.7%
$z = -1.990$ valore $p = 0.047$						
	b) selezione degli interventi mediante scelta di priorità assistenziali					
	prima	44.4%	39.8%	5.4%	7.5%	2.9%
	dopo	53.0%	33.2%	4.5%	6.0%	3.3%
$z = -4.363$ valore $p < 0.001$						
	c) aumento delle responsabilità degli operatori					
	prima	45.2%	32.3%	8.1%	9.0%	5.4%
	dopo	48.1%	29.1%	9.7%	8.2%	4.9%
$z = -2.190$ valore $p = 0.029$						
	d) eliminazione dei servizi non essenziali					
	prima	24.7%	32.6%	11.9%	16.8%	14.0%
	dopo	34.7%	33.2%	8.9%	14.6%	8.6%
$z = -3.997$ valore $p < 0.001$						
	e) aumento delle risorse fiscali					
	prima	26.0%	31.0%	19.2%	9.4%	14.4%
	dopo	25.4%	26.9%	18.6%	11.9%	17.2%
$z = -1.127$ valore $p = 0.260$						
	f) ridimensionamento dei bisogni della popolazione					
	prima	10.2%	29.8%	8.8%	18.5%	32.7%
	dopo	13.4%	37.3%	6.0%	17.9%	25.4%
$z = -3.840$ valore $p < 0.001$						
	g) riduzione della qualità					
	prima	2.2%	1.1%	1.8%	4.7%	90.3%
	dopo	0.4%	1.5%	2.2%	7.1%	88.8%
$z = -0.747$ valore $p = 0.455$						

(segue) Tabella 1 - Risultati del questionario prima e dopo il seminario

		Completa- mente d'accordo	Parzial- mente d'accordo	Non so	Parzial- mente in disaccordo	Completa- mente in disaccordo	
4. Nel caso fossi costretto a dover scegliere fra due individui con lo stesso problema sanitario, sei d'accordo a favorire:	a) un soggetto più grave rispetto ad uno meno grave	prima	57.3%	28.0%	3.6%	3.9%	7.2%
	dopo	59.3%	23.5%	3.4%	4.5%	9.3%	
	$z = -0.700$ valore $p = 0.484$						
	b) un giovane rispetto ad un anziano	prima	22.9%	39.1%	13.9%	9.0%	15.1%
	dopo	25.7%	37.3%	8.3%	7.8%	20.9%	
	$z = -1.679$ valore $p = 0.063$						
	c) un genitore rispetto ad un <i>single</i>	prima	7.2%	22.2%	20.4%	11.8%	38.4%
	dopo	10.1%	20.5%	14.2%	10.8%	44.4%	
	$z = -0.677$ valore $p = 0.499$						
	d) un fumatore rispetto a un non fumatore (per curare problemi connessi al fumo)	prima	12.5%	16.5%	11.9%	19.7%	39.4%
	dopo	12.7%	21.0%	11.2%	16.1%	39.0%	
	$z = -0.704$ valore $p = 0.481$						
	e) un cittadino italiano rispetto ad un immigrato	prima	6.5%	9.3%	7.8%	7.2%	69.2%
	dopo	6.0%	7.5%	7.4%	8.2%	70.9%	
	$z = -1.920$ valore $p = 0.055$						
	f) un lavoratore rispetto ad un disoccupato	prima	1.4%	4.7%	11.6%	9.4%	72.9%
	dopo	3.4%	7.5%	9.3%	6.7%	73.1%	
	$z = -1.865$ valore $p = 0.062$						
	g) tireresti a sorte	prima	3.9%	2.2%	10.4%	1.8%	81.7%
	dopo	4.9%	2.6%	8.2%	2.6%	81.7%	
$z = -1.042$ valore $p = 0.298$							
5. Devi prescrivere dei farmaci per i tuoi pazienti diabetici, quale di questi criteri ritieni corretto?	a) prescrivere i farmaci meno costosi ma di pari effetto rispetto ad altri	prima	81.0%	11.8%	2.2%	1.4%	3.6%
	dopo	86.9%	7.8%	1.6%	1.1%	2.6%	
	$z = -2.098$ valore $p = 0.036$						
	b) prescrivere il farmaco più efficace	prima	70.1%	22.7%	2.9%	2.9%	1.4%
	dopo	67.2%	23.1%	2.2%	4.5%	3.0%	
	$z = -1.719$ valore $p = 0.086$						
	c) prescrivere comunque il farmaco più costoso e più efficace rispetto ad altri	prima	15.5%	32.1%	7.6%	13.0%	31.8%
	dopo	11.2%	31.7%	5.6%	18.7%	32.8%	
	$z = -2.826$ valore $p = 0.005$						
	d) prescrivere il farmaco meno costoso ma meno efficace rispetto ad altri	prima	0.7%	2.5%	1.8%	11.9%	83.1%
	dopo	0.7%	2.2%	2.0%	13.4%	81.7%	
	$z = -0.790$ valore $p = 0.429$						
	e) prescrivere il farmaco meno costoso ma un po' meno efficace rispetto ad un altro	prima	3.2%	19.1%	6.1%	27.7%	43.9%
	dopo	6.3%	25.4%	5.6%	23.9%	38.8%	
$z = -5.707$ valore $p < 0.001$							

da «Sei d'accordo con l'affermazione: La salute non ha prezzo?», l'88.2% degli studenti si dichiara parzialmente o completamente d'accordo, rispetto a soltanto un 10% di soggetti in parziale o completo disaccordo. Percentuali simili di consenso (91.4%) si ottengono anche rispetto al secondo quesito «Ritieni che il Ssn debba soddisfare tutti i bisogni sanitari della popolazione?».

Il terzo quesito riguarda, invece, la scelta dei mezzi più idonei per superare il divario fra bisogni/domanda sanitaria e scarsità di risorse. Alla domanda «con quali mezzi può essere superato il divario fra bisogni sanitari e scarsità di risorse», la maggioranza degli studenti interpellati è d'accordo (parzialmente o completamente) a ridurre questo divario mediante il *miglioramento dell'efficienza* (96.1%), la *selezione degli interventi di priorità assistenziali* (84.2%) e l'*aumento della responsabilità degli operatori* (77.5%). Una discreta maggioranza è poi d'accordo con l'*eliminazione dei servizi non essenziali* (57.3%) e con l'*aumento delle risorse fiscali* (57.0%); gli studenti sono più incerti (40%) sulla opportunità di un *ridimensionamento di bisogni della popolazione*. Infine viene respinta (95%) una *riduzione della qualità assistenziale*.

Alla domanda «nel caso fossi costretto a dover scegliere fra due individui con lo stesso problema sanitario, sei d'accordo a favorire...», l'85.3% degli studenti era d'accordo con la risposta «un soggetto più grave rispetto ad uno meno grave» e il 62.0% «un giovane rispetto ad un anziano». Invece gli stessi studenti non sono d'accordo col *favorire un genitore nei confronti di un single* (50.2%), col *favorire un fumatore rispetto ad un non fumatore* (60%), col *favorire un italiano rispetto ad un immigrato* (76.4%), col *favorire un lavoratore nei confronti di un disoccupato* (82.3%) e col *tirare a sorte* (82.5%).

L'ultima domanda riguarda quali criteri lo studente sceglierebbe per la prescrizione di un farmaco antidiabetico. Gli studenti hanno raggiunto la quasi unanimità quando si trattava di prescrivere il farmaco meno costoso ma di pari effetto (92.8%), ed il farmaco più efficace e basta (92.8%); quando il farmaco più efficace era anche il più costoso, la percentuale di totale o parziale accordo scendeva al 47.6%; il più elevato grado di disaccordo riguarda invece l'uso di farmaci meno efficaci che costano meno dei più efficaci (95%), disaccordo che viene piuttosto attenuato quando al posto di «meno efficace» viene indicato «un po' meno efficace» (71.6%).

Per quanto riguarda i cambiamenti di opinione a seguito dell'intervento, le domande che hanno subito la più significativa variazione sono state: «sei d'accordo con l'affermazione: la salute non ha prezzo» (completamente d'accordo: prima 60.6%, dopo 36.2%) e «ritieni che il Ssn debba soddisfare tutti i bisogni sanitari della popolazione» (completamente d'accordo: prima 55.8%, dopo 35.1%).

Tutto il quesito 3 subisce una discreta ricombinazione delle risposte in varie direzioni: in particolare aumenta l'accordo sulla *selezione degli interventi mediante scelta di priorità assistenziali* (3.b), sull'*eliminazione dei servizi non essenziali* (3.d) e sul *ridimensionamento dei bisogni della popolazione* (3.f). Il quesito 4 rimane sostanzialmente invariato. Nel quesito 5 aumenta l'accordo sul *prescrivere il farmaco meno costoso ma un po' meno efficace* (5.e).

4. Conclusioni

Riteniamo che la nostra indagine abbia messo in evidenza i seguenti aspetti.

Relativamente alle prime due domande, che riguardano la quantità di

risorse da destinare alla sanità, gli studenti hanno mostrato prima del seminario una conoscenza simile a quella del senso comune, che non accetta l'idea che la sanità possa non soddisfare tutti i bisogni della popolazione; queste sono anche le domande su cui si è avuta la maggiore variazione di opinione dopo il seminario. Più corrette sono le opinioni su come superare il divario fra domanda e offerta sanitaria (domanda 3), che hanno subito cambiamenti più contenuti.

Alla 4ª domanda, attinente problematiche di natura etica nella scelta di priorità assistenziali, gli studenti hanno risposto aderendo sostanzialmente ad un modello solidaristico (Ardigò, 1997), rifiutando l'assegnazione di priorità ad alcune categorie di soggetti rispetto ad altri, tranne che nel favorire i soggetti più gravi e quelli più giovani. Poiché il seminario concordava con questa impostazione non vi sono state variazioni di opinione prima e dopo.

La 5ª domanda includeva quesiti che riflettevano i classici temi delle valutazioni economiche relativamente alle prescrizioni terapeutiche (Tramarin, 1999). Tutti gli studenti erano ovviamente d'accordo con l'applicazione della minimizzazione dei costi che rappresenta il più semplice ed incontestabile principio economico (domanda 5.a); le risposte alle altre domande mostravano, invece, una grande quantità di opinioni diverse, e comunque si evidenziava una certa sensibilità degli studenti alle problematiche economiche. Interessante risulta la diversa risposta a due quesiti molto simili: «prescrivere il farmaco meno costoso e meno efficace» (5.d) e «prescrivere il farmaco meno costoso ma un po' meno efficace» (5.e); l'evidente maggiore accordo degli studenti con la seconda ipotesi mostra sia l'attenzione con cui è stato compilato il questionario, sia una certa sensibilità per le proble-

matiche costo-efficacia, implicite nella presentazione del quesito che, non a caso, è l'unico che ha subito una ulteriore variazione, dopo il seminario, a favore dell'analisi costo-efficacia.

In definitiva volendo fare una valutazione del momento formativo sia dal punto di vista dell'apprendimento, che dal punto di vista della condivisione, il risultato globale è abbastanza soddisfacente. Tuttavia se riflettiamo sulla dialettica suscitata da alcuni aspetti, non possiamo fare a meno di considerare la necessità di un approfondimento. È risultata evidente, infatti, una disponibilità razionale a cogliere la criticità del rapporto domanda/offerta relativa alla scarsità di risorse, e un'attenzione altrettanto razionale nella scelta degli strumenti di analisi economica rispondenti a criteri di efficacia e

di efficienza; l'aspetto che però resta da approfondire è quello culturale: conciliare principi etici e principi economici. Su questo tema, durante il seminario, si è spesso innescato un interessante contraddittorio fra docenti e discenti. Probabilmente un intervento formativo che analizzi maggiormente queste problematiche, quali ad esempio il processo di formazione della domanda sanitaria, potrebbe rendere più facile superare l'eventuale vissuto conflittuale relativo al doppio ruolo professionale: quello di curante e quello di amministratore.

BIBLIOGRAFIA

ARDIGÒ A. (1997), *Società e salute: lineeamenti di sociologia sanitaria*, Franco Angeli, Milano.

FARA G.M., D'ALESSANDRO D., SASSI F., LOIUDICE M. (1994), *La cultura economica nella sanità italiana*, 36° Congresso nazionale della Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Alghero, 28 settembre-1° ottobre.

M.U.R.S.T., D.M. 28 novembre 2000, *Determinazione delle classi delle lauree specialistiche*, Gazzetta Ufficiale n. 18 del 23 gennaio 2001.

PETRETTO A. (1997), *Economia della sanità*, Il Mulino, Bologna.

SPINSANTI S. (1996), «La qualità nei servizi sociali e sanitari tra management ed etica», in: Ovreteit J., *La qualità nel sistema sanitario*, EdISES, Napoli.

TRAMARIN A. (1999), *Manuale di farmacoeconomia. Le basi metodologiche e le implicazioni cliniche dell'approccio economico alla farmacoterapia*, Edimes, Padova.

VASARA F. (2000), «Lo sviluppo dell'economia sanitaria in Italia», *Igiene e sanità pubblica*, LVI 2.2000.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

I **nomi** degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

- nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
- titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
e-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

ACTIVE AGEING

Alexandre Kalache, Anna Gatti

World Health Organization

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. *Global ageing*: un trionfo ed una sfida - 3. *Active ageing*: il concetto e la logica - 4. Che cos'è l'«Active ageing»? - 5. L'approccio *Life Course* all'*Active ageing* - 6. Politiche e programmi per l'*Active ageing* - 7. La risposta politica - 8. Proposte politiche chiave - 9. Collaborazione internazionale - 10. Conclusioni.

1. Introduzione

Durante la seconda Assemblea mondiale sull'*Ageing*, promossa dalle Nazioni Unite ed avvenuta lo scorso aprile a Madrid, l'Organizzazione mondiale della sanità ha presentato il proprio contributo: *Active ageing - A Policy Framework*.

Il *paper*, elaborato dalla *unit Ageing and Life Course* sotto la guida del dr. Alexandre Kalache, presenta il *framework* che i *policy makers* e coloro che operano nel settore sanitario dovrebbero adottare per far fronte alla grande sfida dell'invecchiamento delle popolazioni. Il *policy framework* non è tradotto in Italiano, ma è disponibile in due delle lingue ufficiali dell'Organizzazione mondiale della sanità ed è possibile scaricarlo dal seguente sito: <http://www.who.int/hpr/ageing/index.htm>.

Il dr. Alexandre Kalache ha accettato di discutere sulle pagine di *Mecosan* i temi fondamentali del *policy framework*.

2. *Global ageing*: un trionfo ed una sfida

Il fatto che la popolazione invecchia è uno dei più grandi successi del-

l'umanità. L'Organizzazione mondiale della sanità riconosce l'invecchiamento delle popolazioni come un successo per le politiche sanitarie così come per lo sviluppo socio-economico, ma anche una grande sfida. In tutto il mondo, la proporzione di ultrasessantenni è cresciuta più velocemente di ogni altra fascia di età. Tra il 1970 ed il 2025 si prevede una crescita tra le persone anziane di circa 694 milioni ovvero del 223%. Secondo le stime effettuate, nel 2025 ci saranno circa 1.2 bilioni di persone ultra sessantenni. Entro il 2050 i rappresentanti di questa fascia di età avranno raggiunto i 2 bilioni, di cui 80% risiederà nei paesi in via di sviluppo. In tutti i paesi, dunque, ed in particolare in quelli in via di sviluppo, provvedimenti e politiche per aiutare gli anziani a rimanere sani ed attivi sono da considerarsi necessari e non un lusso. La composizione della popolazione per fasce di età ed il suo invecchiamento sono elementi che i *policy-makers* devono tenere in considerazione. Con l'invecchiamento della popolazione, infatti, la piramide della popolazione così come si presenta nel 2002 verrà sostituita nel 2025 da una struttura più cilindroide (figura 1).

Se fino ad ora, dunque, il fenomeno dell'invecchiamento delle popolazioni era associato soprattutto alle regioni più sviluppate del mondo, da oggi in poi la visione deve necessariamente allargarsi, anche se i paesi sviluppati mostrano ancora i dati più eclatanti. Per esempio, oggi nove dei dieci paesi con più di dieci milioni di abitanti e la più significativa proporzione di ultrasessantenni si trova in Europa, e tale classifica è guidata dall'Italia (tabella 1).

Ciò che è meno noto è la velocità con cui la popolazione invecchia nelle regioni meno sviluppate del mondo. Già circa il 70% delle persone anziane vive in paesi in via di sviluppo (tabella 2). Questi numeri continueranno a crescere rapidamente.

Oggi le persone sopra gli ottantenni sono circa 69 milioni, la maggioranza delle quali vive nei paesi sviluppati. Sebbene gli ultraottantenni costituiscano solo circa l'uno per cento della popolazione mondiale ed il tre per cento della popolazione dei paesi sviluppati, questa fascia di età è quella che cresce più rapidamente all'interno del segmento della popolazione anziana.

Nel 2002 circa 400 milioni di persone ultrasessantenni vivono nei paesi sviluppati. Entro il 2025 questa fascia

raggiungerà circa gli 840 milioni, che rappresenteranno il 70% dell'intera popolazione anziana mondiale (figura 2).

Per quanto riguarda le aree geografiche, oltre la metà della popolazione anziana del mondo vivrà in Asia, mentre l'importanza relativa dell'Europa andrà diminuendo (figura 3).

Rispetto ai paesi sviluppati, lo sviluppo socio economico dei paesi in via di sviluppo spesso non tiene il passo con la velocità di invecchiamento della popolazione. Per esempio, mentre la Francia ha impiegato 115 anni a raddoppiare la percentuale della propria popolazione anziana dal 7 al 14%, in Cina ci vorranno solo 27 anni per far registrare lo stesso incremento. Nella maggior parte del mondo sviluppato, l'invecchiamento delle popolazioni è stato un processo graduale che ha seguito una stabile crescita socioeconomica nell'arco di due o tre decenni. Pertanto, mentre i paesi sviluppati sono diventati ricchi prima di diventare vecchi, i paesi in via di sviluppo stanno diventando vecchi prima di vedere un sostanziale incremento nella loro ricchezza (Kalache e Keller, 2000).

Il rapido invecchiamento nei paesi in via di sviluppo è accompagnato da drammatici cambiamenti nella struttura e nel ruolo della famiglia, così come nel mercato del lavoro e nella migrazione. L'urbanizzazione, la migrazione dei giovani verso le città in cerca di lavoro, nuclei familiari ristretti e più donne che entrano nel mercato formale del lavoro si traducono in un minor numero di persone disponibili per prendersi cura degli anziani quando questi ne hanno necessità.

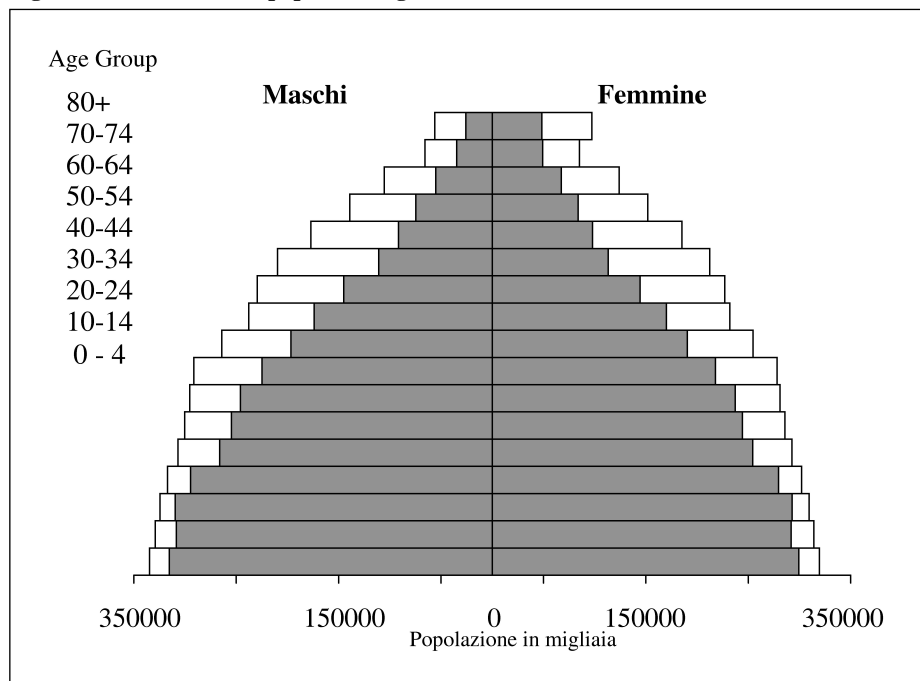
3. Active ageing: il concetto e la logica

Se l'invecchiamento deve essere un'esperienza positiva, una vita

più lunga deve essere accompagnata da continue opportunità per la salute, la partecipazione e la previdenza.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha adottato il termine «Active ageing» per esprimere il processo che consente di raggiungere ciò.

Figura 1 - Piramide della popolazione globale nel 2002 e 2025



Fonte: UN, 2001.

Tabella 1 - Paesi con più di 10 milioni di abitanti con la più alta proporzione di persone sopra i 60 anni, nel 2002 e nel 2025

2002		2025	
Italy	24.5%	Japan	35.1%
Japan	24.3%	Italy	34.0%
Germany	24.0%	Germany	33.2%
Greece	23.9%	Greece	31.6%
Belgium	22.3%	Spain	31.4%
Spain	22.1%	Belgium	31.2%
Portugal	21.1%	United Kingdom	29.4%
United Kingdom	20.8%	Netherlands	29.4%
Ukraine	20.7%	France	28.7%
France	20.5%	Canada	27.9%

Source: UN, 2001.

4. Che cos'è l'«Active ageing»?

L'«Active ageing» è il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la previdenza al fine di migliorare la qualità della vita quando le persone invecchiano.

Il concetto di «Active ageing» si applica sia agli individui che alle popolazioni. Consente alle persone di sviluppare il proprio benessere fisico, mentale e sociale nell'arco di tutto il corso della vita (*life course*) e di partecipare alla vita sociale secondo i propri bisogni, desideri e capacità, mentre viene ad esse garantita un'adeguata protezione sociale, previdenziale e cura quando essi ne abbiano bisogno.

La parola «active» si riferisce alla continua partecipazione nella vita sociale, economica, culturale, spirituale e civile, e non solo alla capacità di essere fisicamente attivi o di partecipare al mondo del lavoro. Gli anziani che vanno in pensione o quelli che sono malati o disabili possono continuare dare un contributo attivo alle loro famiglie, comunità e nazioni. L'*active ageing* si propone di estendere il concetto di vita sana attesa e di qualità della vita a tutte le persone che invecchiano, inclusi coloro che sono disabili e bisognosi di cure.

Secondo la definizione di «salute» adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità, la parola «salute» riferisce al benessere fisico, mentale e sociale. Quindi, usando il *framework* dell'«Active ageing», le politiche ed i programmi che promuovono la salute mentale e le relazioni sociali sono altrettanto importanti di quelli che sono volti a migliorare la salute fisica.

Mantenere autonomia ed indipendenza quando si diventa vecchi è un obiettivo chiave sia per gli individui che per i *policy makers*. Inoltre, l'invecchiamento è un processo che avviene nell'ambito sociale, definito da-

gli amici, dalle associazioni dei lavoratori, dai vicini e dai membri della famiglia. Questo è il motivo per cui l'interdipendenza così come la solidarietà intergenerazionale sono importanti fattori dell'*active ageing*. I bambini di ieri sono gli adulti di oggi e i nonni di domani. La qualità della vita di cui essi godranno quando saranno nonni dipende dai rischi e dalle opportunità

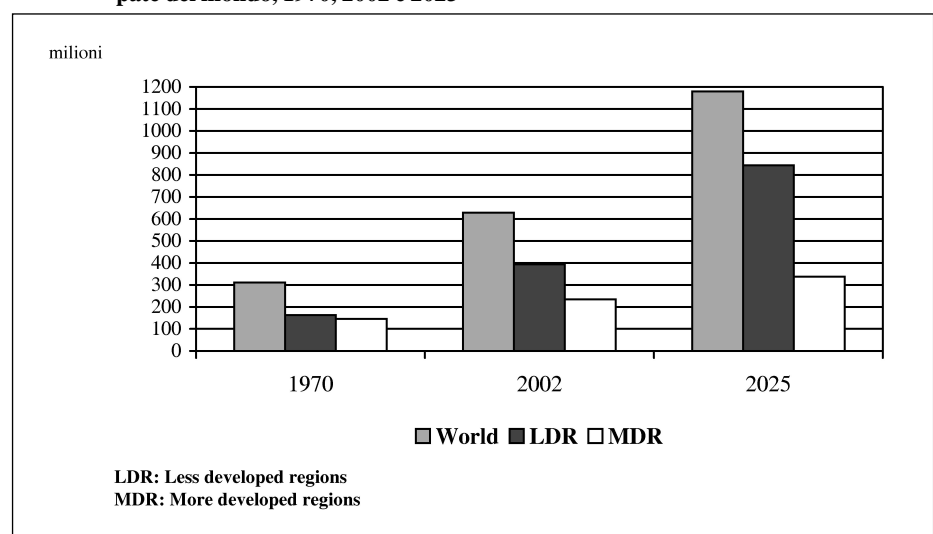
che essi hanno incontrato lungo tutto il corso della vita (*life course*), così come dal modo in cui le generazioni forniscono mutuo aiuto e supporto quando necessario.

Il termine «active ageing» è stato adottato dall'Organizzazione mondiale della sanità alla fine degli anni novanta. L'intento era quello di promuovere un messaggio più allargato ri-

Tabella 2 - Numeri assoluti di persone sopra i 60 anni di età in paesi con circa o più di 100 milioni di abitanti (nel 2002)

2002		2025	
China	134.2	China	287.5
India	81.0	India	168.5
United States of America	46.9	United States of America	86.1
Japan	31	Japan	43.5
Russian Federation	26.2	Indonesia	35.0
Indonesia	17.1	Brazil	33.4
Brazil	14.1	Russian Federation	32.7
Pakistan	8.6	Pakistan	18.3
Mexico	7.3	Bangladesh	17.7
Bangladesh	7.2	Mexico	17.6
Nigeria	5.7	Nigeria	11.4

Figura 2 - Numero di persone sopra i 60 anni nelle regioni meno (LDR) e più (MDR) sviluppate del mondo, 1970, 2002 e 2025



Fonte: UN, 2001.

petto a quello di «healty ageing» e di riconoscere i fattori aggiuntivi rispetto alla salute che influenzano il modo in cui gli individui e le popolazioni invecchiano (Kalache e Keller, 2000). L'approccio «Active ageing» si basa sul riconoscimento dei diritti umani dell'anziano e dei principi di indipendenza, partecipazione, dignità, cura e auto realizzazione propri delle Nazioni Unite. Questo approccio, dunque, sposta da una pianificazione strategica basata sui bisogni ad un approccio basato sui diritti, che riconosce i diritti delle persone a pari opportunità e condizioni nei diversi aspetti della vita quando invecchiano. Questo approccio supporta le responsabilità degli anziani ad esercitare la loro partecipazione nel processo politico e negli altri aspetti della vita della comunità.

5. L'approccio Life Course all'Active ageing

La prospettiva del corso della vita (*life course*) applicata all'*ageing* riconosce che gli anziani non sono un gruppo omogeneo e che la diversità individuale tende ad aumentare con l'età. Interventi che creino ambienti supportivi e che incoraggino scelte sane sono importanti in tutte le fasi della vita (figura 4).

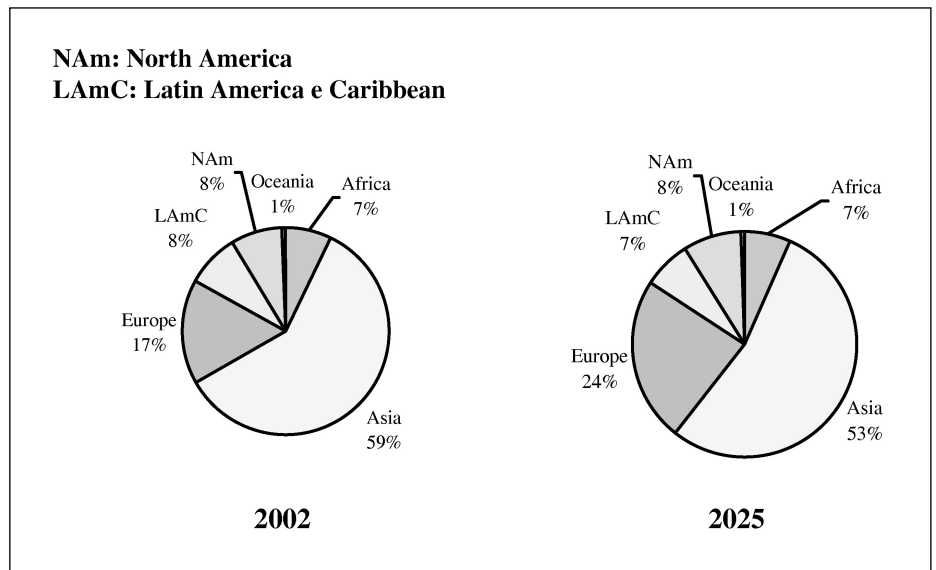
Con l'aumentare dell'età, le malattie non trasmissibili diventano le cause principali di malattia e morte in tutte le regioni del mondo, compresi i paesi in via di sviluppo. Le malattie non trasmissibili, che sono essenzialmente malattie della vecchiaia, sono costose per gli individui, per le famiglie e per il sistema pubblico. Tuttavia molte delle malattie non trasmissibili si possono prevenire o possono essere ritardate. Fallire nel prevenire o gestire la crescita delle malattie non trasmissibili in modo appropriato comporterà un enorme costo umano e sociale che assorbirà uno sproporzionato

ammontare di risorse, che potrebbe invece essere utilizzato per indirizzare i problemi di salute di altre fasce di età.

La ricerca scientifica sta progressivamente dimostrando che le origini del rischio di malattie croniche, come

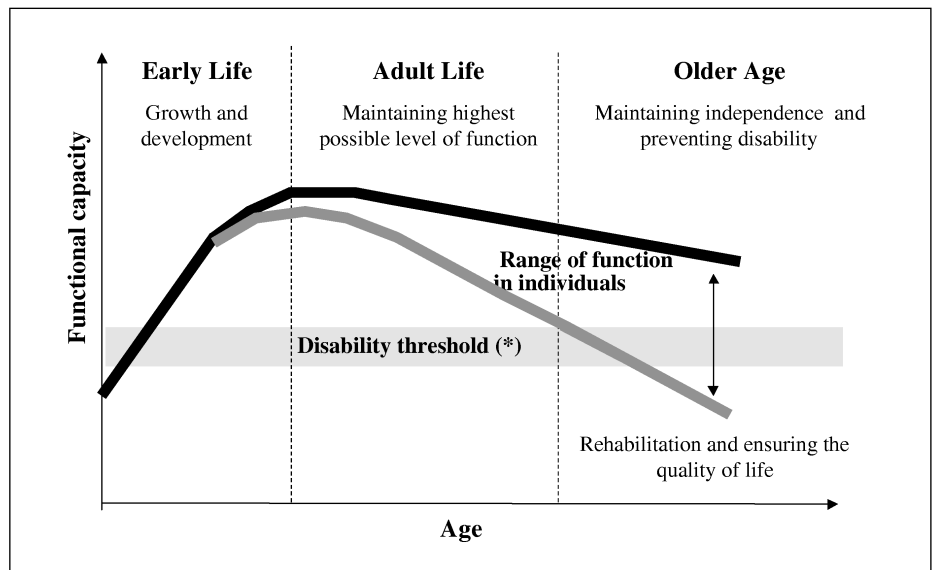
il diabete o malattie cardiovascolari, si possono rintracciare nella prima infanzia o persino prima. Questo rischio è successivamente modificato da fattori, come le condizioni socioeconomiche e le esperienze lungo l'intero

Figura 3 - Distribuzione della popolazione mondiale sopra i 60 anni di età per regione del mondo



Fonte: UN, 2001.

Figura 4 - Il mantenimento della capacità funzionale lungo il ciclo di vita



Fonte: Kalache e Kickbusch, 1997.

corso della vita. Il rischio di sviluppare malattie non trasmissibili aumenta con l'aumentare dell'età. Tuttavia sono il fumo, la mancanza di attività fisica, una dieta inappropriata e alti fattori di rischio ben definiti che rendono un individuo relativamente a maggior rischio di malattie non trasmissibili quando diventa anziano.

Per questi motivi, è importante considerare i rischi delle malattie non trasmissibili a partire dalla parte iniziale della vita fino alla parte finale, appunto adottando un approccio di *life course*.

6. Politiche e programmi per l'*active ageing*

Un approccio di tipo *active ageing* allo sviluppo di politiche e programmi può potenzialmente affrontare i problemi di invecchiamento sia degli individui che delle popolazioni. Quando la sanità, il mercato del lavoro, l'educazione e le politiche sociali supportano l'*active ageing*, potenzialmente dovrebbero esserci:

- meno morti premature nelle fasi più produttive della vita;
- meno invalidità associate a malattie croniche in età anziana;
- più persone che invecchiando partecipano attivamente alla vita sociale, culturale, economica e politica, in posizioni retribuite e non retribuite, in ruoli domestici, familiari e di comunità
- una minor spesa farmaceutica e di cure sanitarie;

Le politiche e i programmi di *active ageing* riconoscono la necessità di incoraggiare la responsabilità personale (*self-care*), di promuovere ambienti *age-friendly* e solidarietà intergenerazionale. Gli individui e le famiglie devono pianificare e prepararsi per l'età anziana e fare sforzi personali per adottare abitudini sane in tutte le fasi della loro vita. Allo stesso tempo,

sono necessari ambienti supportivi per rendere «le scelte sane scelte facili».

Ci sono buone ragioni economiche per attivare politiche e programmi che promuovano l'*active ageing* in termini di aumentata partecipazione e ridotti costi per le cure. Le persone che rimangono sane invecchiando incontrano minori ostacoli nel continuare a lavorare. Il trend attuale verso il pensionamento anticipato nei paesi industrializzati è largamente il risultato di politiche pubbliche che hanno incoraggiato un anticipato ritiro dal mondo del lavoro. Quando una popolazione invecchia, ci sono pressioni crescenti per cambiare questo tipo di politiche. Questo, infatti, aiuta a compensare il crescente costo delle pensioni e della previdenza così come quello associato alle cure mediche. Riguardo all'aumento della spesa pubblica per cure mediche, i dati disponibili mostrano sempre meglio che l'età anziana di per sé non è associata con un aumento delle spese mediche. Piuttosto, l'invalidità e una condizione di salute precaria — spesso associate con l'età — sono costose. Se le persone invecchiano in salute, le spese mediche potrebbero non aumentare così rapidamente. I *policy maker* devono avere una prospettiva globale e considerare risparmi che si ottengono dal declino dei tassi di invalidità. Negli Stati Uniti, per esempio, tale declino potrebbe abbassare le spese mediche di circa il 20% nei prossimi 50 anni (Cutler, 2001). Tra il 1982 ed il 1994 negli Stati Uniti il solo risparmio nei costi di assistenza domiciliare era stato stimato superiore ai 17 bilioni di dollari (Singer, Manton, 1998). Inoltre, se un maggiore numero di anziani sani estendesse la propria partecipazione nel mercato del lavoro (sia a tempo pieno e *part time*), il loro contributo ai ricavi pubblici aumenterebbe continuamente. Infine, è spesso meno co-

stoso prevenire che curare le malattie. Per esempio, è stato stimato che un dollaro investito nel promuovere attività fisica moderata porta ad un risparmio di 3.2\$ in spese mediche (U.S. Centers for Disease Control, 1999).

7. La risposta politica

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale che richiede una risposta internazionale, nazionale, regionale e locale. In un mondo sempre più interconnesso, fallire nell'affrontare la sfida demografica e i rapidi cambiamenti epidemiologici in una parte del mondo avrebbe delle ripercussioni socioeconomiche e politiche ovunque.

Il *policy framework for active ageing* è guidato dagli *United Nations Principles for Older People* (il circolo più esterno). Questi principi sono l'indipendenza, la partecipazione, la cura, l'auto realizzazione e la dignità. Le decisioni vengono prese sulla comprensione di come le determinanti dell'*active ageing* influenzino il modo in cui l'individuo e la popolazione invecchiano.

Il *policy framework* richiede che si agisca su tre pilastri fondamentali.

Sanità. Quando i fattori di rischio (siano essi ambientali o comportamentali) delle malattie croniche e del declino funzionale sono mantenuti bassi mentre i fattori proattivi vengono mantenuti alti, le persone possono godere sia di una più lunga che di una migliore vita. Esse rimarranno sane e capaci di gestire le proprie vite invecchiando; sempre in numero minore avranno bisogno di costosi trattamenti e cure mediche. Per coloro che ne necessiteranno, essi dovranno avere accesso ad un insieme di trattamenti e cure che tengano conto dei diritti e dei bisogni degli anziani.

Partecipazione. Quando il mercato del lavoro, l'educazione, la sanità e la

politiche sociali supportano la piena partecipazione alle attività socioeconomiche, culturali e spirituali secondo i fondamentali diritti umani, i bisogni e le preferenze, le persone invecchiando continueranno a dare un contributo attivo alla società sia in modo retribuito che non retribuito.

Security. Quando le politiche ed i programmi indirizzano i diritti e i bisogni relativi alla sicurezza sociale, finanziaria e fisica delle persone che invecchiano, alle persone anziane vengono garantite la protezione, la tutela della dignità e le cure nel caso in cui esse non siano più in grado di supportare e proteggere se stesse. Le famiglie e le comunità vengono supportate per consentire loro di prendersi cura dei loro membri anziani.

Centrare l'obiettivo dell'*active ageing* richiederà interventi in diversi settori oltre a quelli della sanità e dei servizi sociali. Dovranno essere coinvolti il settore dell'educazione, del lavoro, della finanza, della previdenza, alloggi, trasporti, giustizia e sviluppo urbano e rurale. Sebbene sia chiaro che il settore sanitario non ha una responsabilità diretta sulle politiche di tutti questi settori, appare altrettanto chiaro che tutti questi settori afferiscono in un certo senso alla sanità pubblica in quanto essi supportano l'obiettivo di migliorare la salute attraverso un'azione intersettoriale. Questo tipo di approccio stressa l'importanza di avere diversi *partner* per il perseguimento della sanità pubblica e rinforza il ruolo del settore sanitario come catalizzatore all'azione (Yach, 1996).

Inoltre, tutte le politiche dovrebbero supportare la solidarietà intergenerazionale e avere precisi obiettivi di riduzione delle ineguaglianze tra uomini e donne e tra sottogruppi all'interno della popolazione. Una particolare attenzione deve essere prestata alle persone più anziane che sono povere e marginalizzate e che vivono nelle aree

rurali. Un approccio di tipo *active ageing* mira ad eliminare le discriminazioni e a riconoscere le diversità delle persone anziane. Le persone anziane e coloro che prestano loro cure devono essere attivamente coinvolte nella pianificazione, implementazione e valutazione delle politiche, dei programmi e delle attività relative all'*active ageing*.

8. Proposte politiche chiave

Le seguenti proposte politiche sono disegnate per indirizzare i tre pilastri dell'*active ageing*: salute, partecipazione e *security*. Alcune sono ampie e toccano tutte le fasce d'età, mentre altre sono focalizzate specificatamente alle fasce anziane.

8.1. Sanità

8.1.1. Prevenire e ridurre il peso delle invalidità, delle malattie croniche e delle morti premature

Obiettivi e target. Stabilire *target* specifici e misurabili per il miglioramento dello stato di salute tra le persone anziane e per la riduzione di malattie croniche, invalidità e mortalità premature quando le persone invecchiano.

Influenze economiche sulla salute. Attivare politiche e programmi che indirizzino i fattori economici che contribuiscono all'insorgenza di malattie ed invalidità in età avanzata (i.e. povertà, ineguaglianza di reddito ed esclusione sociale, basso livello di alfabetizzazione, mancanza di educazione). Dare la priorità al miglioramento della salute dei poveri e dei gruppi marginalizzati.

Prevenzione e trattamenti efficaci. Fare *screening* di comprovata efficacia, disponibili e sostenibili da uomini e donne quando invecchiano. Rendere trattamenti efficaci ed efficienti capa-

ci di ridurre le disabilità (quali la rimozione della cataratta) più accessibili alle persone anziane con basso reddito.

Ambienti sicuri ed *age-friendly*. Creare centri di cura *age-friendly* e definire *standard* che possano aiutare a prevenire l'insorgenza o l'aggravarsi delle malattie e delle invalidità. Prevenire gli infortuni proteggendo i pedoni anziani nel traffico, facendo marciapiedi sicuri, implementando programmi di prevenzioni delle cadute, eliminando pericoli in casa e fornendo consigli sulla sicurezza. Far rispettare rigidamente gli *standard* di sicurezza sul lavoro che proteggano i lavoratori anziani dagli infortuni. Modificare gli ambienti formali ed informali di lavoro in modo che le persone possano continuare a lavorare in modo produttivo e sicuro quando invecchiano.

Udito e vista. Ridurre i problemi e le difficoltà associate a problemi di udito e di vista attraverso misure preventive e facilitando l'accesso a misure supportive per coloro che presentano tali problemi. Fornire appropriati servizi di oculistica per le persone che hanno problemi legati all'età. Ridurre le ineguaglianze nell'accesso a lenti correttivi per uomini e donne anziane.

Vita senza barriere. Sviluppare delle soluzioni abitative senza barriere per le persone anziane disabili. Adoperarsi per rendere gli edifici pubblici ed i trasporti accessibili a tutte le persone disabili.

Qualità della vita. Promuovere politiche e programmi per migliorare la qualità della vita delle persone disabili o con malattie croniche. Supportare l'indipendenza di tali persone promuovendo cambiamenti nell'ambiente circostante, fornendo servizi riabilitativi e supporto alle famiglie.

Supporto sociale. Ridurre il rischio di solitudine ed isolamento sociale supportando gruppi gestiti da persone

anziane all'interno della comunità, promuovendo il mutuo aiuto, incentivando le relazioni di vicinato e le cure offerte all'interno della casa da parte dei familiari. Supportare il contatto intergenerazionale e mettere a disposizione alloggi in comunità in grado di incoraggiare l'interazione sociale quotidiana e l'interdipendenza tra giovani e vecchi.

HIV e AIDS. Rimuove il limite legato all'età per la raccolta di dati relativi HIV/AIDS. Studiare l'impatto dell'HIV/AIDS sulle persone anziane, incluse quelle che sono positive e quelle che si prendono cura di coloro che hanno contratto la malattia e/o degli orfani.

Salute mentale. Promuovere la salute mentale adottando un approccio di *life-course* e fornendo le informazioni necessarie, mettendo in discussione gli stereotipi sui problemi mentali e sulle malattie conseguenti.

Ambienti Puliti. Implementare politiche e programmi che possano garantire un eguale accesso all'acqua, cibo e aria sani. Minimizzare l'esposizione all'inquinamento, soprattutto nell'infanzia e nella vecchiaia.

8.1.2. Ridurre i fattori di rischio associati con le maggiori malattie ed incrementare i fattori che proteggono la salute nel corso della vita

Tabacco. Avere un'azione integrata a livello locale, nazionale ed internazionale per controllare la promozione e la diffusione del fumo. Aiutare le persone anziane a smettere di fumare.

Attività fisica. Sviluppare informazioni e linee-guida sull'attività fisica che tengano conto delle differenze culturali e siano adeguate alla popolazione *target*. Favorire modi accessibili e facili di essere fisicamente attivi (per esempio aree sicure per passeggiare e parchi). Supportare gruppi che promuovano un'attività fisica regola-

re e moderata adatta alle persone anziane. Informare ed educare le persone e i professionisti sull'importanza del mantenersi attivi quando si diventa vecchi.

Nutrizione. Assicurare un'alimentazione adeguata lungo l'intero arco della vita, in particolare nei bambini e tra le donne in età fertile. Assicurare che le politiche alimentari pubbliche e i piani di azione riconoscano le persone anziane come un gruppo potenzialmente vulnerabile. Prendere misure speciali per prevenire la malnutrizione quando le persone invecchiano.

Alimentazione sana. Promuovere delle linee guida che tengano conto delle differenze culturali per un'alimentazione sana per gli anziani.

Salute orale. Promuovere la salute orale tra gli anziani ed incoraggiare uomini e donne a mantenere i propri denti il più a lungo possibile. Stabilire appropriati programmi di promozione della salute orale lungo tutto l'arco della vita.

Fattori psicologici. Incoraggiare le persone ad essere autosufficienti, a sviluppare capacità cognitive di *problem solving*; promuovere comportamenti sociali proattivi ed efficaci durante tutto il corso della vita. Riconoscere e capitalizzare l'esperienza e i punti di forza delle persone anziane aiutandole allo stesso tempo a migliorare il loro benessere psicologico.

Alcool e droghe. Determinare la misura in cui le persone fanno uso di alcool e droghe quando invecchiano e mettere in atto politiche e prassi per ridurre il loro abuso o uso non corretto.

Medicinali. Migliorare l'accesso delle persone anziane alle medicine cosiddette essenziali, di cui essi necessitano, ma che non possono permettersi. Introdurre politiche e prassi che mirano a ridurre la prescrizione inutile da parte dei medici. Informare

ed educare le persone sull'uso oculato dei farmaci.

Osservanza delle prescrizioni. Promuovere azioni per una migliore comprensione di una scarsa osservanza delle terapie, che compromette seriamente l'efficacia dei trattamenti, e prendere misure per correggerla.

8.1.3. Sviluppare un *continuum* di servizi sociali e sanità sostenibile, accessibile, di alta qualità e *age-friendly*, che possa indirizzare i bisogni ed i diritti delle donne e degli uomini quando invecchiano

Un *continuum* di cure per tutto il corso della vita. Tenere in considerazione le opinioni e le preferenze delle donne e degli uomini che invecchiano e fornire loro un *continuum* di cure. Ri-orientare gli attuali sistemi che sono centrati sulla cura delle malattie acute affinché possa fornire un *continuum* di cure che includa anche la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, le cure appropriate per le malattie croniche, un ragionevole supporto da parte della comunità e una dignitosa cura delle malattie di lunga degenza attraverso tutte le fasi della vita.

Accesso equo e sostenibile. Assicurare un accesso sostenibile ed equo ad un *Primary Health Care* (sia acuto che cronico) di qualità, così come servizi di *long-term care* per tutti.

Assistenza informale. Riconoscere e indirizzare le differenze di genere nel peso dell'assistenza ai malattie e fare uno sforzo particolare nel supportare coloro che forniscono le cure, soprattutto le donne più anziane che offrono cure ai parenti, ai figli, ai nipoti e ad altri malati o disabili. Dare un supporto a coloro che offrono assistenza informale attraverso iniziative quali crediti pensionistici, sussidi finanziari, *training* e servizi infermieristici a domicilio. Riconoscere il ri-

schio che gli anziani che forniscono assistenza informale corrono in rischio di isolamento sociale, qualora siano finanziariamente svantaggiati e malati.

Assistenza formale. Garantire a coloro che offrono assistenza formale adeguate condizioni lavorative e remunerazione, con particolare attenzione a coloro che non sono particolarmente qualificati e godono di un basso *status* sociale e professionale (la maggior dei quali sono donne).

Servizi di salute mentale. Fornire articolati servizi di salute mentale agli uomini e alle donne che invecchiano, a partire dalla promozione della salute mentale ai trattamenti terapeutici per i malati mentali, la riabilitazione e la reintegrazione nella comunità qualora fosse necessario. Prestare particolare attenzione al crescere della depressione e delle tendenze suicide dovute all'isolamento sociale. Fornire una cura qualificata a domicilio o in centri residenziali dedicati agli anziani affetti da demenza e altri problemi neurologici e cognitivi.

Iatrogenesi. Prevenire la iatrogenesi (malattie e invalidità indotte dal processo di diagnosi o trattamento). Stabilire un sistema adeguato per prevenire reazioni all'assunzione di medicinali con particolare attenzione alle persone anziane. Aumentare l'attenzione tra i professionisti della sanità e tra il pubblico in generale sugli effetti collaterali ed i benefici delle moderne terapie.

Invecchiare a casa e nella comunità. Fornire politiche, programmi e servizi che rendano possibile alle persone rimanere nelle loro case quando invecchiano, con o senza la presenza di altri familiari, seguendo le loro condizioni e preferenze. Supportare le famiglie con persone anziane che necessitano di cure a domicilio. Fornire pasti e aiuti per la gestione della casa, nonché

supporto infermieristico a domicilio quando necessario.

Partnership e qualità della cura. Fornire un approccio comprensivo al problema delle cure di lunga degenza (attraverso prestatori di cure formali ed informali), che stimoli la collaborazione tra il settore pubblico e privato e coinvolga tutti i livelli di governo, la società civile e il settore *not-for-profit*. Assicurare elevati standard ed ambienti stimolanti nei centri residenziali di cura per uomini e donne che richiedono cure quando invecchiano.

8.1.4. Fornire *training* e formazione ai prestatori di cure

Assistenza informale. Fornire ai membri della famiglia e a coloro che prestano assistenza informale informazioni e *training* su come curare le persone quando invecchiano. Nei paesi in via di sviluppo, supportare gli anziani che sono portatori di conoscenza nell'ambito della medicina tradizionale e complementare.

Assistenza formale. Educare coloro che lavoro nel settore sanitario e sociale nello stabilire modelli di *Primary Health Care* e di *Long-Term Care* che riconoscano i punti di forza e i contributi che possono essere apportati dagli anziani. Inserire nei piani di studio delle discipline mediche e sociali a tutti i livelli di istruzione moduli sull'*active ageing*. Fornire una formazione specialistica in gerontologia e geriatria a medici e professionale sanitario in genere. Aumentare la consapevolezza e la sensibilità di tutto il professionale sanitario e gli assistenti sociali dell'importanza dei *network* sociali per un invecchiamento equilibrato. Educare coloro che sono preposti alla promozione della salute ad identificare gli anziani a rischio di isolamento sociale.

8.2. Partecipazione

8.2.1. Fornire educazione ed opportunità di apprendimento lungo tutto il corso della vita

Educazione elementare e educazione sanitaria. Rendere l'educazione elementare disponibili per tutti lungo tutto l'arco di vita. Porsi l'obiettivo dell'alfabetizzazione per tutti. Promuovere un livello minimo di comprensione della salute attraverso un'educazione fornita lungo tutto il corso della vita. Insegnare alle persone come prendersi cura di se stessi e degli altri quando invecchiano. Educare e consapevolizzare le persone anziane su come selezionare efficacemente ed usare i servizi sanitari e sociali.

Apprendimento continuo. Rendere possibile una partecipazione attiva degli anziani fornendo politiche e programmi in educazione e formazione che supportino l'apprendimento continuo quando si invecchia. Fornire alle persone anziane opportunità di sviluppare nuove capacità, in particolare in aree quali le tecnologie informatiche.

8.2.2. Riconoscere e rendere possibile la partecipazione delle persone anziane alle attività di sviluppo economico, al lavoro formale ed informale, tenendo conto dei loro bisogni individuali, delle loro preferenze e delle loro capacità

Riduzione della povertà e generazione di reddito. Coinvolgere le persone anziane nella pianificazione, implementazione e valutazione delle iniziative di sviluppo sociale e negli sforzi di riduzione della povertà. Assicurare, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, che le persone anziane abbiano la stessa possibilità garantita ai giovani di accedere ai sussidi di sviluppo, ai progetti di generazione di reddito e ai crediti.

Lavoro formale. Promuovere mercati del lavoro e politiche e programmi di impiego che garantiscano la partecipazione delle persone anziane ad attività lavorative dignitose, tenendo conto dei loro bisogni, preferenze e capacità (in particolare, l'eliminazione della discriminazione in base all'età nelle politiche di assunzione e di licenziamento). Supportare una riforma delle pensioni che incoraggi la produttività, un diverso schema di pensionamento e delle opzioni più flessibili per il pensionamento.

Lavoro informale. Promuovere politiche e programmi che riconoscano il contributo ed il supporto che donne ed uomini anziani forniscono attraverso lavoro non retribuito nel cosiddetto settore informale e nella cura domestica.

Attività di volontariato. Riconoscere il valore del volontariato ed aumentare le opportunità per gli anziani di partecipare ad attività di volontariato qualificato, in particolare per coloro che vorrebbero dare un contributo volontario, ma ne sono impossibilitati per motivi di salute, economici o di difficoltà di trasporto.

8.2.3. Incoraggiare una piena partecipazione degli anziani alla vita familiare e della comunità

Trasporti. Fornire trasporti pubblici accessibili e economicamente sostenibili sia nelle aree rurali che urbane, in modo che le persone anziane (in particolare quelle con difficoltà motorie) possano pienamente partecipare alla vita familiare e della comunità.

Leadership. Coinvolgere le persone anziane nei processi politici che riguardano decisioni relative ai loro diritti. Coinvolgere donne e uomini anziani nel pianificare, implementare e valutare servizi sanitari e sociali locali e programmi ricreativi. Coinvolgere le persone anziane negli sforzi di pre-

venzione ed educazione per ridurre la diffusione dell'HIV/AIDS. Coinvolgere le persone anziane nello sviluppo delle agenda di ricerca sull'*active ageing*, sia come *advisor* che come ricercatori.

Una società per tutte le età. Offrire una grande flessibilità per i periodi dedicati all'educazione, al lavoro e alle responsabilità di coloro che offrono cure lungo tutto l'arco della vita. Sviluppare una gamma di opzioni abitative per le persone anziane in modo da eliminare le barriere all'indipendenza e all'interdipendenza dagli altri membri della famiglia; incoraggiare la piena partecipazione alla vita familiare e della comunità. Fornire attività intergenerazionali nelle scuole e nelle comunità. Incoraggiare gli anziani a diventare modelli di *active ageing* e mentori dei giovani. Riconoscere e supportare l'importanza del ruolo e delle responsabilità dei nonni. Spingere la collaborazione tra organizzazioni nongovernative che lavorano con bambini, giovani e anziani.

Una positiva immagine dell'invecchiamento. Lavorare con gruppi che rappresentano le persone anziane e i media per fornire un'immagine positiva e realistica dell'*active ageing*. Confrontare e discutere stereotipi negativi dell'invecchiamento.

Ridurre le ineguaglianze nella partecipazione delle donne. Riconoscere e supportare l'importante contributo che le donne anziane danno alla famiglia e alla comunità nell'economia informale. Rendere possibile la piena partecipazione delle donne nella vita politica e nei processi decisionali quando esse invecchiano.

Supportare le organizzazioni che rappresentano gli anziani. Fornire supporto finanziario e formativo ai membri di tali organizzazioni, in modo che esse siano in grado di promuovere e migliorare la sanità, la previdenza e la piena partecipazione de uo-

mini e donne anziani in tutti gli aspetti della vita della comunità.

8.3. Security

8.3.1. Assicurare la protezione, la sicurezza e la dignità degli anziani promuovendo i diritti ed i doveri delle persone anziane in ambito sociale, finanziario e della sicurezza fisica

Previdenza. Promuovere la previdenza con particolare attenzione alle persone anziane povere e sole. Incoraggiare i giovani adulti a preparare la loro vecchiaia in termini di salute, vita sociale e sicurezza finanziaria.

HIV/AIDS. Supportare l'equilibrio sociale, economico e psicologico degli anziani che si prendono cura delle persone malate di HIV/AIDS e che si fanno carico degli orfani di malati di AIDS. Fornire supporto adeguato, cure sanitari economicamente sostenibili e un sistema di prestiti per consentire alle persone anziane di rispondere ai bisogno di figli e nipoti affetti da HIV/AIDS.

Protezione del consumatore. Proteggere il consumatore da medicinali e trattamenti non sicuri e da politiche di *marketing* non scrupolose, con particolare attenzione agli anziani.

Giustizia sociale. Assicurare che le decisioni prese in tema di cura degli anziani siano basate sui diritti degli anziani e guidate dai Principi per gli anziani definiti dalle Nazioni Unite. Sostenere i diritti delle persone anziane in modo che esse possano mantenere una condizione di indipendenza e di autonomia il più a lungo possibile.

Protezione. Riconoscere esplicitamente il diritto ed il bisogno delle persone anziane ad essere protette appropriatamente, specialmente in periodi di conflitto o crisi. Fornire assistenza domiciliare per le persone anziane e le loro famiglie quando richiesta, attra-

verso anche sussidi di locazione, cooperative abitative e finanziamenti per la ristrutturazione delle case.

Crisi. Sostenere i diritti delle persone anziane durante i conflitti. Riconoscere e agire in particolare sui bisogni di protezione delle persone anziane in situazioni di emergenza. Riconoscere il contributo che le persone anziane possono dare nelle fasi di ricostruzione e coinvolgerle in tali iniziative.

Abuso degli anziani. Riconoscere il fenomeno di abuso degli anziani (in termini psicologici, sessuali, fisici, finanziari e di abbandono) ed incoraggiare la persecuzione dei colpevoli. Formare personale di polizia, sanitario, assistenti sociali, *leader* spirituali, organizzazioni di difesa dei diritti e gruppi di anziani a riconoscere il fenomeno e a trattarlo. Aumentare la consapevolezza dell'ingiustizia dell'abuso degli anziani attraverso l'informazione pubblica e campagne di sensibilizzazione. Coinvolgere in questi sforzi i media e i giovani così come le persone anziane.

8.3.2. Ridurre le ineguaglianze nei diritti e bisogni di sicurezza delle donne anziane

Con particolare riferimento ai paesi in via di sviluppo, promuovere e far rispettare leggi che proteggano le vedove dall'espropriazione delle proprietà e da pratiche violente.

Promuovere leggi che proteggano le donne dalla violenza domestica quando invecchiano.

Garantire un sistema previdenziale per le donne anziane che non hanno una pensione generata da contributi precedenti dal momento che hanno lavorato la maggior parte della loro vita come casalinghe oppure nel settore informale.

9. Collaborazione internazionale

Con il lancio dell'*International Plan of Action*, l'Assemblea mondiale sull'*Ageing* 2002, avvenuta a Madrid lo scorso aprile, ha sottolineato un punto di svolta nell'indirizzare le sfide e celebrare i trionfi di un mondo che invecchia. Dal momento che stiamo ora entrando nella fase di implementazione di tale piano, diventa critica la condivisione di ricerche e politiche a livello internazionale, regionale e globale. Progressivamente, gli stati, le organizzazioni non governative, le istituzioni accademiche ed il settore privato saranno chiamati a sviluppare soluzioni adeguate alle esigenze degli anziani e a rispondere alle sfide di un mondo che invecchia. Essi dovranno tenere in considerazione le conseguenze dei cambiamenti epidemiologici, i rapidi cambiamenti nel settore sanitario, la globalizzazione, l'urbanizzazione nei paesi in via di sviluppo, i cambiamenti negli assetti familiari ed il degrado ambientale, così come la persistenza di ineguaglianze e povertà, in particolar modo nei paesi in via di sviluppo dove la maggior parte delle persone anziane sta già vivendo.

Per promuovere il movimento per l'*Active ageing*, tutti gli *stakeholders* devono chiarire e diffondere il termine «active ageing» attraverso il dialogo, la discussione ed il dibattito nell'arena politica, il settore educativo, forum pubblici e mezzi di comunicazione come la radio e i programmi televisivi.

È necessario che l'azione sui tre pilastri dell'*active ageing* sia supportata dallo sviluppo della conoscenza nonché dalla disseminazione dei risultati della ricerca. È fondamentale che i risultati della ricerca siano condivisi in un linguaggio chiaro ed accessibile con i *policy makers*, con le azioni non governative che rappresentano le persone anziane, il settore privato ed il settore pubblico nel complesso. Le

agenzie internazionali, i paesi e le regioni devono collaborare nello sviluppo di un'agenda di ricerca per l'*active ageing*.

WHO è impegnata nel lavorare in collaborazione con altre organizzazioni intergovernative, NGOs ed il settore accademico per lo sviluppo di un *framework* globale per la ricerca sull'*ageing*. Questo *framework* deve riflettere le priorità espresse nel Piano internazionale 2002 di azione sull'*ageing* e quelle contenute nel *policy framework* elaborato e divulgato dall'Organizzazione mondiale della sanità.

10. Conclusioni

Nel *policy framework*, di cui in questo articolo sono stati riportati i punti essenziali, viene proposto un *framework* per l'azione dei *policy maker*. Insieme al recente *Plan of Action* sull'*ageing* delle Nazioni Unite, questo *framework* fornisce una mappa per disegnare politiche di *active ageing* multisettoriali, che siano in grado di migliorare la salute e la partecipazione tra le popolazioni che invecchiano, assicurando una adeguata previdenza, protezione e cura.

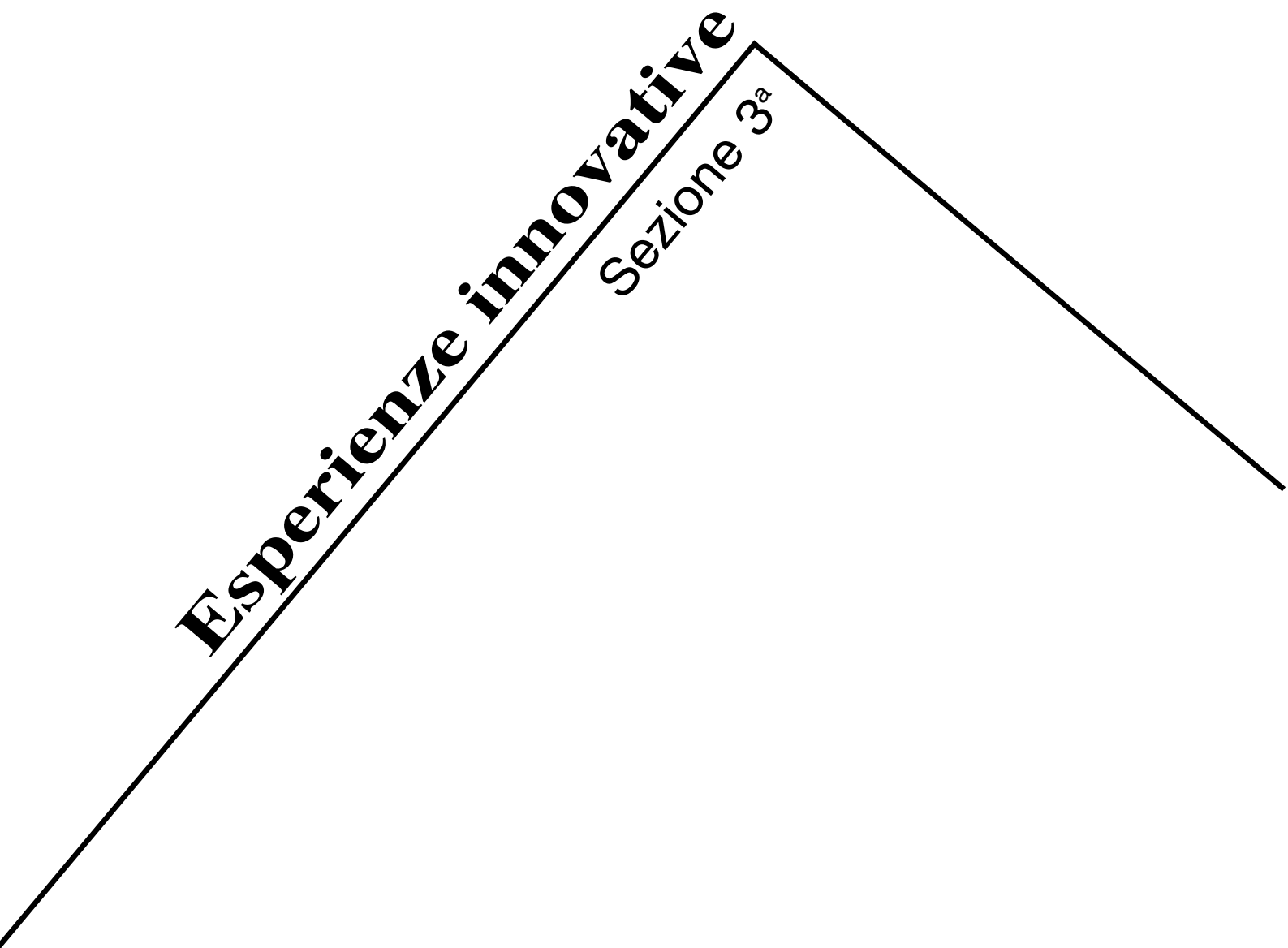
WHO riconosce che la salute pubblica coinvolge una vasta gamma di azioni per promuovere la salute delle. Pertanto, l'Organizzazione mondiale della sanità si impegna a lavorare in cooperazione con le altre agenzie internazionali e le Nazioni Unite per promuovere l'implementazione delle politiche di *active ageing* a livello globale, nazionale e regionale. WHO fornirà supporto tecnico e giocherà un ruolo di catalizzatore per il miglioramento della salute. Questo, tuttavia, può essere solo il risultato di uno sforzo congiunto. Sarà responsabilità delle nazioni e delle comunità locali sviluppare una sensibilità culturale e obiettivi precisi e realistici ed imple-

mentare le politiche ed i programmi adatti alle singole situazioni. L'approccio «active ageing» fornisce un *framework* per lo sviluppo di strategie sull'invecchiamento della popolazione a livello globale, nazionale e locale. Mettendo insieme i tre pilastri della sanità, partecipazione e sicurezza, il *policy framework* offre una piattaforma di costruzione del consenso che può guidare i problemi di molteplici settori e di tutte le regioni del mondo. Le proposte politiche e le raccomandazioni sono di poca utilità senza che segua l'implementazione. Ora è tempo di agire.

BIBLIOGRAFIA

- ABODERIN I. *et al.* (2002), *Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research*, World Health Organization, Geneva.
- ACTION ON ELDER ABUSE (AEA) (1995), *Bulletin*, (11) May-June.
- BOTEV N. (1999), «Older persons in countries with economies in transitions», *Population Ageing: Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries*. United Nations Population Fund and CBGS Population and Family Study Centre, United Nations Population Fund, New York.
- CUTLER D. (2001), «Declining Disability Among The Elderly», *Health Affairs*, vol. 20 (6), pp. 11-27.
- DIPOLLINA L., SABATE E. (2002), «Medication adherence to long term treatments in the elderly», in Sabate E. (ed) *WHO Adherence Report: A review of the evidence*, World Health Organization. (forthcoming), Geneva.
- DOLL R. (1999), «Risk from tobacco and potentials for health gain», *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3 (2), pp. 90-9.
- GIRONDA M., LUBBEN J. (in press), «Preventing loneliness and isolation in older adulthood», in T. Gullotta and M. Bloom (eds), *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- GRAY M.J.A. (1996), «Preventive Medicine», in Ebrahim S. and Kalache A. (eds), *Epidemiology in Old Age*, BMJ Publishing Group, London.
- GURALNICK J.M., KAPLAN G. (1989), «Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study», *American Journal of Public Health*, 79, pp. 703-8.
- GURWITZ J.H., AVORN J. (1991), «The ambiguous relationship between aging and adverse drug reactions», *Annals of Internal Medicine*, 114, pp. 956-66.
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO) (2000), «Income security and social protection in a changing world», *World Labour Report*, ILO, Geneva.
- JACOBZONE S., OXLEY H. (2002), «Ageing and Health Care Costs», *International Politics and Society*, (1) http://www.fes.de/ipg/ONLINE2_2002/INDEXE.HTM
- JERNIGAN D.H., MONTEIRO M., ROOM R., SAXENA S. (2000), «Toward a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO», *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), p. 491.
- KALACHE A., KELLER I. (2000), «The greying world: a challenge for the 21st century», *Science Progress*, 83 (1), pp. 33-54.
- KALACHE A., KICKBUSCH I. (1997), «A global strategy for healthy ageing», *World Health*, (4) July-August, pp. 4-5.
- KIRKWOOD T. (1996), «Mechanisms of Ageing», in Ebrahim S. and Kalache A. (eds), *Epidemiology in Old Age*, BMJ Publishing Group, London.
- LYNCH J.W., SMITH G.D., KAPLAN G.A., HOUSE J.S. (2000), «Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment and material conditions», *British Medical Journal*, 320, pp. 1200-04.
- MANTON K., GU X. (2001), «Changes in the prevalence of chronic disability in the United States, black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999», *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 22, pp. 6354-9.
- MERZ C.N., FORRESTER J.S. (1997), «The secondary prevention of coronary heart disease», *American Journal of Medicine*, 102, pp. 573-80.
- MURRAY C., LOPEZ A. (1996), *The Global Burden of Disease*, Oxford University Press.
- OECD (1998), *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, Organization for Economic Cooperation and Development, Paris.
- PAL J. *et al.* (1974), «Deafness among the urban community - an epidemiological survey at Lucknow (U.P.)», *Indian J Med Res*, 62, pp. 857-868.
- SINGER B., MANTON K. (1998), «The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States», *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 23, pp. 321-35.
- SMITS C.H., DEEG D.M., SCHMAND B. (1999), «Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population», *American Journal of Epidemiology*, 150 (9), pp. 978-86.
- SUGISAWA S., LIANG J., LIU X. (1994), «Social networks, social support and mortality among older people in Japan», *Journals of Gerontology*, 49, pp. S3-13.
- UNITED NATIONS (UN) (2001), *World Population Prospects: The 2000 Revision*.
- U.S. Centers for Disease Control (1999), *Lower Direct Medical Costs Associated with Physical Activity*, CDC, Atlanta. See <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm>.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1999), *An Ounce of Prevention ... What Are the Returns?*, U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.
- U.S PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (1996), *Guide to Clinical Preventive Services*, 2nd Edition, Williams and Wilkins, Baltimore.
- WHO (1994), «Statement developed by WHO Quality of Life Working Group», Published in the *WHO Health Promotion Glossary 1998*, WHO/HPR/HEP/98.1, World Health Organization, Geneva.
- WHO (1997), *Global Elimination of Avoidable Blindness*, WHO/PBL/97.61 Rev.2, World Health Organization, Geneva.
- WHO (1998), *Growing Older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life*, Prepared by Heikkinen R.L., World Health Organization, Geneva.
- WHO (1998a), *Life in the 21st Century: A Vision for All* (World Health Report), World Health Organization, Geneva.
- WHO (1999), *World Health Report, Database*, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2000), *Global Forum for Health Research: The 10/90 Report on Health Research*, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2000a), *Health Systems: Improving Performance* (World Health Report), World Health Organization, Geneva.
- WHO (2000b), *Home-Based and Long-term Care*, Report of a WHO Study Group,

- WHO Technical Report Series 898, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2000c), *Long-Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*, WHO/NMH/CCL/00.2, World Health Organization Geneva.
- WHO (2001), *Innovative Care for Chronic Conditions*, Meeting Report, 30-31 May 2001, WHO/MNC/CCH/01.01, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2001a), *Mental Health: New Understanding, New Hope* (World Health Report), World Health Organization, Geneva.
- WHO (2002), *Developing and validating a methodology to examine the impact of HIV/AIDS on older caregivers -Zimbabwe case study*, World Health Organization, Geneva (in press).
- WHO (2002a), *Global Burden of Disease. Review*, World Health Organization, Geneva (forthcoming).
- WHO (2002b), *Active Ageing: A policy Framework*, World Health Organization, Geneva.
- WHO/INPEA (2002), *Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse*, WHO/NMH/NPH/02.2, World Health Organization Geneva.
- WILKINSON R.G. (1996), *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*, Routledge, London.
- WILSON D.H. et al. (1999), «The epidemiology of hearing impairment in the Australian adult population», *Int J Epidemiol*, 28, pp. 247-252.
- WOLF D.A. (2001), «Population change: friend or foe of the chronic care system», *Health Affairs*, Vol.20 (6), pp. 28-42.
- WORLD BANK (1999), *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, World Bank, Washington.
- WORLD BANK (2001), *World Development Indicator Database*, World Bank, Washington.
- http://www.worldbank.org/data/wdi2001/pdfs/tab2_6.pdf.
- YACH D. (1996), «Redefining the scope of public health beyond the year 2000», *Current Issues in Public Health*, 2, pp. 247-252.



Esperienze innovative

Sezione 3^a

Ecco

MECOSAN



click!

La copia esatta di *MECOSAN* cartaceo è disponibile nel 2003 anche in CD-rom.

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- visualizzare e consultare la rivista *MECOSAN* in formato pdf, mediante l'applicazione *Acrobat Reader*, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- «navigare» nella rivista *MECOSAN*, andando direttamente alle sezioni o agli articoli di maggior interesse;
- fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

Per tutti gli abbonati alla rivista *MECOSAN*, il costo dell'abbonamento al supplemento annuale in CD-rom di *MECOSAN click* 2003 è di soli € 110,00 anziché € 330,00.

CEDOLA D'ORDINE

RISERVATA AGLI ABBONATI A *MECOSAN* 2003

ABBONAMENTO AL SUPPLEMENTO IN CD-ROM

Programma abbonamento 2003

Spedizione in abbonamento postale

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817 - E-mail sipised@tin.it

Avendo preso visione e trovato funzionale il CD-rom *MECOSAN click* n. 45, sottoscrivo l'abbonamento annuale al supplemento

MECOSAN click 2003 **al prezzo speciale di € 110,00**

● Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa

Vi prego quindi voler inoltrare — in quanto già abbonato (codice etichetta n.) a *MECOSAN* 2003 — con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso, il supplemento in CD-rom.

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

ELEMENTI PER IL MONITORAGGIO DELLA MOBILITÀ OSPEDALIERA IN USCITA: IL CASO LIGURE

Angela Testi, Enrico Ivaldi

DIEM, Università degli studi di Genova

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Materiale e metodi - 3. Presentazione e discussione dei risultati - 4. Considerazioni conclusive.

In the current situation of the Italian National Health System, Regions are becoming more and more responsible for healthcare delivery and financing. Consequently, extra regional admissions are a critical issue in the regional health policy. An analytical framework to find out the main reasons why patients choose hospitals in other regions is proposed. Four indicators are built to quantify the four «effects» why patients look for care far from their homes: 1.complexity; 2.appropriateness; 3.distance; 4.pathology. The framework is used to study mobility flows from Liguria towards other Italian Regions. The proposed method is shown to be effective in monitoring the situation and in suggesting corrective strategies.

1. Introduzione

Lo studio del fenomeno mobilità nel sistema sanitario italiano è condotto in letteratura sotto diversi aspetti e con vari scopi (Degli Esposti *et al.*, 1996; Fabbri-Fiorentini, 1996 e 1999; Fiorentini, 1999; Virgilio *et al.*, 1999; Montefiori, 2002). La motivazione principale è quella di fornire una spiegazione alla domanda di prestazioni ospedaliere e la maggior parte degli studi evidenzia che di solito le scelte dei pazienti sono guidate dalla reputazione dell'erogatore. Si tratta in prevalenza di studi econometrici che utilizzano indicatori costruiti *ad hoc* partendo dalle matrici dei flussi di origine-destinazione, con lo scopo prevalente di analizzare la mobilità infraregionale.

Il presente lavoro si propone di ricercare elementi per un monitoraggio comprensibile e facilmente attuabile anche da parte degli operatori sanitari. I dati utilizzati si riferiscono alla regione Liguria, ma la metodologia pro-

posta è generale e applicabile ad altre regioni.

L'indagine analizza il fenomeno «fuga» in un percorso di approfondimento successivo. Dopo avere individuato le regioni a più alto livello di attrazione si procede alla ricerca delle determinanti della mobilità passiva extraregionale. Le motivazioni principali che inducono i residenti liguri a spostarsi in altre regioni sono quattro: i) la complessità della prestazione richiesta, ii) la ricerca di un regime appropriato di assistenza, iii) la vicinanza delle strutture di ricovero delle regioni confinanti e, infine, iv) la patologia che rende necessario il ricovero.

2. Materiali e metodi

L'elemento innovativo dell'analisi qui proposta consiste nel suggerire un percorso per il monitoraggio del fenomeno fughe basato su una analisi disaggregata per indicatori, che consenta di fornire immediatamente elementi per la definizione di eventuali strategie correttive. I dati necessari sono

quelli usuali delle Schede di dimissione ospedaliera, sia di quelle della regione oggetto di studio (in questo caso la Regione Liguria), sia di quelle delle altre regioni destinazione di fuga. L'analisi può essere effettuata sia sull'intero periodo, sia con riferimento a ciascun anno (o anche frazione di anno). Nel caso studiato, per non appesantire troppo la presentazione si riportano soltanto alcuni dei possibili risultati. In qualche caso, ci si riferisce a quelli complessivi del periodo, altre volte si preferisce evidenziare la serie storica, oppure si presentano i dati dell'anno più recente (1). Il periodo oggetto di studio nel caso concreto in esame, è quello per il quale sono disponibili tali dati, cioè dal 1995 al 2001 (2).

Dopo aver valutato complessivamente la rilevanza del fenomeno fughe per regione di destinazione e tipologia di ricovero, l'analisi procede a

Pur essendo il lavoro il frutto di una elaborazione comune, i paragrafi 2 e 4 sono attribuibili a A. Testi e il paragrafo 3 a E. Ivaldi.

livello sempre più disaggregato allo scopo di verificare se e in che misura siano rilevanti le quattro principali motivazioni che *a priori* si ritengono essere le più significative nell'indurre i liguri a spostarsi in altre regioni.

L'effetto «complessità» si pone quando il paziente va fuori regione per casi complessi alla ricerca di specializzazioni assenti o che ritiene di qualità insufficiente nelle strutture del proprio territorio. Per quantificare tale effetto, piuttosto che all'usuale riferimento al peso medio dei Drg, si propone di misurare lo scostamento percentuale del valore monetario effettivo delle fughe rispetto a quello teorico atteso sulla base di una complessità media.

Graficamente questo scostamento si visualizza come la distanza fra la situazione effettiva della regione di destinazione, rappresentata riportando le fughe del periodo sulle ascisse e i corrispondenti importi sulle ordinate, e la retta interpolante costruita sulla base del «costo atteso» delle fughe per la regione di origine. Tale costo, che rispecchia l'ipotesi di equi-complessità dei ricoveri, si calcola moltiplicando il numero dei casi per una sorta di «tariffa media», ottenuta come rapporto fra il valore totale (tutte le regioni) dei ricoveri extraregionali e il loro numero totale. Nel grafico 3 tale metodologia viene applicata al caso in esame, cioè allo studio dell'effetto complessità per le fughe dei liguri.

Per misurare tale scostamento si propone l'indicatore I_1 , definito come rapporto tra δ_r , scarto fra il valore effettivo e il valore corrispondente letto sulla retta della regione r^{ma} di destinazione, e il valore assoluto della somma di tali scarti calcolati per tutte le R regioni.

$$I_1 = \frac{\delta_r}{\sum_{r=1}^R |\delta_r|}$$

L'indicatore proposto misura di quanto percentualmente il costo effettivo delle fughe verso quella regione si discosta da quello atteso in assenza di tale effetto. Esso può assumere segno positivo o negativo. Nel primo caso, si ha presenza di effetto «complessità», in misura tanto più rilevante quanto maggiore è il valore di I_1 . Il segno negativo esprime, invece, la richiesta di ricoveri meno complessi della media. La ragione di queste fughe non è, pertanto, l'effetto complessità, ma piuttosto la richiesta di ricoveri meno complessi in quanto a regime assistenziale, cioè la seconda causa di ricovero extraregionale, quella dovuta a effetto «appropriatezza assistenziale».

Con questo termine ci si riferisce alla situazione in cui nella regione di origine alcune patologie continuano a essere trattate in ricovero ordinario, piuttosto che diurno e la fuga è giustificata dalla ricerca di un più corretto regime assistenziale. L'indicatore proposto per misurare questo effetto per ogni regione r di destinazione è il rapporto tra le fughe in regime diurno (F_{DH}) e quelle totali ($F_{RO} + F_{DH}$):

$$I_2 = \frac{F_{DHr}}{F_{ROr} + F_{DHr}}$$

La terza causa di fuga è rappresentata dalla «vicinanza» di strutture extraregionali facili da raggiungere per la particolare situazione di collegamenti stradali e/o ferroviari che garantiscono un basso costo di trasferimento. Tale effetto è rilevato immediatamente da una semplice ispezione della suddivisione delle fughe per Asl di provenienza. Con riferimento al caso trattato, per esempio, dal grafico 5 è immediato concludere che il numero relativamente così elevato di fughe dalla Asl 5 sia in gran parte determinato dalla facilità di accesso alle strutture di ricovero toscane da parte degli abitanti di La Spezia. È peraltro ovvio

che insieme all'effetto vicinanza concorrano anche le altre motivazioni di fuga, cioè la complessità, l'appropriatezza assistenziale e la patologia.

Poiché appare molto difficile isolare l'effetto vicinanza dagli altri tramite una misura specifica, si preferisce proporre un indicatore generale I_3 da leggere congiuntamente agli altri, che, tuttavia, per quanto riguarda le regioni confinanti con comunicazioni facili indica anche l'effetto vicinanza. Si tratta, cioè, di misurare di quanto la predisposizione alla fuga dalla Asl rispetto a una particolare regione (quella confinante) differisce rispetto alla probabilità di fuga verso la stessa regione, da parte dei residenti in tutte le Asl.

Tale indicatore si basa, pertanto, non sui valori assoluti delle fughe (F), bensì su quelli normalizzati rispetto alla popolazione della Asl di provenienza (F/POP). Il numeratore indica la predisposizione dei residenti nella Asl s a farsi ricoverare nella regione r . Il denominatore, che costituisce il termine di confronto, è la frequenza con cui i residenti in tutte le Asl della regione domandano ricoveri (ordinari e/o diurni) nella regione r .

$$I_3 = \frac{\frac{F_{sr}}{POP_s}}{\frac{\sum_{s=1}^S F_{sr}}{\sum_{s=1}^S POP_s}}$$

Un valore di I_3 vicino all'unità indica che la predisposizione alla fuga verso quella particolare regione è indipendente dal territorio di residenza.

Un valore dell'indicatore maggiore dell'unità indica, invece, che la zona di residenza, a parità di regione di destinazione, provoca una predisposizione alla fuga più elevata. In questo caso, se l'Asl di residenza è confinante con la regione r , si ha evidenza di un

effetto «vicinanza». Per le Asl distanti dalla regione r ci si aspetta un valore inferiore all'unità, ad indicare che la predisposizione alla fuga è molto minore di quella media del territorio di residenza.

È peraltro evidente che tale indicatore debba essere letto congiuntamente con gli altri qui proposti. Un valore maggiore dell'unità per territori non confinanti o con comunicazioni non facili è il segno che probabilmente le cause della fuga debbano ricercarsi negli altri tre motivi piuttosto che nella vicinanza.

L'ultima causa di fuga da analizzare è l'effetto «patologia», cioè quando si cerca l'ospedale più specializzato e con maggiore reputazione per curare una particolare malattia. Si suggerisce di condurre l'analisi su un duplice binario, sia per Drg (*Diagnosis Related Groups*), sia per le più ampie classi delle Mdc (*Main Diagnostic Categories*), che spesso riescono meglio a descrivere il fenomeno raggruppando un insieme di Drg.

A tal fine, si propone di predisporre due serie di matrici. La prima mette in relazione i flussi dei ricoveri extraregionali con le regioni di destinazione, permettendo così di ordinare per importanza i flussi in uscita di ciascun Drg/Mdc. La seconda, di struttura simile, mette in relazione la casistica con l'Asl di provenienza del paziente. La lettura, in contemporanea, delle due matrici permette così di quantificare e ordinare per importanza i flussi in uscita secondo tre dimensioni: Drg/Mdc, regione di destinazione e Asl di provenienza.

Sulla base di questa mappatura della situazione, per evidenziare l'effetto «patologia», cioè se le fughe dipendono strettamente dalle specifiche cause di ricovero, si propone un indicatore (I_4) che misura quanto la distribuzione delle fughe (F) per la singola patologia i si discosti da quella dei ricoveri

(RIC) per la stessa patologia nelle strutture regionali. Sia F che RIC si intendono comprensivi di ricoveri ordinari e diurni:

$$I_4 = \frac{\frac{F_i}{\sum_{i=1}^I (F_i)}}{\frac{RIC_i}{\sum_{i=1}^I (RIC_i)}}$$

Un valore unitario di I_4 evidenzia assenza di effetto «patologia»; un valore maggiore dell'unità indica una percezione di inadeguatezza delle strutture regionali (qualità insoddisfacente o anche eccessivi tempi di attesa), mentre valori inferiori all'unità potrebbero indicare l'opposto, anche se per confermare tale interpretazione bisognerebbe andare a confrontare il valore dell'indicatore calcolato per la mobilità in entrata.

3. Presentazione e discussione dei risultati

In Regione Liguria, le cosiddette «fughe», cioè i ricoveri dei liguri in strutture extraregionali, sono piuttosto rilevanti. Nell'arco di tempo conside-

rato, costituiscono il 7,24 % dei ricoveri complessivi dei liguri, siano essi ordinari (RO) o diurni (DH). Tale percentuale è andata complessivamente aumentando nel periodo di osservazione (tabella 1).

Nel grafico 1 e nella tabella 2, le fughe complessive riportate nella tavola 1 sono suddivise per regione di destinazione e per tipologia di ricovero RO/DH). Appare che, durante tutto il periodo, le fughe sono piuttosto concentrate verso poche destinazioni: la maggior parte, 94,42% del totale, si dirige verso 6 regioni e di queste, le prime quattro rappresentano oltre il 90% della casistica (3). Si tratta, come prevedibile, delle regioni confinanti (4), oltre ad altre due regioni: Veneto e Lazio in cui il fenomeno fughe si manifesta per patologie specifiche e ben individuate (5).

Dal grafico 1 appare anche evidente che la mobilità passiva coinvolge sia i ricoveri ordinari sia quelli diurni, anche se in gradi diversi: i DH sono relativamente più importanti in Toscana, dove costituiscono il 28% del totale contro circa il 20% delle altre regioni, considerate nel loro insieme.

Nel successivo grafico 2, i dati sono presentati per ciascun anno di rileva-

Tabella 1 - Ricoveri dei liguri e fughe (valori assoluti)

Anno	Ricoveri dei liguri in strutture liguri (RO e DH)	Fughe (RO e DH)	% fughe su ricoveri totali dei liguri (a) + (b)
	(a)	(b)	
1995	329.237	23.028	6,54%
1996	360.088	24.893	6,47%
1997	358.257	20.833	5,50%
1998	362.483	29.346	7,49%
1999	354.563	31.087	8,06%
2000	363.426	25.182	6,48%
2001	359.812	39.798	9,96%
Totale	2.487.866	194.167	7,24%

zione: la Toscana, al primo posto nel 1995 e 1996, a partire dal 1997 viene superata dal Piemonte, regione che risulta primeggiare anche con riferimento al periodo complessivo (grafico 1). Toscana e Piemonte sono in ogni caso le regioni con una dinamica più elevata. Si evidenzia, invece, un forte aumento delle fughe verso la Lombardia nell'ultimo anno. Le altre regioni, invece, oltre ad avere valori assoluti molto bassi, hanno un andamento costante nel tempo.

Da questi dati appare come il fenomeno fughe in Liguria sia piuttosto consistente e, soprattutto, come esso stia diventando sempre più rilevante con il passare degli anni. È necessario, pertanto, riuscire a identificarne in modo preciso le cause per poter mettere a punto strategie mirate al contenimento della mobilità passiva.

A tal fine sono stati calcolati gli indicatori descritti in precedenza. Dapprima per verificare se e in che misura l'effetto «complessità» possa spiegare le fughe dei residenti, si è confrontato per ciascuna regione di destinazione (6) il «valore» dei ricoveri extraregionali (7) con la corrispondente quantità (grafico 3), e si sono calcolati gli scostamenti secondo l'indice I_1 .

È così possibile suddividere le regioni di destinazione in due gruppi, a seconda che l'indicatore assuma valore positivo o negativo. Nel primo gruppo, il valore più elevato è quello della Lombardia (8) (31%), contro il 18% dell'Emilia-Romagna e l'1% del Veneto. Per le altre regioni, invece, l'indicatore assume valore negativo, evidenziando così una domanda di prestazioni mediamente meno complesse. Questo scostamento negativo è piuttosto consistente per il Piemonte e per la Toscana (-24% e -13%, rispettivamente) e quasi trascurabile per Lazio e «altre regioni».

È molto probabile che queste fughe per ricoveri meno complessi siano giustificate dalla richiesta di un regime più appropriato di assistenza quando non lo si trova nella propria area di residenza. Per trovare sostegno a tale ipotesi, si calcola per ciascuna regione

di destinazione l'indicatore I_2 che esprime la percentuale dei ricoveri diurni sul totale delle fughe.

I valori piuttosto elevati di tale indicatore suggeriscono la presenza di quello che si è chiamato effetto «appropriatezza assistenziale». Il valore

Grafico 1 - Fughe per regione di destinazione e per tipologia di ricovero (valori assoluti, periodo 1995-2001)

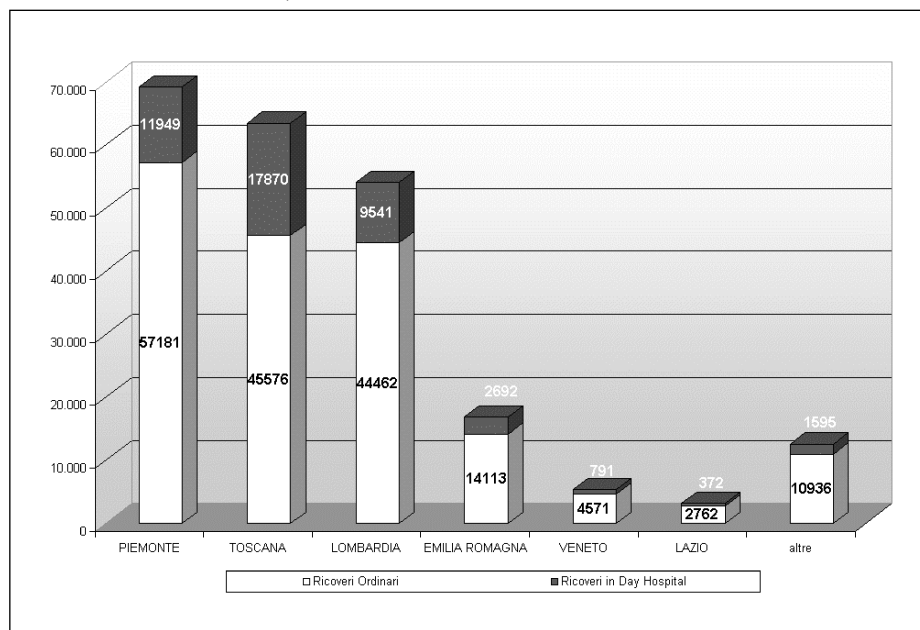


Tabella 2 - Fughe per regione di destinazione (valori assoluti e percentuali, periodo 1995-2001)

Regioni	Fughe (RO + DH)	% su totale generale
Piemonte	69.130	30,81
Toscana	63.446	28,27
Lombardia	54.003	24,06
Emilia-Romagna	16.805	7,49
Veneto	5.362	2,39
Lazio	3.134	1,40
Totale parziale	211.880	94,42
Altre regioni	12.531	5,58
Totale generale	224.411	100,00

più elevato di I_2 , come ci si poteva attendere, si ha per le fughe verso la Toscana (il 28,17%) contro il 17,28 del Piemonte, il 17,67% della Lombardia, il 16,62 dell'Emilia-Romagna, ed il 12,74% delle altre regioni. Tale indicatore dovrebbe, peraltro, diminuire nel tempo a seguito delle politiche regionali di riconversione dei ricoveri ordinari verso modalità organizzative alternative, quali *day hospital*, *day surgery* e «pacchetti di prestazioni» (9).

Nel caso in esame, se si prende in considerazione l'andamento nel tempo dei ricoveri in regime diurno per regione di destinazione (grafico 4), risulta, invece, che le fughe per *day hospital* verso la Toscana sono praticamente triplicate nel periodo in considerazione, confermando il valore negativo dell'indicatore di complessità I_1 . Nel caso, invece, di Piemonte (10) e Lombardia, trascurando il periodo iniziale, il trend risulta pressoché costante, anche se assestato su valori non trascurabili. Questo andamento sembra indicare che le politiche di riconversione in Liguria sono state in linea con quelle del Piemonte e Lombardia, ma hanno probabilmente segnato il passo rispetto a quelle della Toscana.

Per quanto riguarda la Toscana, oltre all'effetto appropriatezza, sembra verosimile che esista anche effetto «vicinanza», ovvero che molte delle fughe siano espressione semplicemente di una maggior facilità di comunicazioni.

Potenzialmente questo effetto potrebbe essere ugualmente rilevante per tutte le Asl liguri perché sono tutte di confine. Si tratta peraltro di una linea di confine che nella maggioranza dei casi è situata nella catena degli Appennini. Più facili appaiono le comunicazioni ai due estremi della regione: verso la Francia (11) da un lato e verso la Toscana dall'altro. Per poter confermare queste ipotesi assunte a base del-

l'analisi, occorre esaminare più nel dettaglio i flussi di mobilità passiva, ripartendoli per regione di destinazione e per Asl di provenienza (tabella 3). Per chiarezza espositiva, inoltre, l'a-

nalisi si riferisce soltanto alle quattro regioni con il maggior numero di fughe (12) e si limita all'ultimo anno perché per i precedenti il campo della SDO riferito alla Asl di provenienza

Grafico 2 - Andamento delle fughe (ricoveri ordinari e *day hospital*) per regione di destinazione (valori assoluti)

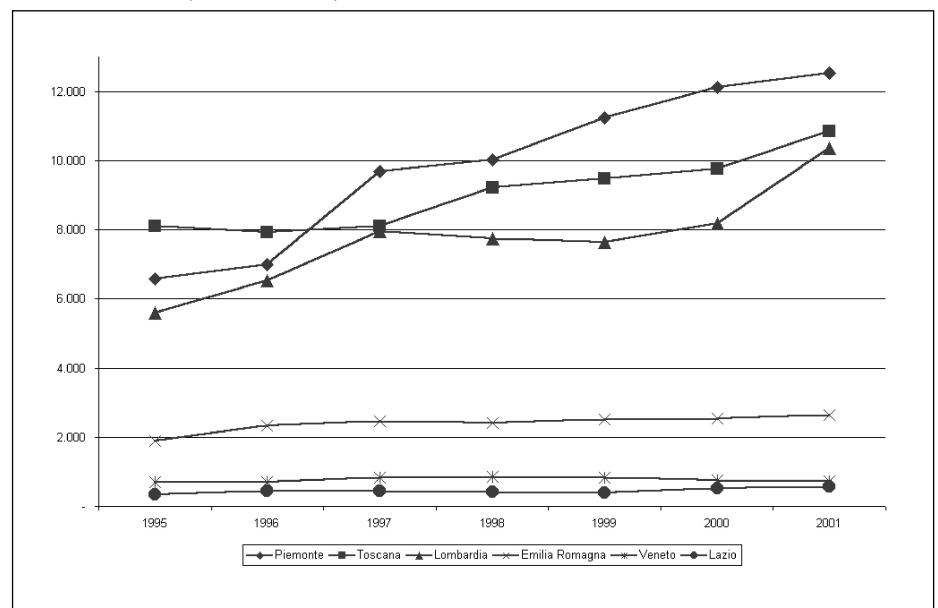
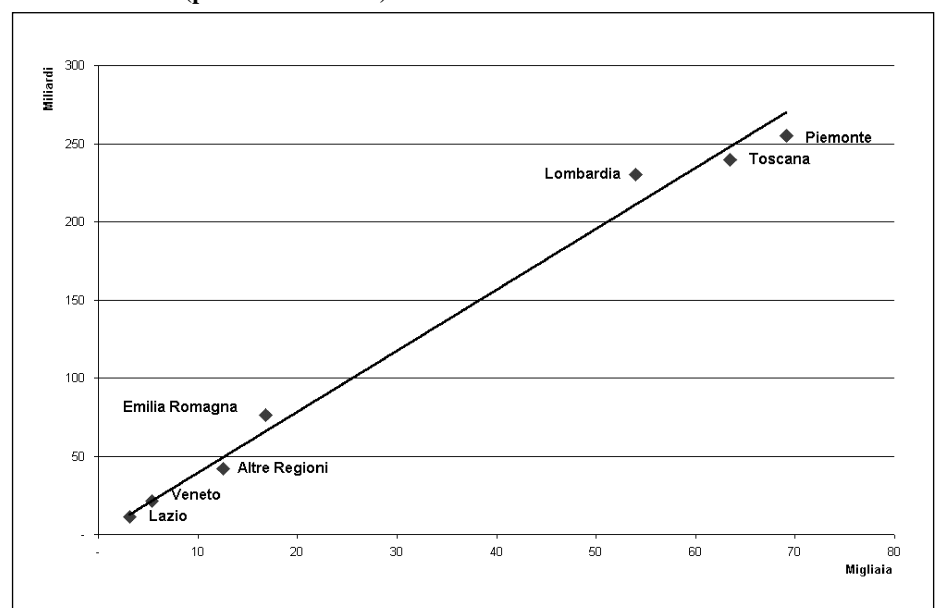


Grafico 3 - Relazione fra costo complessivo e numerosità delle fughe, per regione di destinazione (periodo 1995-2001)



risultava spesso non compilato o compilato in modo erraneo.

In termini assoluti, il Piemonte attira la maggior parte dei liguri: è meta di circa 1/3 delle fughe, 12.521 su 36.379. L'attrazione del Piemonte è ripartita in eguale misura dai territori delle Asl di Genova e Savona. Al secondo posto si trovano due regioni, Toscana e Lombardia, con circa 10.000 fughe ciascuna. Le situazioni sono peraltro piuttosto differenziate. La Toscana attira soprattutto dalla limitrofa Asl 5 (circa 9.000 ricoveri sui 10.000), mentre le fughe in Lombardia sembrano più equamente ripartite tra le varie Asl. L'Emilia-Romagna, infine, con 2.646 fughe si discosta dalle altre, ma configura una situazione simile a quella della Lombardia.

L'analisi per Asl di provenienza (lettura per colonna della tabella 3) offre spunti di interesse per la programmazione regionale. L'Asl 5 e l'Asl 3 hanno i tassi di fuga più elevati, rappresentando complessivamente più del 50% del totale; segue l'Asl 2 con circa il 20% e più distaccate sono l'Asl 1 e l'Asl 4. Questa lettura dei dati in termini assoluti potrebbe, tuttavia, dare una visione distorta. Appare più corretto riferire le fughe alla consistenza della popolazione del territorio di provenienza. Nella tabella 4 le percentuali così calcolate indicano la predisposizione della popolazione di ciascuna delle cinque Asl a domandare ricoveri nelle 5 regioni indicate nelle righe della tabella 4. Gli stessi valori sono riportati anche nel grafico 5.

Ne risulta che la Asl 5 rimane al primo posto anche in termini relativi (ricoveri extraregionali rispetto alla popolazione). Muta, invece, la posizione relativa delle altre, in particolare quella della Asl 3 che si colloca al secondo posto in termini assoluti, ma che avendo anche una popolazione maggiore, costituita da poco meno della metà della popolazione dell'intera regione,

Grafico 4 - Andamento delle fughe day hospital per regione di destinazione (valori assoluti)

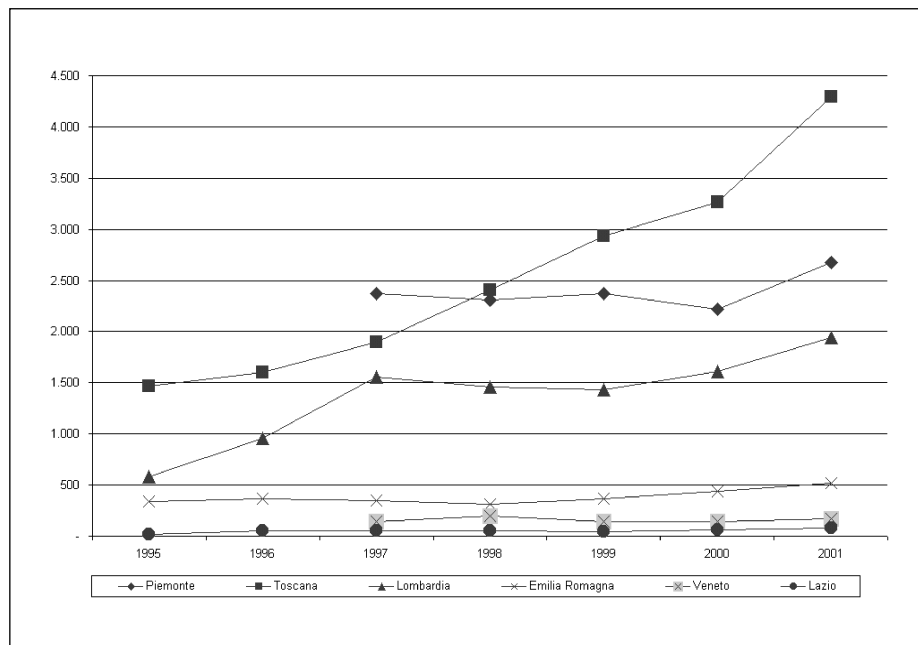


Tabella 3 - Fughe per regione di destinazione e Asl di provenienza (RO e DH, valori assoluti, anno 2001)

Regione	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	Asl 5	Totale complessivo
Piemonte	1.861	4.573	5.317	517	253	12.521
Toscana	225	172	1.102	388	8.955	10.842
Lombardia	2.085	2.347	3.289	1.235	1.414	10.370
Emilia-Romagna	167	221	743	381	1.134	2.646
Totale complessivo	4.338	7.313	10.451	2.521	11.756	36.379

Tabella 4 - Fughe per regione di destinazione e Asl di provenienza (RO e DH, percentuale sulla popolazione, anno 2001)

Regione	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	Asl 5
Piemonte	0,87%	1,63%	0,70%	0,35%	0,12%
Toscana	0,11%	0,06%	0,14%	0,26%	4,10%
Lombardia	0,98%	0,84%	0,43%	0,83%	0,65%
Emilia-Romagna	0,08%	0,08%	0,10%	0,26%	0,52%
Totale complessivo	2,03%	2,61%	1,37%	1,69%	5,38%

passa all'ultimo posto in quanto a predisposizione alla fuga dei residenti (1,37% rispetto a 5,38% degli abitanti di La Spezia).

Il valore dell'indicatore I_3 si ottiene dividendo i dati della tabella 4, che ne costituiscono il numeratore, per la predisposizione alla fuga dei liguri verso ciascuna regione (tabella 5). I valori che possono servire per valutare l'eventuale effetto vicinanza sono quelli evidenziati in corsivo. Si tratta, cioè, di quelle situazioni in cui la regione di destinazione, oltre a essere confinante con la Asl di provenienza, è anche facilmente raggiungibile per la presenza di adeguate infrastrutture di comunicazione.

L'effetto vicinanza più rilevante è esercitato dalle strutture della Toscana sui residenti dell'Asl 5: la predisposizione alla fuga verso la Toscana di un abitante di La Spezia è pari a oltre sei volte quella media verso la stessa regione. Tale effetto appare piuttosto consistente anche nei confronti della Emilia-Romagna (3,19), la quale esercita una certa attrazione anche sui residenti della Asl 4 (1,57). Un certo effetto vicinanza appare anche motivare le fughe verso il Piemonte, dalle due Asl del ponente ligure (Asl 1 e Asl 2), con un maggior valore dell'indicatore (2,19) per la seconda, che riflette, correttamente, più facili comunicazioni.

Per quanto riguarda, invece, i residenti della Asl 3, il Piemonte, pur essendo confinante e ben collegato, non sembra esercitare effetto vicinanza, così come appare da un valore inferiore all'unità (0,90) dell'indicatore. La forte attrazione da parte delle strutture presenti nel territorio della Asl (diverse aziende ospedaliere e istituti scientifici) fa sì, probabilmente, che le fughe vengano effettuate per motivi molto specifici, legate a singole specializzazioni o patologie, come verrà meglio evidenziato in seguito.

La Lombardia, potenzialmente potrebbe dar luogo a effetto «vicinanza» perché pur non essendo strettamente confinante, è facilmente raggiungibile soprattutto dai residenti della Asl 3. I valori maggiori dell'unità, invece, si registrano per i residenti della Asl 1 e Asl 2: sembra così confermarsi che le fughe verso questa regione sono dovute prevalentemente alla ricerca di complessità, come visto in precedenza.

L'effetto «patologia» è presente quando le motivazioni della fuga dipendono strettamente dalla causa di ricovero e si cerca fuori regione la strut-

tura che si ritiene più specializzata e di maggiore reputazione. A tal fine si prendono in considerazione i dati più recenti (2001) riferiti a tutte le 12 Mdc e ai primi 20 Drg per numerosità, suddivisi per le quattro principali regioni di destinazione. I risultati sono riportati, rispettivamente, nelle tabelle 6a e 6b, ordinate entrambe rispetto alla numerosità totale delle fughe, rispettivamente, per Mdc o per Drg (13).

Dalla tabella 6a risulta che, complessivamente la maggior causa di fuga riguarda le patologie rientranti nella Mdc 8 («Malattie e disordini del sistema muscolo-scheletrico e del tessu-

Grafico 5 - Fughe per Asl di provenienza e regioni di destinazione (percentuali su popolazione della rispettiva Asl, anno 2001)

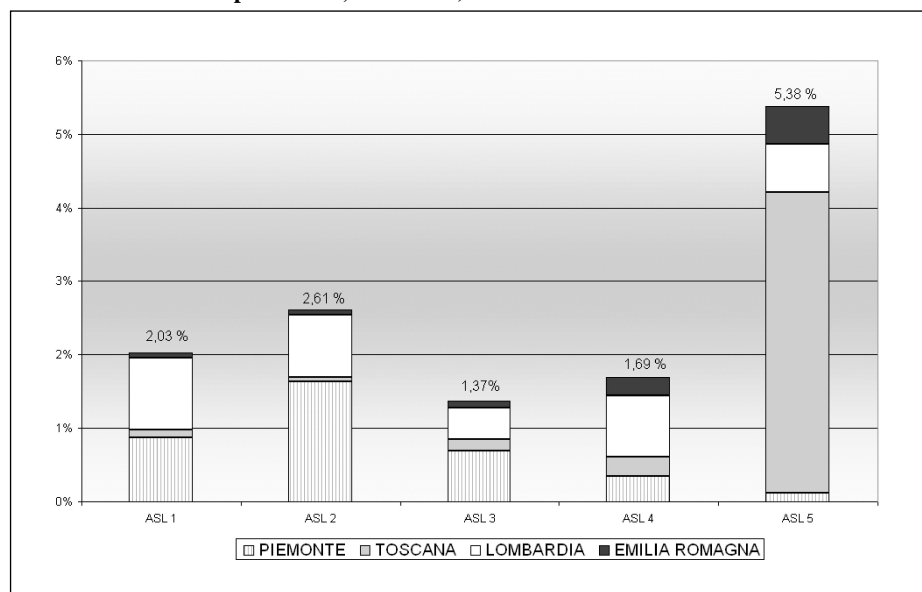


Tabella 5 - Valori dell'indicatore I_3 (anno 2001)

Regione	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	Asl 5	Totale complessivo
Piemonte	1,13	2,12	0,90	0,45	0,15	4,75
Toscana	0,16	0,09	0,22	0,39	6,14	7,00
Lombardia	1,53	1,31	0,68	1,30	1,01	5,83
Emilia-Romagna	0,48	0,48	0,60	1,57	3,19	6,32
Totale complessivo	3,29	4,01	2,39	3,71	10,49	23,89

to connettivo»), categoria che si trova al primo posto per Piemonte, Lombardia ed Emilia-Romagna e al secondo per la Toscana. Seguono le Mdc 2, 5, 1 e 6, riferite, rispettivamente a: «Malattie e disordini degli occhi», «Malattie e disordini del sistema circolatorio», «Malattie e disordini del sistema nervoso», «Malattie e disordini del sistema digestivo».

Queste categorie si trovano quasi sempre nei primi cinque posti anche con riferimento alle singole regioni,

tranne alcune eccezioni. Si tratta, nel dettaglio delle Mdc 23, 3, 17, 13, 19, riferite, rispettivamente, a: «Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari» (Piemonte); «Malattie e disordini dell'orecchio, naso, bocca, e gola» (Toscana); «Malattie e disordini mieloproliferativi, tumori scarsamente differenziati» (Lombardia); «Malattie e disordini del sistema riproduttivo femminile» e «Malattie e disordini mentali» (Emilia-Romagna). La prima delle eccezio-

ni, la Mdc 23, è una categoria residuale, dove spesso vengono registrate prestazioni inappropriate, mentre le altre potrebbero rispecchiare importanti carenze strutturali della Liguria.

La tabella 6b, che analizza i venti Drg più numerosi, permette di scendere in maggior dettaglio. Ovviamente, essendo più numerose le classi di patologia considerate, i cinque Drg al primo posto nella classifica complessiva non rispecchiano fedelmente la graduatoria nelle singole regioni.

Tabella 6a - Fughe ripartite per Mdc e per regione di destinazione (valori assoluti, anno 2001)

Mdc		Piemonte		Toscana		Lombardia		Emilia-Romagna		Totale
8	1°	3642	1°	1612	2°	2806	1°	525	1°	8585
2	2°	1390	2°	2012	1°	480	5°	68		3950
5	3°	891	3°	1010	3°	1504	2°	323	2°	3728
1	4°	599		648	4°	1019	3°	281	3°	2547
6	5°	713	4°	497		405		138		1753
4		439		576		400		97		1512
17		440		189		708	4°	107		1444
13		531		421		270		145	5°	1367
3		230		577	5°	397		144		1348
9		371		489		411		72		1343
14		591		520		162		54		1327
11		417		390		297		65		1169
23		606	5°	101		310		76		1093
10		313		504		234		33		1084
7		328		222		202		81		833
19		160		238		191		234	4°	823
12		274		207		125		23		629
0		239		203		94		30		566
16		94		61		87		26		268
21		48		69		67		29		213
15		104		72		23		9		208
20		41		12		89		51		193
vuote		0		144		0		0		144
18		44		43		31		16		134
25		2		9		46		10		67
24		13		10		11		7		41
22		1		6		1		2		10
Totale	Mdc	12521		10842		10370		2646		36379

La causa principale di fuga è rappresentata dal Drg 39 (Intervento sul cristallino), che si trova al primo posto anche in Toscana e al secondo in Piemonte. Al secondo posto si trova il Drg 222 (Interventi sul ginocchio senza cc), che è, invece al primo in Piemonte e al terzo e quarto, rispettivamente, in Toscana e Lombardia.

La terza posizione è occupata dal Drg 209 (Interventi sulle articolazioni maggiori), che è il primo in Lombardia (oltre il 50% delle fughe per questa patologia). Al quarto posto si trova il Drg 410 (Chemioterapia non associata

a leucemia acuta) con una prevalenza, anche in questo caso delle fughe verso la Lombardia. Si noti, infine, la particolarità delle fughe verso l'Emilia-Romagna costituite principalmente da patologie rientranti nel Drg 430 (Psicosi).

Seguendo la classificazione per Mdc, l'indicatore I_4 ha assunto valori maggiori dell'unità (rispettivamente 2,0; 1,8; 1, 2; 1,4) per le Mdc 2, 8, 13, 23. Prendendo in esame la classifica della tavola 6a risulta, pertanto, che l'effetto patologia (ricerca della struttura più specializzata e con maggiore

reputazione) si verifica per le Mdc 8 e 2, che risultano al primo e al secondo posto. Per le altre, invece, la maggiore consistenza numerica delle fughe rispecchia semplicemente una maggiore frequenza nei ricoveri dei liguri, ovunque questi siano effettuati.

Per quanto riguarda, invece, i singoli Drg, l'effetto patologia appare quantitativamente più pronunciato: l'indicatore I_4 è maggiore dell'unità addirittura per i primi 9 posti di classifica. I valori più elevati di questo indicatore sono, rispettivamente: 3,94 per Drg 222; 2 per il Drg 39; 2,56 per il

Tavola 6b - Fughe ripartite per Drg e per regione di destinazione (valori assoluti, anno 2001)

Drg		Piemonte		Toscana		Lombardia		Emilia-Romagna		Totale
039	1°	967	2°	1265	1°	300	5°	36		2568
222	2°	1134	1°	406	3°	391	4°	43		1974
209	3°	281	5°	188		553	1°	47		1069
410	4°	232		85		425	2°	71	3°	813
042	5°	143		498	2°	59		6		706
245		93		34		394	3°	8		529
234		463	3°	22		17		12		514
359		194		149		87		76	2°	506
462		380	4°	17		14		54	4°	465
381		170		203	4°	51		22		446
391		183		174		35		14		406
467		194		50		143		16		403
243		149		105		114		33		401
012		55		34		259		45		393
373		172		151		41		18		382
055		61		138		113		51		363
231		132		75		108		36		351
223		179		88		75		5		347
266		91		188	*	58		7		344
215		42		54		186		55	4°	337
Totale primi 20 Drg		5315		3924		3423		655		13317
Altri Drg importanti										
430		55		83		47		180	1°	293
301		27		190	5°	45		9		271

Drg 209 e addirittura 5,28 per il Drg 42 (Interventi strutt. intraoculari no ret/irid/cris., per il quale le fughe sono addirittura in numero maggiore rispetto ai ricoveri in regione).

L'analisi dell'effetto patologia mette in rilievo in modo puntuale quali siano i settori clinici nei quali i pazienti sperimentano situazioni di disagio che li costringono a ricoveri al di fuori della loro zona di residenza. È evidente che per riadeguare in modo mirato la struttura dell'offerta si tratta di disaggregare ulteriormente i dati a seconda delle Asl di provenienza. Si tratta, cioè, di predisporre per ciascuna regione di destinazione due tabelle analoghe alla 6a e 6b, in cui le fughe sono ripartite tra le Asl.

Per non appesantire l'esposizione con aspetti di eccessivo dettaglio, tali dati non vengono riportati (14). Le informazioni che questa ulteriore analisi permette di aggiungere sono piuttosto rilevanti per gli operatori e contribuiscono in modo semplice a evidenziare situazioni particolari, oppure a confermare quanto messo in evidenza dagli indicatori precedenti. Con riguardo, per esempio, alle fughe dei liguri verso la Toscana, che sono essenzialmente fornite dai residenti della Asl 5 - Spezzina si evidenzia che le fughe riguardano indifferentemente quasi tutte le cause di ricovero, come per esempio il Drg 391 (Neonato sano). Ciò confermerebbe che le fughe per la maggior parte più che essere motivate da fenomeni di reputazione potrebbero dipendere da facilità di comunicazioni (15).

Le fughe verso l'Emilia-Romagna non sono molto numerose e, come si è visto dall'indicatore di vicinanza, i pazienti provengono soprattutto dalla Asl 5. Si evidenziano, tuttavia, alcuni elementi interessanti, quali fughe di pazienti anche di Asl più lontane, concentrate su alcune patologie, soprattutto malattie del sistema nervoso e

psicosi (Drg 35, Drg 430) e chemioterapia (Drg 410). Per quanto riguarda, invece, Piemonte e Lombardia, non si riscontrano differenze significative sulla provenienza dei pazienti. Le fughe sembrano distribuite in modo piuttosto omogeneo tra le cinque Asl, con una certa prevalenza di quelle direttamente confinanti. Il dato più anomalo è rappresentato dal Drg 391 (Neonato sano) per i liguri provenienti dall'Asl 2 Savonese, Drg per il quale in situazioni normali non dovrebbero esservi motivi di fuga (16).

4. Considerazioni conclusive

Scopo di questo lavoro era suggerire un insieme di indicatori per analizzare le cause di insoddisfazione nei confronti delle strutture ospedaliere regionali che inducono i residenti a rivolgersi altrove. L'analisi di tale fenomeno è di indubbio interesse, perché le fughe rivelano le preferenze dei cittadini e permettono di comprendere meglio le scelte e, di conseguenza, stimare la domanda di ricovero. Il principio della libertà di scegliere l'erogatore, sancito peraltro nel nostro Ssn, ha valore non soltanto perché il cittadino diventa più responsabile del proprio processo di produzione di salute, ma anche perché serve a fornire un segnale per lo stesso erogatore. Da questo punto di vista una certa mobilità potrebbe essere un segnale positivo di maturità della domanda e di una competizione fra le strutture, che è una delle condizioni essenziali per le soluzioni organizzative del tipo mercato interno o quasi mercato.

Qualunque sia il modello di riferimento, la possibilità di far valere l'opzione *exit* per quanto riguarda la domanda di prestazioni (17) è comunque fattore importante per segnalare le strutture inefficienti. Monitorare le uscite dal sistema sembra un modo corretto per controllare la qualità del-

l'offerta regionale, ancor più che misurare le entrate mediante l'indice di attrazione.

Per molte prestazioni, tuttavia, non è possibile scegliere e non tutti sono in grado di esercitare la propria libertà di scelta, né hanno la possibilità di sopportare spese aggiuntive lontano dalla propria residenza. La giustificazione del sistema pubblico sta proprio in questo, nel garantire risultati ottimali in termini di efficienza per la collettività anche in assenza di competizione. In un sistema pubblico è evidente che la libertà di scelta è comunque un valore, ma non quello prioritario, che dovrebbe essere il soddisfacimento dei bisogni della popolazione.

Le regione, pertanto, non potrà mai esimersi dal destinare un ammontare di risorse adeguate al bisogno dei cittadini, cioè dall'essere autosufficiente dal punto di vista della copertura, anche se non necessariamente da quello della predisposizione della capacità produttiva. Non è detto che la produzione debba avvenire necessariamente tutta all'interno dei confini regionali, ma a ogni cittadino deve essere assicurata la stessa possibilità di accesso alle strutture più adeguate per soddisfare le sue esigenze.

Per rendere operativi tali principi è necessario conoscere quali siano i bisogni della popolazione e come i cittadini facciano le loro scelte. La traccia di monitoraggio qui proposta ha dimostrato come utilizzando i dati delle SDO, di immediata disponibilità, sia possibile individuare le principali tipologie di fuga in modo da predisporre congrue strategie mirate. È chiaro, infatti che gli interventi non possano essere generalizzati, ma debbano essere coerenti con la motivazione specifica che ha indotto la fuga (18). Non è detto, infatti, che l'esistenza di mobilità passiva richieda sempre un ampliamento dell'offerta. Ciò potrebbe essere indicato se la carenza fosse sol-

tanto «quantitativa», come in presenza di consistenti liste di attesa, a patto che la maggiore disponibilità non provochi incrementi impropri di domanda. Se, invece, le fughe sono determinate da motivazioni di qualità è ovvio che si debba intervenire riqualificando l'offerta e, ove ciò non sia possibile, eliminando, invece che potenziando, le strutture inefficienti.

Una diagnosi corretta del fenomeno è, peraltro, il presupposto indispensabile per la predisposizione di strategie differenziate a seconda dello specifico problema: alcune saranno più semplici, meno costose e praticabili in tempi brevi; altre, invece, richiedono tempi più lunghi e investimenti specifici, ma tutte dovrebbero essere viste in un'ottica complessiva di governo della domanda anche aperte a nuove soluzioni.

Le fughe alla ricerca di un ricovero diurno sembrano più facilmente recuperabili a seguito della progressiva riconversione dei ricoveri ordinari in atto e dell'inserimento negli accordi interaziendali di specifici incentivi, sia dal punto di vista tariffario, sia da quello della fissazione del tetto delle prestazioni (19). Un esempio è costituito dai contratti in vigore fra l'Asl 3 e le principali aziende ospedaliere del territorio genovese, dove si prevede esplicitamente di escludere dall'abbattimento tariffario previsto, il recupero di fughe extraregione per alcuni Drg (20). La disponibilità degli indicatori qui presentati permetterebbe di meglio calibrare questo incentivo anche dal punto di vista quantitativo.

Per arginare, almeno in parte, l'effetto vicinanza soprattutto in quelle zone di confine con comunicazioni facili, la soluzione preferenziale sembrerebbe quella di governare la domanda ricorrendo ad accordi interregionali. L'analisi effettuata indica che potrebbero essere utili accordi fra Liguria e Toscana finalizzati a quanti-

care le prestazioni programmate, a concordarne i percorsi assistenziali a definirne le tariffe. In questo contesto i ricoveri extraregionali avrebbero la natura di «interscambi» all'interno di accordi contrattuali interregionali, piuttosto che di «fughe».

Per quanto riguarda l'effetto patologia, i valori dell'indicatore qui proposto evidenziano la necessità di interventi soprattutto per l'oculistica e l'ortopedia. Ai fini di contrastare le fughe occorrerebbero, pertanto, investimenti specifici in termini di professionalità e riqualificazione delle strutture in queste particolari discipline. L'analisi svolta permette di effettuare una corretta valutazione dei benefici attesi da confrontare con i costi necessari.

Quando, infine, l'effetto complessità evidenzia che la domanda è rivolta a centri di eccellenza (come accade per molte fughe verso la Lombardia), potrebbe addirittura non avere senso implementare in Liguria una struttura sostitutiva, ma piuttosto connettersi in rete all'interno di un bacino sovregionale che potrebbe meglio sfruttare economie di scala in quella particolare nicchia di mercato, accettando così un allargamento extraregionale del mercato di riferimento, a patto di garantire l'accessibilità a tutti i cittadini. La regione dovrebbe, cioè, essere pronta a confrontarsi con diversi mercati, che non hanno tutti necessariamente la stessa dimensione. Non è, infatti, sempre auspicabile che per ogni specialità il bacino di utenza debba corrispondere esattamente al bacino amministrativo della Asl di appartenenza; si dovrebbe, in alcuni casi, mettere in conto *a priori* una certa mobilità (21), intesa come opportunità all'interno di un progetto complessivo di soddisfacimento del fabbisogno reale dei cittadini.

Un aspetto sul quale, infine, occorre riflettere è l'impatto delle fughe sul si-

stema sanitario regionale. Da un punto di vista finanziario complessivo potrebbero anche non esserci problemi: se il fondo sanitario è adeguato, per la regione acquistare, e quindi pagare, prestazioni prodotte all'interno o all'esterno non fa molta differenza. I problemi nascono a livello delle singole aziende, per le quali la possibilità di ricovero extraregionale costituisce un fattore di rischio, in quanto la mancata copertura dei costi in caso di una diminuzione della produzione a seguito delle fughe dei propri residenti, è interamente sopportata dalle aziende sanitarie, nel caso esse siano verticalmente integrate. Il rischio potrebbe, invece, essere trasferito sull'erogatore in caso di un modello organizzativo che preveda separazione fra acquirente ed erogatore. In entrambi i casi, tuttavia, sia che le prestazioni siano prodotte dai presidi delle Asl sia che vengano fornite da aziende ospedaliere autonome, le fughe hanno come conseguenza di rendere sovradimensionata la capacità produttiva esistente e quindi di generare inefficienza per la collettività a seguito di un aumento del costo unitario per prestazione. Ciò potrebbe anche generare ulteriori effetti negativi in termini reali, perché le fughe, da questo punto di vista possono essere assimilate a importazioni di servizi dall'estero e quindi a un mancato effetto di moltiplicazione della spesa sanitaria sulla creazione di valore aggiunto a livello regionale.

(1) In tutti i casi i dati non pubblicati sono a disposizione presso gli autori.

(2) La qualità dei dati non è omogenea: nei primi due anni risente in parte di errori e incompletezze nella compilazione, mentre successivamente migliora, anche se i dati provenienti da altre Regioni presentano alcune problematiche di analisi a soprattutto a livello del campo che indica l'Asl di provenienza.

(3) Questo è anche quello che è avvenuto nei singoli anni: le 6 regioni hanno comunque coperto dal 94,63 al 93,12% delle fughe com-

plensive. In realtà nel 1995 i dati a disposizione provengono esclusivamente da queste 6 regioni che coprono quindi il 100% della casistica.

(4) Le comunicazioni con la Lombardia sono piuttosto facili e tali da poterla considerare alla stregua di una regione confinante.

(5) Per un'analisi più approfondita si rimanda a A. Amato, F. Copello, E. Ivaldi, A. Testi (2001), *Valutazione della situazione in essere e delle criticità più rilevanti ai fini della individuazione della realtà su cui sperimentare il contratto*, Ministero della salute (progetto ex art. 12 bis, comma 6, D.L.vo 229/99, anno 2000).

(6) Per semplificare la rappresentazione sono state indicate soltanto le prime sei regioni, sintetizzando la situazione delle altre nella voce «altre regioni».

(7) La valorizzazione è fatta sulla base delle tariffe delle regioni di destinazione, che potrebbero anche essere in parte diverse per lo stesso caso. Ci si sta, peraltro, muovendo verso un unico tariffario nazionale per la mobilità. Nel caso in esame, queste differenze portano eventualmente a una sottovalutazione del fenomeno piuttosto che a una sua sopravvalutazione.

(8) Tale risultanza si verifica per ciascuno dei vari anni del periodo considerato: non soltanto la Lombardia è sempre la meta preferita per prestazioni complesse, ma aumenta nel corso degli anni anche il valore dell'indicatore.

(9) Si tratta di forme alternative al ricovero e consistono in un insieme prestabilito di prestazioni ambulatoriali, alcune delle quali concertate tra le diverse Aziende nella visione dell'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali. Tali modalità assistenziali sono previste dal contratto attualmente in vigore tra Asl 3 genovese e A.o. San Martino di Genova (Amato A., Copello F., Ivaldi E., Testi A., 2002).

(10) Per Piemonte e Veneto non sono presenti SDO relative a ricoveri diurni negli anni 1995-1996.

(11) I dati delle fughe verso la Francia non sono, peraltro, disponibili.

(12) I risultati delle analisi complessive sono a disposizione presso gli autori.

(13) Sono evidenziate per comodità di lettura le posizioni di classifica complessive (nella

prima colonna), e anche quelle per ciascuna regione (nelle corrispondenti colonne). Nel caso dei Drg sono aggiunte in fondo alla tabella due ulteriori righe per riuscire a completare la classifica delle prime cinque posizioni anche nei due casi in cui questa si discosta in modo significativo da quella generale.

(14) I dati disaggregati per ciascuna regione di destinazione sono a disposizione presso gli autori.

(15) Sempre con riferimento alla Toscana, si mette in evidenza un dato che richiederebbe un'indagine *ad hoc*, cioè che circa il 60% delle fughe in Toscana per il Drg 42 (int. strutt. intraoculari no ret/irid/cris), proviene dalla Asl 3, cioè dal territorio genovese, peraltro apparentemente ricco di strutture adeguate per questa patologia.

(16) Le due possibili spiegazioni al riguardo potrebbero essere sia la presenza di un centro sperimentale a Savigliano di parto in acqua, ma soprattutto l'ospedale di Ceva che esercita attrazione per comodità di comunicazioni tutti gli abitanti dell'ambito 3 (Val Bormida). Si tratta di una struttura di dimensioni contenute dove esistono soltanto le specialità di base. Questa ulteriore analisi per patologia permette in questo caso di meglio evidenziare le fughe soggette a effetto vicinanza, evidenziate nella tabella 5.

(17) È evidente che tale opzione per quanto riguarda, invece, la domanda di copertura al momento non esiste, né è auspicabile.

(18) È ovvio che ciascun intervento dovrebbe tenere conto anche della capacità produttiva esistente della rete di offerta regionale, la cui valutazione non è peraltro compito del presente lavoro.

(19) I ricoveri chirurgici diurni sono attualmente remunerati allo stesso modo di quelli ordinari e l'ammontare massimo di prestazioni rimborsabile, fissato in contratto, può essere superato se l'incremento è conseguente a un recupero della mobilità.

(20) Nel contratto tra l'Asl 3 e le principali aziende ospedaliere del territorio genovese è previsto testualmente per i Drg 039 119 162 134 183 243 284 294 467: «La valorizzazione secondo gli obiettivi di riconversione escluderà dall'abbattimento il relativo Drg. L'even-

tuale eccesso di prestazioni concorrerà al cumulo delle prestazioni da abbattere ad esclusione dell'eventuale recupero di fughe extraregione (*outpatients*).»

(21) In una ottica di rete, si potrebbe individuare l'ospedale del proprio territorio come primo accesso, collegato a un centro specialistico anche extraregionale.

BIBLIOGRAFIA

- AMATO A., COPELLO F., IVALDI E., TESTI A. (2001), *Valutazione della situazione in essere e delle criticità più rilevanti ai fini della individuazione della realtà su cui sperimentare il contratto*, Ministero della salute (progetto ex art. 12 bis, comma 6, D.L.vo 229/99, anno 2000).
- AMATO A., COPELLO F., IVALDI E., TESTI A. (2002), *Modelli di remunerazione delle prestazioni alternative al ricovero e primi risultati della sperimentazione degli accordi contrattuali*, Ministero della salute (progetto ex art. 12 bis, comma 6, D.L.vo 229/99, anno 2000).
- DEGLI ESPOSTI G., RIMONDI M., VIRGILIO G., UGOLINI C. (1996), «Matrici di mobilità per Drgs: analisi descrittiva ed applicazioni per la programmazione e le politiche sanitarie regionali», *Mecosan*, 19, pp. 53-61.
- FABBRI D., FIORENTINI G. (1996), «Mobilità e consumo sanitario: metodi per la valutazione di benessere», *Mecosan*, 19, pp. 37-51.
- FABBRI D., FIORENTINI G. (a cura di) (1999), *Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri*, Il Mulino, Bologna.
- FIORENTINI G. (1999), «Mobilità ospedaliera e programmazione: il ruolo delle tariffe e degli investimenti strutturali», in Fabbri D., Fiorentini G. (a cura di) (1999).
- MONTEFIORI M. (2002), «Indagine econometrica sugli ospedali liguri: la mobilità dei pazienti e la reputazione», *Mecosan*, 41, pp. 49-70.
- VIRGILIO G., FACCHINI S., DONATINI A., NOBILIO L. (1999), «Strumenti di analisi della mobilità ospedaliera», in Fabbri D., Fiorentini G. (a cura di) (1999).

VANTAGGI E LIMITI DELL'AUDIT DIPARTIMENTALE E DEI DATABASE INFORMATIZZATI NELLA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA

Gianluigi Trianni¹, Elena Vecchi²

¹ Staff Direttore Generale Appropriata Clinico Organizzativa - Policlinico di Modena

² Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Tirocinio c/o Direttore Sanitario - Policlinico di Modena

SOMMARIO: 1. Obiettivi - 2. Premessa - 3. Materiali e metodi - 4. Risultati - 5. Critica dei risultati - 6. Conclusioni.

Aim of the study is the advantages and the limits of Departmental Audit and of informed discharged minimum data set for the assessment of organizing appropriateness on the hospitalisation. Among the advantages of Departmental Audit is the diffusion of the assessment methodology based on explicit and agreed criteria, among the limits the not departmental dimension but the unit dimension of interest of the medical staff. Such outcomes have not been unexpected, considered the articulation of the department organization focused on the same activity in order to achieve the optimisation of use of the resources. On the contrary, a network focused on several activities conditions the organizing Appropriateness. The use of informed discharged minimum data set for the assessment of organizing appropriateness on the ordinary stay is effective if the assessment regard the compatibility between hospitalisation and diagnostic or therapeutically procedures, but do not replace clinical reports, and the use of AEP/PRUO, if the assessment regard the compatibility between hospitalisation and clinical condition.

Keys Words: Organizing Appropriateness, Departmental Audit, Informed database.

1. Obiettivo

L'adozione di una metodologia di *Audit* dipartimentale e la sua finalizzazione al miglioramento organizzativo dei Percorsi assistenziali caratterizzano nel 2003 l'attività di valutazione dell'Appropriatezza organizzativa presso l'A.o. Policlinico di Modena.

La contestazione di 136 ricoveri ordinari del III trimestre 2002 da parte delle Ausl di MO ed il conseguente studio delle relative cartelle cliniche con il protocollo PRUO, ai fini della valutazione di Appropriatezza organizzativa, ha indotto gli autori a porsi l'obiettivo di indagare i vantaggi e i limiti:

— delle modalità organizzative di *Audit* dipartimentale e interdipartimentale;

— dei *database* costituiti dalla Scheda di dimissione ospedaliera come fonte di dati utile alla selezione di ricoveri ordinari inappropriati o po-

tenzialmente inappropriati, in sostituzione o in integrazione della valutazione di Appropriatezza organizzativa con il protocollo PRUO (Protocollo di revisione dell'utilizzo dell'ospedale) operata sulla cartella clinica.

2. Premessa

La descrizione dell'esperienza dell'A.o. Policlinico di Modena in tema di valutazione dell'Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ordinari, necessita preliminarmente della descrizione del contesto normativo e organizzativo nel quale tale attività si svolge per chiarirne sia i determinanti esterni, peculiari della Regione Emilia-Romagna, sia i determinanti interni peculiari dell'Azienda Policlinico di Modena.

La Regione Emilia-Romagna ha definito con la Del. GR n. 1505/2001 le tariffe dei ricoveri ordinari e in D.H.

La scelta operata è quella di una politica tariffaria tesa a perseguire l'efficienza produttiva e il miglioramento organizzativo dell'accesso alle prestazioni erogate dagli ospedali, tramite la riduzione delle tariffe per i ricoveri ordinari e per ricoveri in *day hospital*, medici e chirurgici, che si rivelino sul piano organizzativo inappropriati, definizione con la quale si intendono: «casi trattati in regime ordinario o in *day hospital* per i quali sarebbe stato appropriato il trattamento in altro regi-

Gli Autori intendono ringraziare i colleghi del Gruppo interdipartimentale per l'appropriatezza organizzativa dell'A.o. Policlinico di Modena, che hanno cooperato alla valutazione delle cartelle cliniche con il protocollo PRUO.

Un ringraziamento particolare al dr. Athos Borghi, U.o. medicina 2 - Dipartimento di medicina interna e specialità mediche, per i preziosi suggerimenti, l'entusiasmo e la disponibilità con i quali ci ha accompagnato nella realizzazione della ricerca.

me (*day hospital* per i ricoveri ordinari o ambulatoriale per i ricoveri ordinari e *day hospital*) o il trattamento a domicilio».

La stessa delibera, con il suo allegato n. 8 e in funzione della predetta politica tariffaria, definisce l'ambito, i principi generali, la pianificazione e la modalità di esecuzione dei «Controlli esterni e interni sui comportamenti dei produttori pubblici e privati di prestazioni di ricovero nella Regione Emilia-Romagna».

Il sistema dei controlli è affidato a tre attori;

1) l'Assessorato regionale alla sanità, che, sulla base dei flussi informativi informatizzati generati dalle SDO relativi a tutti i dimessi dagli ospedali regionali, opera controlli tecnico-amministrativi, relativi alla completezza di compilazione dei campi previsti dai programmi di trasmissione dei dati anagrafici per la corretta assegnazione dei casi alle Ausl di assistenza. Acquisite le risultanze dei controlli interni obbligatori sulla appropriatezza organizzativa dei ricoveri operata dai produttori, definisce il valore del servizio «ricoveri ospedalieri» prodotto ogni anno da ciascun ospedale;

2) le Ausl, nel ruolo di committenti e di «terzo pagante» verso le Aziende ospedaliere e la ospedalità privata, che, tramite apposite strutture di committenza, espletano controlli esterni, i cui contenuti, modalità d'esecuzione e ripercussioni sulle risorse messe a disposizione od oggetto di transazione, debbono essere «contrattati», in sede di stesura dei *budget*, con i presidi ospedalieri di Ausl (in quanto produttori interni) e, negli accordi di fornitura, con le Aziende ospedaliere e la ospedalità privata (produttori esterni);

3) le Aziende ospedaliere e la ospedalità privata che debbono operare

i precitati controlli interni obbligatori su:

— *ricoveri ripetuti, delle seguenti tipologie:*

con finestra temporale di 0-1 giorni, nello stesso presidio (con annullamento della tariffa di uno dei due episodi di ricovero);

con finestra temporale di 2-7 giorni, nello stesso presidio e della stessa MDC (con abbattimento della tariffa del 50%);

con finestra temporale di 8-30 giorni, nello stesso presidio e della stessa MDC (con abbattimento della tariffa del 20%);

ricoveri chirurgici in regime ordinario preceduti da un ricovero di tipo medico nello stesso presidio, di durata inferiore a 4 giorni se ordinario o a 4 accessi se *day hospital*, con finestra temporale di 15 giorni (onnicomprensività della tariffa);

— *Drg maldefiniti:* alcuni Drg definiti «anomali» per assenza di omogeneità clinica tra l'intervento chirurgico e la MDC individuata sulla base della diagnosi principale. Sono Drg anomali ad esempio il Drg 424, 468, 469, 470, 476 e 477;

— *Drg complicati:* gruppo di Drg omologhi di Drg non complicati, che potrebbero sottendere comportamenti opportunistici;

— *Drg potenzialmente inappropriati,* identificati nell'insieme dei Drg previsti dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 (L.E.A.) e di 27 Drg potenzialmente inappropriati, indicati da un accordo regionale con i Medici di medicina generale.

L'Azienda Policlinico di Modena è organizzata in 11 dipartimenti per attività assistenziali, 8 dei quali con strutture di degenza. Nello *staff* del Direttore generale sono inserite sia una struttura per il Controllo di gestione sia un addetto all'Appropriatezza clinico-organizzativa.

Nel 2003 è stato attivato un Gruppo interdipartimentale per l'Appropriatezza clinico-organizzativa, costituito da uno o due referenti per Dipartimento e coordinato dallo *staff* del Direttore generale. In ciascun dipartimento operano referenti di valutazione di Appropriatezza organizzativa di struttura complessa.

3. Materiali e metodi

Le attività di *Audit*, cioè di verifica e revisione, dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri sono state espletate dal Gruppo interdipartimentale per l'Appropriatezza clinico-organizzativa e dai referenti di U.o.

La valutazione di appropriatezza organizzativa è stata operata sulle cartelle cliniche sulla base dei criteri del PRUO (II edizione). Tale edizione, redatta nell'ambito delle attività del Gruppo di lavoro del progetto ministeriale ex programmi speciali - D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, dal titolo «Concettualizzazione, sviluppo e valutazione di strumenti di osservazione e di intervento che aumentino l'uso appropriato dell'ospedale per acuti», è pubblicata sul sito dell'Agenzia regionale Friuli-Venezia Giulia: www.sanita.fvg.it.

Sono stati oggetto di valutazione di appropriatezza organizzativa 136 ricoveri ordinari di pazienti dimessi dal Policlinico di Modena nel III trimestre del 2002 e residenti nell'ambito territoriale dell'Ausl di Modena (Ausl MO). La selezione dei ricoveri è stata operata dall'Uo committenza di Ausl MO, con criteri non esplicitati, su database prodotto dall'Agenzia sanitaria regionale relativo alle prestazioni in costanza di degenza dallo stesso ente validate.

La selezione ha portato a suddividere i 136 ricoveri in quattro gruppi sulla base dei seguenti giudizi:

— ricoveri potenzialmente inappropriati in quanto volti all'erogazione di prestazioni presenti nel tariffario ambulatoriale e per le quali sarebbe stato appropriato un differente regime di erogazione: 52;

— ricoveri di durata di degenza potenzialmente inappropriata per inappropriata della giornata di ammissione precedente il giorno della erogazione della terapia chirurgica: 29;

— ricoveri potenzialmente inappropriati, poiché riferiti a Drg indicati come tali dalla Del. G.R. n. 1505/2001: 18;

— ricoveri potenzialmente inappropriati, poiché riferiti a Drg indicati come tali dalla Del. G.R. n. 1505/2001 e le cui Schede di dimissione ospedaliera erano prive dei codici identificativi di prestazioni: 37.

4. Risultati

4.1. Le attività di Audit

Le attività di *Audit* dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri sono state espletate dal Gruppo interdipartimentale per l'Appropriatezza clinico-organizzativa, tramite:

— due incontri collegiali, l'uno per la definizione delle finalità e l'illustrazione delle metodologie di valutazione, l'altro per la ratifica dei risultati finali;

— un incontro collegiale per Dipartimento con i referenti medici di ciascuna struttura complessa, la cui casistica comprendesse ricoveri contestati da Ausl MO.

In tutti gli incontri, svoltisi con la partecipazione dello *staff* del Direttore generale, sono state definite indicazioni di miglioramento della codifica della Scheda di dimissione ospedaliera e di riprogettazione organizzativa dei percorsi assistenziali.

Un rapporto dal titolo «*Audit* sull'Appropriatezza organizzativa III tri-

mestre 2002» è stato consegnato al Direttore generale a supporto della contrattazione di *budget*.

4.2. La casistica del III trimestre 2002

Nel III trimestre 2002 sono state registrate dall'Azienda Policlinico di Modena 8.310 dimissioni da ricovero ordinario e 2.739 da *day hospital*, delle quali rispettivamente 6.885 e 2.309 in favore di assistiti da Ausl MO.

Il numero assoluto dei ricoveri ordinari contestati, 136, è risultato pari:

— al 12,5% delle 1.091 dimissioni riconducibili agli stessi Drg nel periodo;

— al 10% delle 1.331 dimissioni totali, ricoveri ordinari e *day hospital*, riconducibili agli stessi Drg nel periodo;

— al 2% su tutti i 6.885 ricoveri ordinari di assistiti da Ausl MO del periodo.

4.3. Distribuzione per appropriatezza e per ammissione

A seguito dell'attività di *Audit*, dei 136 ricoveri ordinari contestati:

— 69, pari al 50,7%, sono risultati appropriati;

— 29, pari al 21,3%, sono risultati parzialmente appropriati;

— 38, pari al 27,9%, sono risultati inappropriati.

Il numero assoluto dei ricoveri ordinari parzialmente appropriati e quello dei ricoveri inappropriati su riportati rappresenta rispettivamente:

— il 2,2% ed il 2,8% dei 1.091 ricoveri ordinari di assistiti dall'Ausl MO nel periodo ricondotti agli stessi Drg dei casi contestati;

— l'1,7% e il 2,3% dei 1.331 dimessi complessivamente da ricoveri ordinari e da *day hospital* di assistiti

da Ausl MO nel periodo, ricondotti agli stessi Drg dei casi contestati;

— lo 0,4% e lo 0,5% dei precitati 6.885 ricoveri ordinari di assistiti da Ausl di MO nel periodo.

La distribuzione dei ricoveri contestati per decisore del ricovero (e quindi per ammissione) e per appropriatezza è riportata in tabella 1.

4.4. Distribuzione per appropriatezza e per Drg

La distribuzione per Drg delle contestazioni e dei giudizi di appropriatezza, parziale appropriatezza e inappropriata risultati dalle valutazioni, eseguite utilizzando il protocollo PRUO, sono riportate nel quadro sinottico in tabella 2 e tabella 3.

I 136 ricoveri ordinari contestati dall'Ausl di MO per potenziale inappropriata organizzativa sono stati riconducibili a 39 Drg, 28 medici, di cui 16 compresi e 12 non compresi tra i Drg indicati come potenzialmente inappropriati dal decreto LEA, e 11 chirurgici, di cui 7 compresi e 4 non compresi tra i Drg indicati come potenzialmente inappropriati dal succitato decreto.

Tutti i 39 Drg con ricoveri contestati erano invece compresi tra quelli indicati come potenzialmente inappropriati dalla Del. G.R. 1505/2001. Non sono stati contestati ricoveri ascritti a 10 Drg medici ed a 14 Drg chirurgici indicati come potenzialmente inappropriati dalla Del. G.R. 1505/2001.

A seguito della valutazione delle cartelle cliniche, 9 ricoveri ordinari sono stati attribuiti a Drg diversi da quelli nei quali erano stati inizialmente assegnati e non compresi nella lista dei potenzialmente inappropriati «L.E.A.» né in quella della Del. G.R. 1505/2001.

Tabella 1 - Dimessi III trimestre 2002 assistiti AUSL MO - Ricoveri contestati - Distribuzione per appropriatezza - Ammissione

Descrizione	Contestati					Appropriati				Parz. appropriati				Inappropriati			
	Totale ordinari	Ammissione			Ricoveri ordinari	Ammissione		Ricoveri ordinari	Ammissione		Ricoveri ordinari	Ammissione		Ricoveri ordinari	Ammissione		
		Pronto soccorso	%	U.O. dimissione		% Pronto soccorso	% U.O. dimissione		% Pronto soccorso	% U.O. dimissione		% Pronto soccorso	% U.O. dimissione		% Pronto soccorso	% U.O. dimissione	
N.	N.	%	N.	%	N.	%	%	%	N.	%	%	%	N.	%	%	%	
TOTALE DRG MEDICI L.E.A. con RICOVERI CONTESTATI	56	51	91,1	5	8,9	34	60,7	94,1	5,9	7	12,5	85,7	14,3	15	26,8	86,7	13,3
TOTALE ALTRI DRG MEDICI con RICOVERI CONTESTATI	38	32	84,2	6	15,8	24	63,2	95,8	4,2	2	5,3	50,0	50,0	12	31,6	66,7	33,3
TOTALE DRG MEDICI con RICOVERI CONTESTATI	94	83	88,3	11	11,7	58	61,7	94,8	5,2	9	9,6	77,8	22,2	27	28,7	77,8	22,2
TOTALE DRG CHIRURGICI L.E.A. con RICOVERI CONTESTATI	28	6	21,4	22	78,6	8	28,6	12,5	87,5	9	32,1	55,6	44,4	11	39,3		100,0
TOTALE ALTRI DRG CHIRURGICI con RICOVERI CONTESTATI	14	3	21,4	11	78,6	3	21,4	33,3	66,7	11	78,6	18,2	81,8				
TOTALE DRG CHIRURGICI con RICOVERI CONTESTATI	42	9	21,4	33	78,6	11	26,2	18,2	81,8	20	47,6	35,0	65,0	11	26,2		100,0
TOTALE AZIENDALE DRG con RICOVERI CONTESTATI	136	92	67,6	44	32,4	69	50,7	82,6	17,4	29	21,3	48,3	51,7	38	27,9	55,3	44,7

Tabella 2 - Dimessi III trimestre 2002 assistiti AUSL MO - Ricoveri contestati - DRG medici - Distribuzione per appropriatezza organizzativa

DRG con ricoveri contestati		Casi III trim.				Tassi								
Codice	Descrizione	Totale ordinari	Day hospital	Totale dimessi	Contestati	Appropriati	Parz. appropriati	Inappropriati	Parz. appropriati			Inappropriati		
									Totale contestati	Tot. ordinari dimessi	Tot. dimessi (D.O. + D.H.)	Totale contestati	Tot. ordinari dimessi	Tot. dimessi (D.O. + D.H.)
133	ARTEROSCLEROSI, SENZA CC	4		4	1			1				100,0	25,0	25,0
19	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	3	1	4	2	1		1				50,0	33,3	25,0
427	NEVROSI ECCEPTE NEVROSI DEPRESSIVE	4	1	5	3	2		1				33,3	25,0	20,0
183	ESOFAGITE/GASTROENTERITE/MISCELLANEA MAL. APP. DIGERENTE, ETÀ > 17 SENZA CC	101		101	12	5	1	6	8,3	1,0	1,0	50,0	5,9	5,9
134	IPERTENSIONE	26	1	27	2	1		1				50,0	3,8	3,7
208	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	29	1	30	3	1	1	1	33,3	3,4	3,3	33,3	3,4	3,3
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17	34	20	54	4	2	1	1	25,0	2,9	2,9	25,0	2,9	1,9
426	NEVROSI DEPRESSIVE	11	1	12	2	1		1				50,0	9,1	8,3
184	ESOFAGITE, GASTROENTERITE, MISCELLANEA MALATTIE APPARATO DIGERENTE, ETÀ < 18	25	11	36	3	2		1				33,3	4,0	2,8
284	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	14	4	18	3	2		1				33,3	7,1	5,6
429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	28	1	29	3	2	1		33,3	3,6	20,0			
131	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	11	6	17	1			1	100,0	9,1	5,9			
142	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	40		40	2			2	100,0	5,0	5,0			
25	CONVULSIONI E CEFALEA ETÀ > 17 SENZA CC	56	1	57	1	1								
65	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	76		76	12	12								
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	43	21	64	2	2								
	TOTALE DRG MEDICI L.E.A. con RICOVERI CONTESTATI	505	69	574	56	34	7	15	12,5	1,4	1,2	26,8	3,0	2,6
245	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	3		3	1			1				100,0	33,3	33,3
324	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	36		36	8	6		2				25,0	5,6	28,6
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	95		95	5	3		2				40,0	2,1	11,1
256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	6	5	11	1			1				100,0	16,7	9,1
243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	32	4	36	6	4		2				33,3	6,3	5,9
301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	10	24	34	2		1	1	50,0	10,0	5,6	50,0	10,0	5,6
90	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 SENZA CC	15	3	18	4	2		2				50,0	13,3	5,6
182	ESOFAGITE/GASTROENTERITE/MISCELLANEA MALATTIE APP. DIGERENTE, ETÀ > 17 CON CC	34		34	3	1	1	1	33,3	2,9	1,1	33,3	2,9	1,1
88	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	25	1	26	1	1								
89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 CON CC	35	1	36	2	2								
321	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETÀ > 17 SENZA CC	15		15	2	2								
326	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETÀ > 17 SENZA CC	7		7	3	3								
	TOTALE ALTRI DRG MEDICI con RICOVERI CONTESTATI	313	38	351	38	24	2	12	5,3	0,6	0,6	31,6	3,8	3,4
	TOTALE DRG MEDICI con RICOVERI CONTESTATI	818	107	925	94	58	9	27	9,6	1,1	1,0	28,7	3,3	2,9
	TOTALE DRG medici e chirurgici con RICOVERI CONTESTATI	1.091	240	1.331	136	69	29	38	21,3	2,7	2,2	27,9	3,5	2,9

Tabella 3 - Dimessi III trimestre 2002 assistiti AUSL MO - Ricoveri contestati - DRG chirurgici - Distribuzione per appropriatezza organizzativa

DRG con ricoveri contestati		Casi III trim.				Contestati	Appropriati	Parz. appropriati	Inappropriati	Tassi					
		Totale ordinari	Day hospital	Totale dimessi	Parz. appropriati					Inappropriati					
					Totale contestati					Tot. ordinari dimessi	Tot. dimessi (D.O. + D.H.)	Totale contestati	Tot. ordinari dimessi	Tot. dimessi (D.O. + D.H.)	
262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	20	4	24	10	3		7				70,0	35,0	29,2	
55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	48		48	6	1	1	4	16,7	2,1	2,1	66,7	8,3	8,3	
222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	7	1	8	1		1		100,0	14,3	12,5				
42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	17	2	19	2		2		100,0	11,8	10,5				
40	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETÀ > 17	23	30	53	5	1	4		80,0	17,4	7,5				
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 SENZA CC	27	51	78	3	2	1		33,3	3,7	1,3				
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	9	6	15	1	1									
TOTALE DRG CHIRURGICI L.E.A. con RICOVERI CONTESTATI		151	94	245	28	8	9	11	32,1	6,0	3,7	39,3	7,3	4,5	
225	INTERVENTI SUL PIEDE	11	1	12	3		3		100,0	27,3	25,0				
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI ARTICOLAZIONI, SENZA CC	33	17	50	8		8		100,0	24,2	16,0				
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI NO PER ULCERE PELLE/CELLULITE SENZA CC	25	14	39	2	2									
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	53	7	60	1	1									
TOTALE ALTRI DRG CHIRURGICI con RICOVERI CONTESTATI		122	39	161	14	3	11		78,6	9,0	6,8				
TOTALE DRG CHIRURGICI con RICOVERI CONTESTATI		273	133	406	42	11	20	11	47,6	7,3	4,9	26,2	4,0	2,7	
TOTALE DRG medici e chirurgici con RICOVERI CONTESTATI		1.091	240	1.331	136	69	29	38	21,3	2,7	2,2	27,9	3,5	2,9	

4.5. Indicazioni di miglioramento della codifica della Scheda di dimissione ospedaliera

Dall'Audit interdipartimentale e con le Unità operative interessate sono emerse le seguenti indicazioni di miglioramento della codifica della Scheda di dimissione ospedaliera, sia di tipo generale che mirate alla codifica di specifiche informazioni.

1) Codificare la SDO con accuratezza e sulla base di tutti i dati della cartella clinica (!). Una codifica inappropriata della scheda di dimissione ospedaliera è stata rilevata in 9 casi, pari al 6,6% dei ricoveri contestati: in particolare si sono avuti 2 casi in cui il Drg si è modificato perché non era stata segnalata la corretta diagnosi principale in SDO che si evinceva dal referto acquisito post-dimissione: Drg 429 modificato in Drg 15-TIA dopo l'esito della TAC cerebrale e Drg 326 modificato in Drg 320-infezione del rene e delle vie urinarie, età > 17 con CC dopo l'esito della TAC renale. A questi si devono aggiungere 7 casi in cui l'erronea attribuzione del Drg era

dovuta a una scarsa accuratezza e completezza nella compilazione della SDO. In un caso era stata codificata una demenza in contraddizione con la diagnosi di dimissione di «intossicazione da farmaci» riportata in cartella clinica e che si sarebbe dovuta codificare con il codice 969.2. In un altro caso era stato utilizzato il codice 733.50 invece del 730.16 in una diagnosi di osteomielite.

2) Segnalare in SDO tutte le procedure utili a caratterizzare l'iter diagnostico terapeutico del dimesso. In un caso non era stata segnalata con il codice 56.31 e 56.0 l'esecuzione di litotrissia endoscopica con rimozione del calcolo.

3) Codificare sempre la condizione clinica di base oltre al quadro che ha determinato il ricovero. In un caso di paresi del facciale si era omesso di segnalare una malattia autoimmune (codice 279.4). In altri due casi era stato codificato uno stato che influenza la salute al posto di una diagnosi principale e non erano state codificate le procedure eseguite. Nello specifico, in un caso di travaglio pre-

coce, non era stato utilizzato il codice 644.13 per la diagnosi; in un caso di sofferenza fetale il codice 656.33 per la diagnosi e i codici 89.61 — monitoraggio pressorio eseguito su una partorienta — e il codice 75.34 — monitoraggio fetale — per segnalare procedure non eseguibili a domicilio.

4) Segnalare l'autodimissione in SDO.

5) Segnalare l'eventuale permesso al paziente (di assentarsi) sia in SDO che nel movimento giornaliero: in un caso non era stata segnalata nel movimento pazienti giornaliero l'assenza temporanea prevista dalla procedura di permesso, sicché il paziente risultava ricoverato pur non essendolo.

4.6. PRUO e la Valutazione di appropriatezza organizzativa su database informatici

La valutazione delle cartelle cliniche dei casi di ricovero ordinario selezionati come potenzialmente inappropriati ha fatto emergere la possibilità di codificare con ICD IX - CM alcuni

criteri di appropriatezza previsti dal protocollo PRUO per la giornata di ammissione, sì da evitare che siano selezionati ripetutamente come potenzialmente inappropriati ricoveri verosimilmente appropriati.

Di seguito si riportano le proposte di codifica con ICD IX - CM nelle Schede di dimissione ospedaliera dei criteri di appropriatezza PRUO relativi a condizioni cliniche e prestazioni assistenziali:

— *criterio 8. Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi (vertigini).*

I ricoveri per sindromi vertiginose pongono il problema di discriminare le sintomatologie gestibili in via ambulatoriale, quali la presenza di nausea (Cod. 787.02) o di nausea e vomito (Cod. 787.01), da quelle imponenti caratterizzate da difficoltà alla deambulazione sino all'impedimento della stazione eretta (Cod. 781.2) e che rendono appropriato il ricovero;

— *criterio 15. Monitoraggio dei parametri vitali almeno quattro volte nelle 24 ore.*

Attivare in maniera corrente la codifica del monitoraggio della pressione arteriosa nei campi riservati alle procedure assistenziali, adottando il codice 89.61. In generale occorre sempre segnalare in cartella clinica le valutazioni mediche o infermieristiche finalizzate al monitoraggio di problemi clinici specifici;

— *criterio 16. Procedure invasive diagnostiche e/o terapeutiche nel giorno di ammissione e nel giorno successivo che richiedono la sala operatoria o un ambiente chirurgicamente attrezzato.*

Secondo il protocollo PRUO l'arteriografia per via femorale giustifica l'ammissione e la degenza post-intervento, quindi tali casi non dovrebbero essere selezionati come ricoveri potenzialmente inappropriati se non per la durata;

— *criterio 18. Somministrazione endovenosa continua o in frazioni ripetute per almeno due volte nelle 24 ore.*

L'erogazione di terapia endovenosa ripetutamente nelle 24 ore è incompatibile con l'assistenza a domicilio e pertanto giustifica la permanenza in ospedale. Al fine di attivare la segnalazione di tale prestazione assistenziale è possibile attivare in maniera corrente la codifica della terapia endovenosa nei campi riservati alle procedure assistenziali, adottando i codici della classificazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche a partire dai codici 99.1 e 99.2.

Tra i casi contestati da Ausl MO e le cui cartelle cliniche sono state oggetto di *Audit* sono state individuate tre tipologie di ricovero la cui valutazione non è eseguibile con il protocollo PRUO e che hanno comunque indotto i valutatori a un giudizio di appropriatezza (in due casi «override») e alle seguenti segnalazioni:

— *ricoveri psichiatrici.*

Non sono pertinenti alla valutazione d'appropriatezza organizzativa dei ricoveri psichiatrici criteri messi a punto per ricoveri di acuti per patologia somatica! Non contestare ricoveri psichiatrici sino a definizione di idonei protocolli condivisi con i servizi psichiatrici dell'Ausl;

— *ricoveri per ostetricia.*

L'appropriatezza organizzativa dei ricoveri in degenza di ostetricia non è indagabile con PRUO, non essendo tale protocollo a ciò finalizzato. Necessita pertanto la definizione di protocolli specifici;

— *Drg 127.*

La contestazione «automatica» per inappropriata del Drg 127 «Insufficienza cardiaca e shock» appare errata, posto che nel Drg 127 ricadono le patologie codificate con:

insufficienza cardiaca congestizia (Cod. 428.0);

insufficienza cuore SX o edema polmonare acuto (Cod. 428.1);

shock cardiogeno (Cod. 785.51).

Tali patologie generano ricoveri certamente non contestabili per inappropriata a differenza di quelli per insufficienza cardiaca non specificata codificata con 428.9.

È quindi necessario che il servizio committenza Ausl rettifichi di conseguenza i suoi programmi di screening, eliminando dalle segnalazioni di potenziale inappropriata organizzativa il Drg 127 quando generato da uno dei succitati tre codici, e salvo che non intenda indagare ricoveri per appurare fenomeni di opportunismo clinico nella formulazione delle diagnosi!

4.7. Indicazioni di riprogettazione delle non conformità organizzative

Si riportano di seguito le indicazioni di riprogettazione delle non conformità organizzative emerse dall'*Audit* interdipartimentale e condivise con le Unità operative interessate:

Osservazione breve intensiva

L'assistenza in una struttura di osservazione breve intensiva è stata proposta nelle seguenti tipologie assistenziali a seguito della verifica di inappropriata del ricovero ordinario:

— per i casi di addominalgia, quali gastralgie acute, coliche biliari e lombosciatalgie sino alla risoluzione dei sintomi o, in alternativa, al ricovero in ambito chirurgico per la specifica terapia (medicina d'urgenza, medicine e ortopedia);

— per i casi di colica reno-ureterale, per i quali è indicato dai referenti come clinicamente appropriato lo studio ecografico ureterale all'ingresso, sino alla risoluzione dei sintomi o al ricovero in ambito urologico per la specifica terapia endoscopica (medicina d'urgenza, urologia);

— per i casi di vertigine (otorinolaringoiatria).

Tale tipologia casistica è stata integrata dalle seguenti ulteriori indicazioni:

— utilizzare scrupolosamente il Protocollo organizzativo esistente, redatto e sottoscritto nel 2000 (consulenza neurologica e otorinolaringoiatrica) per il ricovero o per l'avvio a percorsi ambulatoriali di *day service*;

— potenziare il settore di diagnostica audio vestibologica;

— proporre corsi di formazione per medici P.s. e medici di medicina generale;

— corsi di formazione per otorinolaringoiatri (videoculoscopia);

— per i casi di cefalea, previa adozione di protocollo clinico organizzativo che preveda sia l'eventuale ricorso al *day hospital* terapeutico, per dissuasione dall'abuso di analgesici, sia il *day service* per la definizione diagnostica e il *follow up*, entrambi da gestirsi presso il centro cefalee (medicina d'urgenza, neurologia, farmacologia clinica);

— per i casi di ipertensione fino alla risoluzione della crisi dopo idoneo trattamento, con successivo eventuale affidamento a percorsi ambulatoriali o di *day service*, o al ricovero in ambiente internistico o cardiologico (medicina d'urgenza, medicina, cardiologia);

— per i casi di insufficienza respiratoria acuta fino alla risoluzione della crisi, con successivo eventuale affidamento a percorsi ambulatoriali o di *day service*, o al ricovero in ambiente internistico o pneumologico (medicina d'urgenza, pneumologia, medicina).

Day service

Il *day service*, inteso come gestione ambulatoriale con prenotazione interna ed esecuzione in giornata quando clinicamente possibile di prestazioni

ambulatoriali complesse, è stata indicata, in alternativa a ricoveri ordinari brevi o a *day hospital*, per:

— la definizione diagnostica polispecialistica di pazienti affetti da patologie infettive o tropicali in fase subacuta (malattie infettive e tropicali);

— il *follow up* diagnostico terapeutico di patologie dermatologiche croniche non riacutizzate (dermatologia).

Day surgery

La *day surgery*, intesa come gestione con ricoveri di 12-24 ore di casi precedentemente gestiti con ricoveri ordinari di 48 o più ore, è stata indicata per:

— interventi sul piede (ortopedia e traumatologia);

— interventi di correzione dello strabismo nell'adulto (oculistica).

Centro polispecialistico interdipartimentale: la Breast Unit

La «Breast Unit», intesa come centro polispecialistico interdipartimentale di gestione della prevenzione secondaria di II livello e di terapia del carcinoma mammario, con specifica dotazione di ambulatori chirurgici, è stata indicata come suggestiva ipotesi da prendere in considerazione in alternativa a ricoveri ordinari di 24 ore o in giornata, *day surgery*, a fronte di numerose contestazioni riguardanti la possibilità di eseguire in regime ambulatoriale prestazioni che vengono erogate in DH, generate da carenze logistiche e organizzative (chirurgie, oncologie, radiologie).

Urgenze sale operatorie

È stata segnalata la necessità di rivedere l'organizzazione degli accessi alla sala operatoria delle urgenze e la correlata necessità di gestire liste di attesa di pazienti già valutati per proble-

mi di terapie chirurgiche della mano (chirurgia della mano).

Ridefinizione criteri di gestione della programmazione delle prestazioni ambulatoriali

La ridefinizione dei criteri di gestione della programmazione delle prestazioni ambulatoriali per favorire la riduzione delle degenze organizzativamente inappropriate in aree chirurgiche è stata proposta e attivata nel caso di:

— accertamenti tonometrici per pazienti da sottoporre a correzione chirurgica di glaucoma (oculistica);

— *follow up* successivo alle prestazioni di pronto soccorso delle patologie suscettibili di terapia medica (es. Drg 245 e 256) (ortopedia).

Sviluppo di tecniche miniinvasive

Lo sviluppo di tecniche miniinvasive è stato indicato nel caso dell'angiografia relativamente all'accesso per via brachiale ove la risoluzione dell'immagine sia sufficientemente idonea all'inquadramento del caso clinico (chirurgia vascolare).

5. Critica dei risultati

5.1. Le attività di Audit

La partecipazione dei referenti dipartimentali e di U.o. è stata caratterizzata da un notevole impegno nella valutazione delle cartelle cliniche e nella proposta di criteri di codifica delle prestazioni e delle sintomatologie e di riprogettazione dei percorsi assistenziali caratterizzati da non conformità organizzative.

La forma dipartimentale e interdipartimentale di *Audit* sull'appropriatezza organizzativa ha consentito di diffondere omogeneamente nel corpo medico la prassi della valutazione or-

ganizzativa sulla base di criteri espliciti e condivisi. Non si è però rilevata una dimensione dipartimentale nell'interesse dei colleghi, piuttosto orientati ad analizzare e a riportare nelle rispettive unità operative gli elementi di criticità organizzativa e i possibili correttivi, che a discuterne nel collettivo dipartimentale.

Del resto i possibili correttivi non sono mai stati individuati nel miglioramento delle relazioni organizzative con Uu.oo. del proprio dipartimento, ma o nel miglioramento delle procedure interne alle rispettive Uu.oo. o nel miglioramento di lacune organizzative di altri dipartimenti. Non raramente sono stati inoltre segnalati come necessari (per le correzioni delle lacune organizzative) investimenti mirati da parte della Direzione aziendale.

5.2. La casistica del III trimestre 2002

La casistica dei ricoveri contestati da Ausl MO, pari al 2% dei 6.885 dimessi assistiti da Ausl MO nel periodo, non esaurisce il tema della potenziale inappropriata organizzativa dei ricoveri per acuti nella nostra Azienda, per sottostima del fenomeno, infatti:

a) la casistica è limitata ai dimessi assistiti dall'Ausl MO, e non comprende i ricoveri di pazienti assistiti da altre Ausl, regionali e non, che nel III trimestre 2002 sono stati 1.425, pari al 17,4% dei 8.310 ricoveri ordinari del periodo, mentre sull'intero 2002 sono risultati 6.735, pari al 18,2% dei 36.967 ricoveri ordinari;

b) la selezione prodotta dall'Ausl MO è finalizzata a individuare quei ricoveri ordinari a rischio di inappropriata, la cui identificazione come inappropriati si può tradurre in riduzione degli importi da corrispondere al fornitore. Ad esempio la selezione prodotta dall'Ausl MO opera sui rico-

veri chirurgici di uno o due giorni di degenza, ma non opera sui ricoveri medici di un giorno, che il tariffario regionale penalizza con una tariffa di soli 124,47 euro, quando non generati dal decesso (202 casi nel 2002), o dal trasferimento (41 casi nel 2002): nel 2002 tali ricoveri penalizzati sono risultati essere 1722, pari al 4,6% sul totale dei 36.967 ricoveri ordinari;

c) la selezione prodotta dall'Ausl di MO non comprende i ricoveri ripetuti non ascrivibili ai 63 Drg indicati come potenzialmente inappropriati dalla Del. G.R. 1505/2001.

I ricoveri ripetuti ascrivibili alle tre categorie 0-1, 2-7, 8-30 giorni, sui quali gravano penalizzazioni tariffarie automatiche operate dalla regione, sono risultati complessivamente 1.399 nel 2002, pari al 3,8% dei 36.967 ordinari.

5.3. Distribuzione per appropriatezza e per ammissione

Analogamente a quanto commentato in riferimento all'area della potenziale inappropriata, anche in relazione al numero assoluto rilevato di ricoveri ordinari appropriati, parzialmente appropriati e inappropriati e ai loro tassi, è da osservare che essi, con ogni probabilità, risultano sottostimati.

Infatti la selezione dei casi operata da Ausl di MO, ispirata di fatto a criteri di vantaggio esclusivamente economico del committente, ha escluso:

— i ricoveri di non assistiti da Ausl di MO;

— i ricoveri ordinari medici di un giorno;

— i ricoveri ordinari ripetuti.

Relativamente al rapporto tra appropriatezza e ammissione illustrato in tabella I si evince che l'ammissione dei 136 ricoveri è risultata decisa in pronto soccorso nel 67,6% dei ricoveri, ma tale percentuale sale all'82,6 %

nel caso dei ricoveri appropriati e scende al 55,3% nel caso dei ricoveri inappropriati.

Tale fenomeno è il risultato di due tendenze:

— il maggior ruolo del pronto soccorso nell'ammissione di ricoveri per Del. G.R. medico (l'88,3% rispetto ai ricoveri per Drg chirurgico il 21,4%);

— il diverso andamento del rapporto tra inappropriata e decisore del ricovero tra i Drg medici (nei quali le ammissioni di ricoveri inappropriati sono risultate per l'81% decise in pronto soccorso) e i Drg chirurgici (nei quali nessun ricovero inappropriato è stato deciso in pronto soccorso, ma tutti dalle Uu.oo. di dimissione).

5.4. Distribuzione per appropriatezza e per Drg

L'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ordinari ascrivibili alla M.D.C. «Malattie e disturbi mentali» non è indagabile con il protocollo PRUO quando espletati in ambiente psichiatrico, non essendo tale protocollo teso a misurare l'appropriatezza organizzativa delle attività assistenziali psichiatriche in costanza di degenza ordinaria.

Tali ricoveri sono invece indagabili con PRUO quando espletati in ambiente internistico, poiché la diagnosi di dimissione da tali ambienti è il risultato di un processo diagnostico teso ad escludere l'eventuale genesi organica di sindromi psichiche o psico-somatiche.

5.5. Indicazioni di miglioramento della codifica della Scheda di dimissione ospedaliera, generali e specifiche

La codifica inappropriata della scheda di dimissione ospedaliera, rilevata nel 6,6% dei casi contestati, è in-

dicatore di un fenomeno da non sottovalutare: l'inappropriata codifica del problema clinico principale non solo, infatti, è responsabile di attribuzione a Drg potenzialmente inappropriati di ricoveri appropriati, ma verosimilmente opera anche in senso inverso con l'attribuzione a Drg non segnalati come potenzialmente inappropriati di ricoveri potenzialmente inappropriati. Ne conseguono l'esigenza inderogabile di controlli sulle cartelle cliniche dei ricoveri potenzialmente inappropriati ma anche l'utilità di effettuare controlli su Drg non inclusi tra i LEA e anche in più estese liste di Drg potenzialmente inappropriati, quali quella ex Del. G.R. 1505/2001 della Regione Emilia-Romagna, ricorrendo a criteri diversi e integrativi rispetto a quello normativo. Tale fenomeno è verosimilmente più accentuato laddove non esista una consolidata attività di controllo sulla corretta codifica della SDO.

5.6. PRUO e la valutazione di appropriatezza organizzativa su database informatici

La rilevazione, tra i 136 ricoveri ordinari contestati, di tassi di appropriatezza pari al 50,7%, di appropriatezza parziale pari al 21,3%, e di inapproprietezza pari al 27,9%, attestano come sia errato equiparare l'inappropriatezza potenziale dei ricoveri alla loro inappropriatezza reale e come questa, allo stato attuale di informatizzazione dei flussi informativi e delle banche dati, non sia valutabile senza la consultazione diretta della cartella clinica.

La codifica di segni clinici e di prestazioni assistenziali congrui con i criteri di appropriatezza PRUO può potenziare le capacità discriminative della potenziale inappropriatezza di liste predefinite di ricoveri, ma non sostituisce la valutazione diretta della

cartella clinica come fonte di certezza, sia per le lacune di compilazione che tuttora appaiono consistenti, sia per la impossibilità di riportare in SDO alcuni parametri bioumorali che all'ingresso giustificano la decisione del ricovero (valori di P.A. o di temperatura corporea).

5.7. Indicazioni di riprogettazione delle non conformità organizzative

Tra le indicazioni di riprogettazione delle non conformità organizzative emerse dall'*Audit* appare di particolare interesse quella della realizzazione di una struttura di *Osservazione breve intensiva*.

L'esigenza di una *Osservazione breve intensiva* è suffragata sia dal su citato fenomeno di una percentuale di ammissione dal pronto soccorso dell'81% dei Drg medici risultati inappropriati, sia all'opposto dalla evidenza di una percentuale del 94% di ammissione dal pronto soccorso dei ricoveri per Drg medici risultati appropriati.

In alternativa alla *Osservazione breve intensiva* è praticata presso il Policlinico di Modena una procedura convenzionalmente definita «affido». L'«affido» consiste nel trasferimento al consulente specialistico del medico di pronto soccorso della facoltà di «dimettere dal pronto soccorso» senza procedere al ricovero, con eventuale «presa in carico» del paziente da parte dello specialista per l'esecuzione di approfondimenti con percorso ambulatoriale o di *day service*, oppure per la programmazione di *follow up* clinici. Ma tale procedura non è esente da limiti in ordine alle difficoltà operative, da contraddizione tra sedi erogative e potenzialità degli organici medici, che si generano nelle ore notturne ed in quelle di maggior afflusso di pazienti.

Il fenomeno osservato relativo all'ammissione esclusivamente dalle

Uu.oo. di dimissione dei ricoveri inappropriati per Drg chirurgici, che riguarda quindi esclusivamente i ricoveri programmati, richiama alcuni problemi «classici» della migliore organizzazione delle attività di terapia chirurgica:

a) la durata di degenza eccessiva da giornata di ammissione inappropriata, perché effettuata il giorno prima dell'intervento programmato dovuta prevalentemente ai problemi di gestione delle liste d'attesa, caratterizzate spesso dalla presenza in lista di pazienti senza preliminare valutazione dell'idoneità anestesiológica all'intervento, che vengono reclutati d'urgenza per coprire improvvise *defaillance* di altri pazienti già programmati ma «non operandi» nel giorno previsto per sopravvenute controindicazioni cliniche;

b) l'esecuzione in ricovero ordinario o in ricovero di un giorno o in ricovero di alcune ore *day surgery* di prestazioni chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale, spesso generata da insufficienze logistiche od organizzative degli ambulatori chirurgici.

6. Conclusioni

6.1. L'Audit dipartimentale ed interdipartimentale

Le risultanze circa i vantaggi, quali la diffusione di metodologie basate su criteri espliciti e condivisi di valutazione organizzativa, e gli svantaggi, quali la dimensione non dipartimentale dell'interesse dei colleghi, della forma dipartimentale e interdipartimentale di *Audit* sull'appropriatezza organizzativa, non sono inattese.

L'attuale organizzazione dipartimentale è caratterizzata infatti, anche nei casi di più limpido e coerente disegno organizzativo, da aggregazione di strutture in ragione della loro funzione omogenea (es. medicine, chirurgia, la-

boratori, radiologie); negli altri casi da aggregazioni di strutture con funzioni non omogenee di terapia medica o chirurgica accomunate dall'aver come oggetto disciplinare patologie a localizzazione o genesi nel medesimo segmento corporeo (es. testa-collo) o addirittura semplicemente dall'essere specialistiche (medicine e chirurgie specialistiche). Tale struttura organizzativa dipartimentale è in contrasto con l'organizzazione reale, cioè con la rete di relazioni organizzative tra specialismi necessaria a erogare prestazioni assistenziali, che in medicina, e a maggior ragione in ospedale, si sono affermate.

Il miglioramento organizzativo quindi investe sempre, di fatto, le relazioni organizzative interdipartimentali, non quelle intradipartimentali, se si esclude nei dipartimenti per funzioni omogenee il miglior utilizzo delle risorse strutturali connesse alle funzioni, quali i posti letto o le sale operatorie.

Di conseguenza la dimensione dipartimentale attuale non ha interesse per quanti operino con l'obiettivo del miglioramento delle relazioni organizzative che sono l'essenza degli *iter* diagnostico-terapeutici.

6.2. PRUO e valutazione di appropriatezza organizzativa informatizzata su database

Circa l'uso dei *database*, costituiti dalla Scheda di dimissione ospedaliera (SDO), come fonte di dati utili alla selezione di ricoveri ordinari inappropriati o potenzialmente inappropriati, in sostituzione o ad integrazione della valutazione di appropriatezza organizzativa con il protocollo PRUO, operata sulla cartella clinica, è da osservare quanto segue.

La valutazione di appropriatezza organizzativa dei ricoveri su *database* informatici basati sulle SDO presu-

pone l'adozione della stessa convenzione normativa che sta alla base del protocollo PRUO, vale a dire l'eseguità o no delle prestazioni assistenziali erogate a livelli assistenziali diversi dalla degenza per acuti, a prescindere dalla diagnosi di dimissione.

Tale diagnosi indipendenza, specifica di PRUO, connota a ben vedere le stesse liste di Drg potenzialmente inappropriati. Infatti, in realtà si assume che i Drg, ricompresi in tali liste, raggruppano ricoveri medici o chirurgici per patologie delle quali si da per probabile che le prestazioni necessarie siano erogabili in via ambulatoriale o con degenze di un giorno, salvo complicazioni.

L'accento è quindi posto sulle prestazioni, non sulle diagnosi, in realtà utilizzate come indicatore sintetico di prestazioni assistenziali che tali quadri si dà per scontato necessitano.

Parimenti indicatore sintetico di prestazioni di monitoraggio clinico diretto e/o strumentale appaiono i segni, ad esempio la pressione arteriosa, e i sintomi, ad esempio l'impossibilità di tenere la stazione eretta, che il protocollo PRUO prevede tra i criteri di appropriatezza.

È ipotizzabile che future edizioni del protocollo PRUO possano ridurre o eliminare tali criteri clinici dal set di criteri di valutazione di appropriatezza organizzativa. Qualora ciò si rivelasse possibile, risulterebbe più chiara la relazione tra valutazione di appropriatezza clinica, intendendosi per quest'ultima la valutazione «del cosa si è deciso» e «del come si è fatto» per risolvere un problema clinico, e la valutazione di appropriatezza organizzativa intesa come la valutazione «del dove si è fatto», in ragione dell'ottimizzazione delle risorse necessarie e peculiari per erogare «il cosa» ed «il come».

In sostanza ciò sarebbe ulteriore stimolo alla definizione di linee guida o

protocolli clinico-organizzativi che coniughino efficacia clinica ed efficienza organizzativa e siano il necessario supporto per la definizione e l'aggiornamento dei criteri espliciti sui quali verificare anche l'appropriatezza organizzativa.

È da osservare ancora che allo stato attuale la codifica in SDO di segni clinici, ad esempio l'impossibilità di tenere la stazione eretta, e di prestazioni assistenziali, ad esempio la terapia endovenosa, consentiti da ICD IX - CM e previsti tra i criteri di appropriatezza PRUO, potrebbero incrementare le capacità discriminative della potenziale inappropriata dei ricoveri, ma non della loro durata, su *database* informatizzati.

Ciò comunque non sostituirebbe la valutazione diretta della cartella clinica come fonte dei dati, sia per le lacune di compilazione della SDO, che tuttora appaiono consistenti, sia per l'impossibilità di riportare in SDO alcuni parametri bioumorali che all'ingresso giustificano la decisione del ricovero che relativamente alla durata del ricovero, perché la SDO non consente di analizzare i singoli giorni di degenza.

In sintesi la valutazione di appropriatezza organizzativa su *database* informatizzati sarà totalmente sostitutiva della consultazione della cartella clinica solo quando quest'ultima sarà informatizzata, ciò che rimane un miraggio (!), e i criteri condivisi di compilazione dei campi elettronici saranno armonici anche con le necessità di verifica organizzativa.

BIBLIOGRAFIA

- APOLONE G., ALFIERI V., BRAGA A. *et al.* (1991), «A survey on the necessity of the hospitalization day in an italian teaching hospital», *Quality Assurance in Health Care*, 3, pp. 1-9.
- APOLONE G. *et al.* (1992), «L'appropriatezza dell'uso dell'ospedale: i risultati di uno stu-

- dio all'ospedale S. Gerardo di Monza», *Federazione Medica*, 8, pp. 27-32.
- BENTES M., DA LUZ GONSALVES M., SANTOS M., PINA E. (1995), «Design and development of a Utilization Review Program in Portugal», *International J Quality Health Care*, vol. 7, 3, pp. 201-212.
- BRAGA A. *et al.* (1993), «L'uso appropriato della struttura ospedaliera», *Federazione Medica*, 8, pp. 27-32.
- DECRETO GIUNTA REGIONALE (2001), «Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate dalla regione Emilia-Romagna, applicabili a decorrere dall'1 gennaio 2001», deliberazione n. 1505/2001, *Bollettino Ufficiale Regione Emilia-Romagna*, n. 75.
- DECRETO MINISTERIALE 28 DICEMBRE 1991, «Istituzione della Scheda di dimissione ospedaliera», *Gazzetta Ufficiale* 17 gennaio 1992, n. 13.
- DECRETO MINISTERIALE 12 DICEMBRE 2001, N. 27, «Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», *Gazzetta Ufficiale* 9 febbraio 2002, n. 34.
- DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI 29 NOVEMBRE 2001, «Definizione dei Livelli essenziali di assistenza».
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE 25 FEBBRAIO 2002, N. 295, Recepimento del DPCM del 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza».
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE N. 559/2000, «Linee guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno (*Day Surgery*)».
- FELLIN G. *et al.* (1995), «Appropriateness of Hospital use: an overview of italian studies», *ISQUA*, vol. 7, 3, pp. 219-225.
- GERTMAN P.M., RESTUCCIA J.D. (1981), «The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care», *Medical Care*, 8, pp. 855-871.
- GRUPPO DI LAVORO P.R.U.O (LIBERATI A., APOLONE G., FELLIN G., MEREGALLI G., CRESPI V., LANZI E., BEVILACQUA L., MINELLI C.) (1994), «La valutazione dell'uso dell'ospedale: quadro di riferimento, strumenti di misurazione ed esperienze italiane», *Ricerca & Pratica*, 58, pp. 99-126.
- GRUPPO DI LAVORO PRUO (1995), *Manuale di istruzioni per la pianificazione e conduzione dello studio per la raccolta dati*, Milano.
- LAMPREY J. (1982), *Inter Qual ISD review system*, Chicago Inter Qual, Chicago.
- LANG T., DAVIDO A., ROGERO H., MEYER L. (1995), «Appropriateness of Admissions: the French Experience», *International J Quality Health Care*, vol. 7, 3, pp. 233-238.
- LIBERATI A., APOLONE G., LANG T., LORENZO S. (1995), «A European Project assessing the appropriateness of hospital utilization: background, objectives and preliminary results», *ISQUA*, vol. 7, 3, pp. 187-199.
- LORENZO S., SUNOL R. (1995), «An Overview of Spanish Studies on Appropriateness of Hospital Use», *International J Quality Health Care*, vol. 7, 3, pp. 213-218.
- PAYNE S.M.C. *et al.* (1991), «The role of feedback in reducing medically unnecessary hospital use», *Medical Care*, 29 (Suppl) AS91-AS106.
- PAYNE S.M.C. *et al.* (1991), «Using utilization review information to improve hospital efficiency», *Journal of Hospital and Health Services Administration*, 36, p. 4.
- RESTUCCIA J.D. (1982), «The effect of concurrent feedback in reducing inappropriate hospital utilization», *Medical Care*, pp. 20-46.
- RESTUCCIA J.D., KREGER B.E., MAYNE S.M.C. *et al.* (1986), «Factors affecting appropriateness of hospital use in Massachusetts», *Health Care Financ. Rev.*, pp. 8-47.
- RESTUCCIA J.D. (1995), «The Evolution of Hospital Utilization Review Methods in the United States», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 7, 3, pp. 253-260.
- SANTOS-EGGIMANN B., PACAUD F., BLANC T. (1995), «Medical Appropriateness of Hospital Utilization: an Overview of the Swiss Experience», *International J Quality Health Care*, vol. 7, 3, pp. 227-232.
- SELKER H.P. *et al.* (1989), «The Epidemiology of the delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days», *Med. Care*, 27, pp. 112-29.
- STRUMWASSER I. *et al.* (1990), «Reliability and validity of utilization review criteria», *Appropriateness Evaluation protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity Discharge Criteria*, 28, pp. 95-111.
- TRIANNI G. *et al.* (1996), «AEP/PRUO.: Integrazione di metodi per valutazione di efficienza in ospedale», *Drg Rivista trimestrale*, 3, pp. 16-28.
- TRIANNI G. *et al.* (1997), «Valutazione di congruità delle attività di ricovero tramite AEP/PRUO», *Tecnica Ospedaliera*, 4, pp. 70-80.
- TRIANNI G. (2002), *AEP-PRUO e il Controllo di gestione di Aziende ospedaliere*, Edizioni VEGA, Padova.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

I **nomi** degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
e-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

Ecco

RAGIUFARM



click!

RAGIUFARM nel 2003 è disponibile anche in CD-rom.

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- visualizzare e consultare la rivista **RAGIUFARM** in formato pdf, mediante l'applicazione *Acrobat Reader*, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- «navigare» nella rivista **RAGIUFARM**, andando direttamente alle rubriche (dottrina, giurisprudenza e documentazione) o agli argomenti di maggior interesse;
- consultare l'indice della rivista **RAGIUFARM**, con tutti i *links* che rinviano alla visualizzazione dei testi degli articoli e delle leggi nazionali e regionali;
- fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

Per tutti gli abbonati alla rivista **RAGIUFARM**, il costo dell'abbonamento al supplemento annuale in CD-rom di **RAGIUFARM click** 2003 è di soli € 115,00 anziché € 345,00.

CEDOLA D'ORDINE

RISERVATA AGLI ABBONATI A **RAGIUFARM** 2003

ABBONAMENTO AL SUPPLEMENTO IN CD-ROM

Programma abbonamento 2003

Spedizione in abbonamento postale

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817 - E-mail sipised@tin.it

Sottoscrivo l'abbonamento annuale al supplemento

RAGIUFARM click 2003

- Al prezzo di € 115,00 in quanto già abbonato (codice etichetta n.) a **RAGIUFARM** 2003 cartaceo
- Al prezzo intero di € 345,00 in quanto non abbonato a **RAGIUFARM** 2003 cartaceo
- Pertanto:
 - Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
 - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

LA QUALITÀ IN AMBITO SANITARIO: RIFLESSIONI A MARGINE DELLA 2^A CONFERENZA SULLA QUALITÀ DI COPENHAGEN

Denita Cepiku

Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche - Università di Roma Tor Vergata

SOMMARIO: 1. Introduzione: la 2^a Conferenza sulla qualità nelle Pubbliche amministrazioni dell'Unione europea - 2. Approccio metodologico adottato per l'analisi dei casi - 3. L'*Organización Nacional de Transplantes* (Spagna) e la valutazione del processo di donazione degli organi - 4. Strumenti e metodi di accreditamento per la modernizzazione degli ospedali di Parigi (*Assistance Publique des Hôpitaux de Paris*) - 5. La *Hovedstadens Sygehusfællesskab* e la riforma dei servizi ospedalieri di Copenhagen, 1995-1999 - 6. Considerazioni conclusive.

This article develops three good practices presented at the 2nd Quality Conference for Public Administrations in the European Union. The Health Sector Panel was presented by Blanca Miranda (Spain), Deputy Director General of the National Transplant Organisation, Martine Dupont-Guesnier (France), Director in charge of the Modernisation of Paris' Hospitals and Lone de Neergaard, Director of Health Services, Copenhagen Hospital Corporation.

The three presentations all described how organisations within the health sector in all three countries have had to introduce quality improvement systems, to reorganise and restructure themselves, so as to become better adjusted to the demands placed upon them. The focus has, amongst other things, been on making the hospitals capable of documenting their processes, working practices and products, so as to allow the quality of all stages to improve.

1. Introduzione: la 2^a Conferenza sulla qualità nelle Pubbliche amministrazioni dell'Unione europea

Si è svolta, dal 2 al 4 ottobre 2002 a Copenhagen, la 2^a Conferenza sulla qualità nelle Pubbliche amministrazioni degli stati membri dell'Unione europea.

L'idea di una conferenza a livello comunitario sulla qualità dei servizi pubblici è partita dall'incontro dei ministri responsabili della Funzione pubblica dei paesi membri, tenuto nel 1998 durante la presidenza austriaca. La prima edizione della conferenza, organizzata nel maggio del 2000 a Lisbona dalla presidenza portoghese, ha raccolto le esperienze di modernizzazione della pubblica amministrazione dei quindici. Queste esperienze non sono state abbandonate ma monitorate

e diffuse nell'ambito dei gruppi di lavoro del *Public Administration Network*. È in questo *continuum* che si colloca la 2^a Conferenza sulla qualità tenutasi a Copenhagen nell'ottobre del 2002.

La Conferenza di Copenhagen si sviluppa attorno a tre temi principali che sono l'*innovazione*, il *cambiamento* e le *partnership*, che riassumono l'enorme massa di informazione diffusa dalla Conferenza attraverso sessioni plenarie, *workshop* e spazi aperti per la discussione.

L'idea che percorre tutta la Conferenza è quella di un salto di qualità compiuto dalla pubblica amministrazione negli ultimi anni; un salto da singole iniziative di innovazione, cambiamento e *partnership* all'esigenza di sviluppare una capacità autonoma e permanente di innovazione. In questo

contesto gli stessi concetti di innovazione, cambiamento e *partnership* meritano ulteriore specificazione.

Infatti:

— il concetto di *innovazione* è da intendersi come sviluppo di capacità di cambiamento interne all'amministrazione piuttosto che come la semplice implementazione di una nuova idea;

— il *cambiamento* non è il «big bang» che ha avuto luogo negli ultimi dieci anni ma diventa una dimensione permanente della vita dell'amministrazione e deve essere costantemente gestito e alimentato;

— le *partnership* rendono possibile tutto ciò, considerata la capacità limitata dell'amministrazione di gestire il cambiamento e l'innovazione con le proprie risorse e con le proprie conoscenze. L'amministrazione pubblica

si concentra sul suo vantaggio comparato e fa affidamento sulle *partnership*, considerate qualcosa di più di un insieme di contratti. Questo vale per le *partnership* interne, tra *management* e *staff* e tra diversi livelli di pubblica amministrazione, e per quelle esterne con il settore privato o *non profit*. Senza voler sottovalutare la *partnership* più importante: quella tra pubblica amministrazione e cittadini-utenti.

La tabella 1 fornisce una lista delle buone pratiche selezionate da ogni paese e presentate nell'ambito della Conferenza.

La Conferenza è stata strutturata in sessioni tematiche, sessioni settoriali (tra le quali un posto importante ha occupato la sanità) e *workshop*.

Le *sessioni tematiche* della Conferenza hanno affrontato temi quali:

— le dinamiche della riforma del settore pubblico;

— i programmi e le prospettive di modernizzazione della pubblica amministrazione;

— la riforma amministrativa dei paesi candidati ad entrare nell'Unione europea;

— le *partnership* pubblico-privato-*non profit* nell'erogazione dei servizi;

— il coinvolgimento attivo dei dipendenti.

L'ultimo giorno della Conferenza è stato dedicato ai *thematic and sector panels*.

Numerosi sono stati gli esempi pratici di innovazione, cambiamento e *partnership* nel settore sanitario. La conferenza ha, infatti, dedicato uno spazio apposito alla sanità dove sono state presentate alcune buone pratiche quali:

— la valutazione del processo di donazione di organi e l'*Organización Nacional de Transplantes* (Spagna), presentata da Blanca Miranda, vice direttore generale dell'Organizzazione;

— strumenti e metodi di accreditamento per la modernizzazione degli

Tabella 1 - Buone pratiche nazionali presentate nella 2ª Conferenza sulla qualità nelle Pubbliche amministrazioni degli stati membri dell'Unione europea

Austria	The Federal Agency for Welfare and the Disabled Office of Public Order in Salzburg City of Feldkirch
Belgio	The Crossroads Bank for Social Security The Department for Welfare, Public Health and Culture of the Ministry of the Flemish Community The Municipality of la Louvière
Danimarca	The National Directorate of Labour Aarhus County Horsens Kommune: Organisation Case and Project WorkPlace <i>Vincitore del premio EFQM 2000: Public Employment Service, Ringkoebing</i>
Finlandia	Safety Technology Agency (TUKES) Armoured Brigade Office Facilities Administration of the city of Turku
Francia	Ministry of Agriculture and Fishery Net-entreprises.fr Cour des Comptes Ministry of Justice
Germania	Federal Statistical Office District Government of Hannover Administrative District of Ebersberg
Grecia	TAXIS system Integrated System for Public Service Delivery. Ministry of Interior
Irlanda	Revenue Online Service [ROS] Land Registry Electronic Access Service Meath County Council
Italia	Ministry of Economy and Finances Emilia Romagna Region Trieste Council - Social & Health Service
Lussemburgo	Police Grand Ducale Administration of the Land register and of Topography (ACT)
Norvegia	Statens Pensjonskasse How to expose public services to competition in the City of Oslo? Sørum commune
Olanda	National Police Force (KLPD in Dutch) University of Utrecht Medical Centre (UMC) Friesland College
Portogallo	National Institute of Industrial Property Municipality of Abrantes
Regno Unito	Finance and Benefits (FAB) team HM Prison Holm House Thomas Telford School
Spagna	Spanish National Transplant Organisation The government body of the region of Valencia Logroño City Council
Svezia	The Swedish National Police Service The National Agency for Education University of Umeå
Commissione europea	The European Commission's Programme of Administrative reform The European Commission's Internal Control and Risk Self Assessment methodology The European Commission's Joint Research Centre

ospedali di Parigi (*Assistance Publique des Hôpitaux de Paris*), descritta da Martine Dupont-Guesnier, direttore generale del programma (Francia);

— la *Hovedstadens Sygehusfællesskab* (Danimarca) e la riforma ospedaliera di Copenhagen, 1995-1999, presentata da Lone de Neergaard, direttrice dei servizi sanitari.

I relatori hanno descritto i processi di riorganizzazione e ristrutturazione delle aziende sanitarie pubbliche di fronte ad una domanda in continua evoluzione.

Obiettivi dei processi di innovazione e cambiamento sperimentati in questi paesi sono stati, fra l'altro, quelli di rendere gli ospedali in grado di documentare e rilevare i processi operativi, le modalità di lavoro e i prodotti, in modo da consentire un miglioramento della qualità di tutte le fasi del processo aziendale.

Martine Dupont-Guesnier (Francia) ha enfatizzato le crescenti difficoltà di adeguamento al mutamento della domanda esterna di servizi sanitari. Le innovazioni tecnologiche affiancate alla scarsità sempre maggiore di risorse — inclusa la difficoltà ad assumere dottori ed infermieri — nonché le domande crescenti che i nuovi metodi di trattamento implicano, creano nuove pressioni sul settore sanitario obbligandolo a cambiare in più direzioni. Una risposta alla variabilità della domanda esterna è stata l'introduzione di nuove politiche e l'introduzione dei contratti come strumenti innovativi di gestione. Anche il personale amministrativo si trova a giocare un rinnovato ruolo in questo scenario mutato: da vertice decisore di strutture gerarchiche, esso si trova a dover ottimizzare i processi operativi di strutture a matrice e a conferire autonomia alle risorse umane in modo che siano queste ultime a trovare le soluzioni ottimali. Questo cambiamento non è affatto facile dato che sposta il punto di

equilibrio dei poteri dentro l'azienda e indebolisce quella parte dell'autorità dei *manager* legata alla posizione gerarchica dentro la struttura.

2. Approccio metodologico adottato per l'analisi dei casi

La letteratura tende a distinguere tra qualità nel settore privato e qualità nel settore pubblico (Löfller, 2001; Pollitt, Bouckaert, 1995; PUMA/OECD, 1994). Diverso ancora è il concetto di qualità in ambito sanitario. La produzione dei servizi sanitari è, sia tecnicamente sia dal punto di vista organizzativo, un'attività complessa che: (a) richiede conoscenze professionali molteplici, che implicano, al contempo, la differenziazione specialistica e l'integrazione multidisciplinare; (b) prevedono l'erogazione di servizi dedicati alle specifiche esigenze del paziente; (c) è intangibile e dagli effetti critici; (d) richiede un'elevata congruità tra esigenze del paziente e specificità dei servizi erogati, in presenza di asimmetria informativa che limita la scelta del destinatario dei servizi; (e) si effettua in grandi organizzazioni fondate su conoscenze e competenze professionali dei singoli richiedendo al contempo un funzionamento a livello di sistema (Brusoni, 2001). Inoltre, mentre «per altri tipi di bisogni le persone hanno una più elevata autonomia di giudizio e una maggiore capacità di valutare ciò che è effettivamente utile per soddisfarli, con riguardo ai bisogni di salute vi sono elementi tecnici e fattori psicologici che creano un più forte ed accentuato grado di dipendenza del paziente dal medico e da altri professionisti: questa situazione aumenta l'utilità di sistemi di comparazione dei risultati e di valutazione» (Borgonovi, 2000).

La qualità, anche se limitata all'ambito sanitario, rimane un concetto generale che abbisogna di alcune speci-

fizzazioni. In particolare, le teorie, gli approcci e le metodologie adottate in varie esperienze italiane ed internazionali sono spesso radicalmente differenti e richiedono una chiave di lettura che ne evidenzii i tratti salienti. Di seguito si propone una tabella sinottica elaborata a partire dalla letteratura che verrà adottata come modello interpretativo e descrittivo dei tre casi oggetto del presente articolo.

La tabella 2 riassume quattro *driver* di lettura così come individuati dalla letteratura (Donabedian, 1990; Elefanti, 1998; Elefanti *et al.*, 2001; Bucci, Loiodice, 1996).

Quali elementi sono presi in considerazione (struttura, processo, esito)?

Donabedian ha suddiviso oramai classicamente gli oggetti da valutare in struttura, processi ed esito. Per *struttura* si intende il complesso delle risorse umane, fisiche, tecniche, finanziarie, organizzative utilizzate per il funzionamento dei servizi sanitari (1). Il *processo* riguarda l'attività che nell'ambito dell'assistenza sanitaria coinvolge operatori e pazienti. L'*esito*, infine, è il cambiamento dello stato di salute per effetto dell'attività sanitaria ma anche del grado di conoscenza della propria malattia. Da molti anni si è evidenziata nel mondo sanitario la necessità di strumenti adeguati per una valutazione oggettiva della qualità. Gli strumenti valutativi utilizzati per primi erano funzionali alle esigenze dei professionisti, e quindi focalizzati esclusivamente sulla qualità tecnico-professionale. Da qualche decennio l'attenzione si è venuta spostando sugli aspetti organizzativi, anche per il crescere di complessità delle strutture e dei sistemi sanitari. Più recentemente, alla fine degli anni '80, la ricerca si è maggiormente attivata sugli indicatori, in particolare quelli di

processo e di esito (OECD, 2003; ASSR, 2002).

A titolo di esempio, l'accreditamento prende ad oggetto la struttura, mentre l'EFQM segue i principi di Donabedian valutando sia la strategia, sia i processi e sia, infine, l'esito.

Quali sono i soggetti con riferimento ai quali viene valutata la qualità (gli utenti, i professionisti, i manager)?

La qualità per l'utente si riferisce a ciò che gli utenti richiedono dal servizio, anche in funzione del confronto sistematico con l'offerta di servizi realizzata da altri operatori. La qualità del professionista è ciò che i professionisti definiscono essere necessario all'utente in termini di servizio da erogare, di tecniche da adottare, e di procedure da seguire. Per giungere ad una efficace definizione del profilo della qualità sul piano professionale è necessario considerare due profili di indagine, ossia la qualità dell'outcome e la qualità del processo (Elefanti, 1998). Infine, la qualità del management garantisce un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse nell'ambito delle regole istituzionali del sistema di appartenenza.

Così, per esempio, l'EFQM e la certificazione ISO sono metodi chiaramente orientati all'utente e strumenti al servizio del management. La *visitatione* e l'*audit* professionale sono metodi che coinvolgono principalmente il personale medico.

Qual è la collocazione del soggetto che effettua la valutazione?

Come vedremo anche dai casi, la valutazione interna e quella esterna sono spesso reciprocamente funzionali. Infatti, nel caso in cui l'attività di monitoraggio interno, basata su criteri pubblicati, diffusi e riconosciuti avvenga in

modo ricorrente, l'azienda è altresì in grado di produrre informazioni statistiche sulle proprie *performance* che può utilizzare sia con finalità manageriali interne, sia per comunicazioni esterne o per ottenere riconoscimenti. L'accreditamento, la certificazione ISO 9000, il modello dell'*European Foundation for Quality Management* e la *visitatione* sono alcuni dei sistemi descritti in letteratura per sottoporre a valutazione esterna un'azienda sanitaria (Heaton, 2000; Gardini, 1999; Shaw, 2000) (2).

Quali sono le finalità del sistema di qualità?

Le finalità possono essere quelle di valutare l'ottemperanza ai requisiti specifici del modello (ISO 9000); la comparazione con il modello ai fini

del miglioramento organizzativo (per esempio l'EFQM); il confronto con i criteri del modello per il posizionamento o la selezione nel settore analizzato.

Questa classificazione non è naturalmente esaustiva dei molteplici sistemi di miglioramento della qualità, ma risulta utile ai fini della lettura dei casi pratici che ci apprestiamo ad introdurre.

3. L'Organizzazione nazionale tra-pianti (Spagna) e la valutazione del processo di donazione degli organi

Il processo di decentramento istituzionale spagnolo, avviato con la Costituzione del 1978, può considerarsi uno dei fattori che ha innescato la riforma del sistema sanitario in senso

Tabella 2 - Modello di interpretazione dei casi

Oggetto del sistema di qualità	
	Struttura Processo Esito
Destinatari del sistema di qualità	
	Utenti Professionisti Manager
Collocazione del soggetto che effettua la valutazione	
	Interna Esterna
Finalità del sistema di qualità	
	Valutazione/miglioramento dei processi tecnici Ottemperare ai requisiti specifici del modello Posizionamento/selezione nel settore analizzato Miglioramento organizzativo

universalistico prevista dalla legge generale sulla sanità del 1986. Questa legge ha consentito a ciascuna Comunità autonoma di costituire e gestire un servizio sanitario per la Comunità e anche per gli enti locali minori che a loro volta possono, previa autorizzazione della Comunità, attivare e gestire servizi sanitari. Agli inizi del 2002 sette Comunità autonome avevano oramai competenza piena in materia di programmazione e gestione dell'assistenza sanitaria pubblica (per il 63 per cento della popolazione), mentre lo stato gestiva l'assistenza sanitaria per le altre 10 Comunità (per il 38 per cento della popolazione) attraverso l'Insalud (*Istituto Nacional de la Salud*, ente pubblico dipendente dal Ministero della sanità). Il processo di delega dei poteri ha fortemente arricchito le possibilità di innovazione da parte delle regioni, nelle quali si è avuto tuttavia uno sviluppo diversificato, sia per ragioni storiche sia per il diverso livello di autonomia regionale di finanziamento.

L'Organizzazione nazionale per i trapianti è un'unità tecnico operativa del Ministero per la salute e la tutela dei consumatori che mira a coordinare le attività di donazione e trapianto, la rimozione, preservazione, allocazione, scambio e trapianto di organi e tessuti per l'intero sistema sanitario spagnolo. L'Organizzazione agisce quindi da agenzia di servizi per tutto il sistema sanitario nazionale col fine ultimo di promuovere la donazione e, quindi, incrementare la disponibilità di organi e tessuti destinati ai trapianti e garantire la distribuzione più corretta ed appropriata, coerentemente con il grado di conoscenza tecnica e con i principi etici di equità che prevalgono nell'attività di trapianto. La figura 1 illustra il trend delle donazioni in Spagna negli ultimi decenni.

L'Organizzazione (ONT) è stata creata nel 1989 in risposta a richieste

crescenti di soluzioni adeguate da parte del personale medico e delle associazioni dei malati rivolte al difensore civico, considerata la domanda di organi nel paese.

La sua struttura consiste di tre livelli di coordinamento — nazionale, regionale ed ospedaliero — che danno vita ad una rete funzionale che rende l'Organizzazione un modello di gestione esemplare studiato da altri programmi di trapianto in altri paesi e da istituzioni internazionali. La figura 2 descrive graficamente la struttura dell'ONT.

Il *Coordinamento nazionale* è un ufficio centrale con sede a Madrid composto da un gruppo di professioni-

sti (5 dottori e 9 infermieri) e da personale non medico (1 biologo e 6 assistenti amministrativi). Il *team* così composto svolge, fra le altre, *funzioni operative* — coordina il processo di donazione e trapianto, gestisce ed aggiorna la lista d'attesa del trapianto degli organi, applica i criteri di allocazione — *regolatorie* — produce regolamenti e rapporti — *di ricerca* — promuove e coordina studi di più centri e progetti di ricerca riguardanti trapianti e donazioni, analizza dati statistici relativi alle attività di donazione e trapianto — e *di informazione e comunicazione* — diffonde informazioni relative a donazioni e trapianti ai medici e all'intera popolazione, partecipa

Tabella 3 - Indicatori del sistema sanitario spagnolo

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Spesa sanitaria <i>pro capite</i> (\$ PPP)	1184	1238	1294	1384	1469	1556
% spesa sanitaria totale/PIL	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,4
% spesa sanitaria pubblica	70,9	71,1	71,1	70,5	70,2	69,9

Fonte: ASSR (2003).

Figura 1 - La donazione di organi in Spagna (numero assoluto e tasso di crescita annuo)

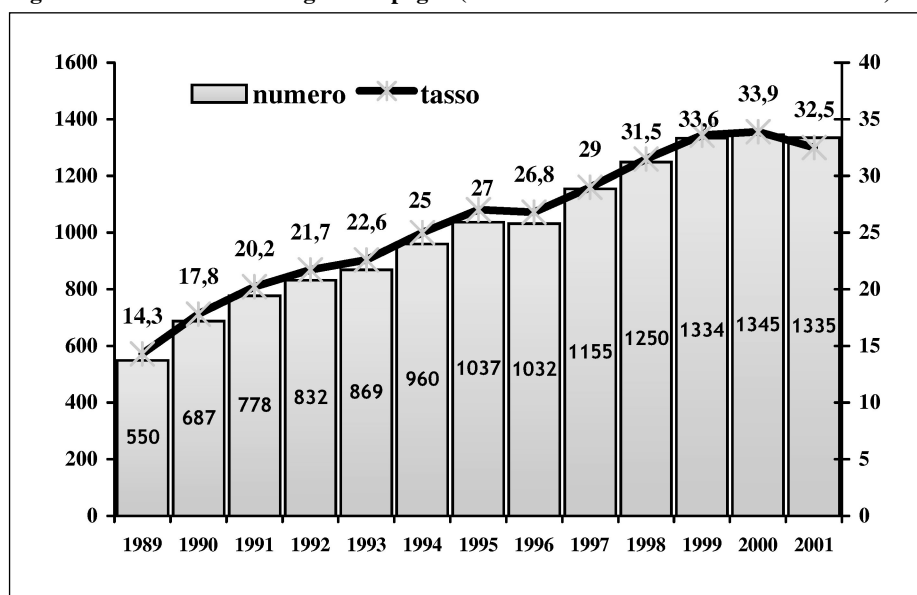
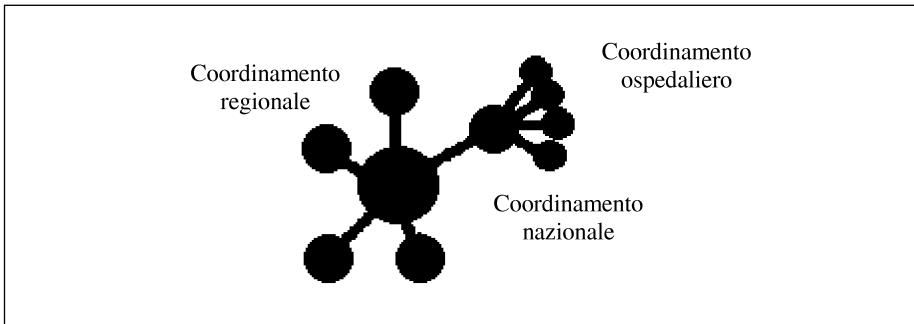


Figura 2 - La struttura dell'Organizzazione nazionale per i trapianti



e promuove corsi di formazione continua, ecc.

Il Coordinatore nazionale è la persona chiamata a gestire l'ONT e ad agire da nesso tra autorità sanitarie locali, nazionali ed europee, tra operatori sanitari, tra vari *stakeholders* interessati nelle attività di donazione e trapianto e la popolazione in generale.

Il *Coordinamento regionale* si svolge nell'ambito della Commissione permanente per il trapianto di organi e tessuti del Sistema sanitario nazionale. Ognuna delle diciassette Comunità autonome ha un proprio rappresentante in questa Commissione. Ogni questione riguardante i trapianti che interessa più di una Comunità autonoma è discussa nell'ambito di questo *forum*. La Commissione ha a sua disposizione un Comitato per la risoluzione dei Conflitti e un Comitato per la trasparenza, il cui compito è quello di assicurare l'integrità del sistema di coordinamento.

Il Coordinatore regionale ha le stesse funzioni e gli stessi poteri a livello regionale di quelli del Coordinatore nazionale a livello statale. Ciò significa che esso agisce da legame tra diverse autorità sanitarie e non, professionisti in campo sanitario e l'intera popolazione. Nelle Comunità autonome, alle quali è stata trasferita la gestione di tutti i servizi sanitari, i coordinatori regionali sono altresì responsabili del coordinamento delle risorse, delle atti-

vità di informazione e promozione, ecc. Vale la pena notare che questa attività è spesso svolta dai coordinatori parallelamente all'attività quotidiana di assistenza sanitaria nell'ambito della propria specializzazione medica professionale.

Il *Coordinamento ospedaliero* è svolto attraverso 140 gruppi distribuiti negli ospedali di tutta la Spagna. Nei centri che effettuano solo l'espianto, il coordinamento è in genere svolto da un'unica persona, mentre nei centri che effettuano sia l'espianto che il trapianto e che agiscono da ospedali di riferimento, il coordinamento dei trapianti è intrapreso da un *team* di medici ed infermieri. Il loro compito è quello di trasformare tutti i donatori di organi potenziali in donatori effettivi ed avviare così l'attività di trapianto. Quando l'espianto è multi-organo, il coordinatore si mette in contatto con l'Ufficio di coordinamento nazionale.

Il Coordinatore che agisce a livello di singolo ospedale è un operatore sanitario professionale responsabile per l'intero processo di donazione e risponde direttamente al direttore sanitario e al direttore amministrativo. Generalmente la sua attività è combinata con il lavoro svolto giornalmente in modo che egli mantenga i contatti con l'ospedale e che la sua attività di coordinamento non le causi problemi professionali in caso di abbandono della stessa.

3.1. Il programma per la qualità

L'impegno positivo dei *team* di coordinamento, principalmente a livello di ospedale, ha reso possibile affrontare e superare alcuni problemi come donatori non diagnosticati, gestione delle donazioni, approccio alle famiglie dei donatori e aspetti organizzativi del recupero degli organi.

Ciononostante, la domanda crescente di organi si traduce in un aumento delle liste d'attesa e del tasso di mortalità degli iscritti in queste liste. Bisogna, quindi, evitare che un donatore potenziale sia perso a causa di una erronea valutazione, della mancanza di referto o di un approccio sbagliato alla famiglia del potenziale donatore.

Il processo di donazione e trapianto di organi è un processo lungo e complesso che richiede una valutazione continua in grado di evidenziare quando, dove e perché un donatore potenziale viene perduto e, conseguentemente, agire nel modo più opportuno, identificando le aree di miglioramento.

Il programma ha cercato, quindi, di perseguire i seguenti obiettivi:

- definire la disponibilità potenziale di organi in base alle caratteristiche del singolo ospedale

- evidenziare i gap che si vengono a creare nel processo di donazione ed analizzare le cause e gli effetti in termini di perdita di donatori potenziali, nonché identificare le aree di miglioramento

- identificare quelle caratteristiche dell'ospedale che, più delle altre, influenzano gli *outcome* del processo di donazione e trapianto di organi.

Il metodo adottato è quello dell'*audit* attraverso due fasi del processo di donazione e recupero di organi. La prima fase riguarda la realizzazione di un processo di *audit* interno da parte del *team* di coordinamento ospedaliero. La seconda fase consiste nel pro-

cesso di *audit* esterno ad opera di *team* di coordinamento di altri ospedali diversi da quello sottoposto a controllo.

L'*audit interno* riguarda la revisione da parte del Coordinatore di tutte le cartelle cliniche delle persone decedute nel reparto di terapia intensiva. Questo consente di stabilire quante delle suddette sono morti encefaliche, quante sono state diagnosticate dal Coordinatore dei trapianti e quante no, e le cause della mancata diagnosi. Vengono, inoltre, analizzati i casi in cui la morte encefalica è stata diagnosticata ma il donatore potenziale non è divenuto donatore effettivo.

Per la raccolta e l'analisi dei dati, impiegati nella fase di *audit* interno, vengono usati tre tipi di registri, nei quali è necessario annotare dati generali riguardanti l'ospedale e dati specifici del reparto di terapia intensiva. Il materiale sviluppato nella fase di *audit* interno include:

Un foglio dati individuale (nella figura 3 viene rappresentata sinteticamente una sezione del foglio dati individuale)

Il foglio viene compilato per ogni morte encefalica clinicamente diagnosticata.

I dati individuali vengono trasmessi ad aprile, giugno, ottobre e gennaio all'ONT.

Il foglio mostra il processo di donazione nella forma di un flusso rappresentato in tre fasi (a ciascuna delle quali corrispondono tre domande). In questo modo, una volta identificato il punto di interruzione, la causa di essa deve essere descritta nel foglio scegliendo tra le diverse opzioni presenti.

Inoltre, il foglio dati include alcune domande riferite alla famiglia del donatore e al consenso espresso dal medico legale, nonché alcune domande demografiche riguardanti il donatore.

Un foglio dati del reparto di terapia intensiva

Questo foglio raccoglie informazioni relative alle morti nel reparto di terapia intensiva quali numero di morti, morti encefaliche e donatori di organi. Il foglio viene compilato per ogni reparto nel caso esistano più di una nel ospedale e viene trasmesso trimestralmente all'ONT.

Un foglio dati dell'ospedale

Inoltre, vengono raccolti annualmente dati relativi all'ospedale che si riferiscono alla mortalità, al numero di letti, alle procedure di neurochirurgia, ai pazienti ammessi nel reparto di terapia intensiva e nel pronto soccorso, ecc.

Tutti questi fogli sono trasmessi all'Organizzazione nazionale per i trapianti che filtra i dati e le introduce nelle sue banche dati. Questo serve per calcolare alcuni semplici indicatori che consentono di valutare i risultati e di confortarli tra di loro.

L'*audit esterno*, invece, è svolto da due medici (coordinatori dei trapianti

e intensivisti) provenienti da altri ospedali, che vengono assistiti nella loro attività di valutazione dal direttore amministrativo e dal *team* di coordinamento dell'ospedale valutato. Un requisito, affinché l'ospedale venga sottoposto al *audit* esterno, è quello che esso faccia parte da almeno un anno al programma per la qualità.

L'*audit* esterno persegue i seguenti obiettivi:

1) verificare se la revisione delle cartelle cliniche e la raccolta dei dati sia avvenuta in modo corretto e verificare se i dati riferiti annualmente e riguardanti l'ospedale corrispondono ad altre informazioni ricevute;

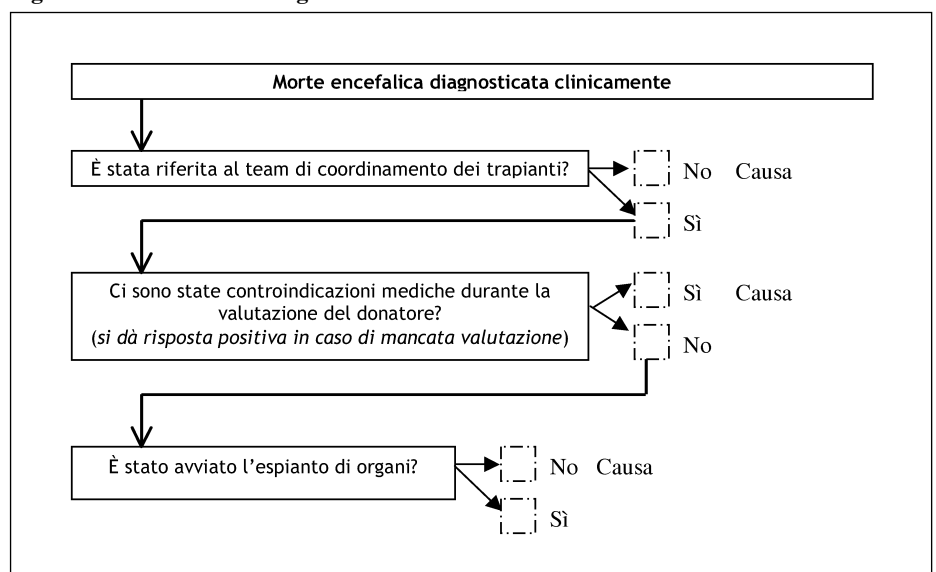
2) valutare l'efficacia dell'implementazione del programma per la qualità nell'ospedale in questione:

— verificare il numero di decessi diagnosticati clinicamente come morti encefaliche;

— definire i decessi corrispondenti a donatori potenziali, nel caso in cui manchino informazioni precedenti;

— se il processo di donazione è stato interrotto senza che l'espianto

Figura 3 - Una sezione del foglio dati individuale



sia avvenuto, verificare il punto e le cause della interruzione;

— verificare le autorizzazioni richieste;

3) evidenziare le aree dove il miglioramento è possibile e fornire suggerimenti e raccomandazioni ai coordinatori dell'ospedale e al direttore amministrativo affinché la qualità del processo di donazione e trapianto venga migliorata.

Gli ospedali sono stati classificati in tre categorie in base all'esistenza o meno di alcune attrezzature:

— *ospedali di tipo 1*: grandi centri di riferimento dotati di tutte le attrezzature mediche 24 ore al giorno, inclusa la neurochirurgia e i servizi di trapianto di organi solidi;

— *ospedali di tipo 2*: centri comprendenti la neurochirurgia ma senza le attrezzature necessarie per il trapianto;

— *ospedali di tipo 3*: centri che non possiedono né la neurochirurgia né i servizi di trapianto.

La metodologia è simile a quella impiegata per l'*audit* interno. È basata sulla revisione di tutte le cartelle cliniche delle persone decedute nel corso dell'anno nei diversi reparti di terapia intensiva dell'ospedale. Esistono alcuni foglio specifici ed un manuale di procedura per la raccolta delle informazioni. L'ONT ha progettato un software in grado di elaborare automaticamente un rapporto di valutazione dopo aver introdotto i dati necessari. Il rapporto viene trasmesso al *team* di coordinamento dell'ospedale, ai direttori, al coordinamento regionale e all'ONT.

3.2. Risultati raggiunti e risultati attesi dall'implementazione del Programma per la qualità

Il numero degli ospedali che hanno partecipato al Programma è aumentato di anno in anno passando da

42 nel 1998, a 62 nel 1999 e a 70 nel 2000.

Il Programma ha risposto così ai tre obiettivi preposti di cui sopra:

1) *verificare la donazione potenziale negli ospedali*. Il Programma ha permesso di conoscere per ogni ospedale la capacità generatrice delle morti encefaliche e l'efficacia globale del processo (percentuale di morti encefaliche che divengono donazioni effettive). Le morti diagnosticate clinicamente come encefaliche costituiscono il 15 per cento di tutti i decessi nei reparti di terapia intensiva presso i reparti di neurochirurgia e il 7,5 per cento negli ospedali non dotati di attrezzature di neurochirurgia. L'efficacia globale nel primo tipo di ospedali era del 49 per cento mentre nei secondi del 38 per cento;

2) *risalire alle principali cause di perdita di donatori potenziali nel corso del processo*. Le cause sono illustrate nella figura 4 attraverso l'informazione ottenuta dal processo di *audit* interno. L'*audit* esterno ha consentito, invece, di evidenziare i punti di miglioramento dato che alcune perdite potevano essere evitate ed erano dovute ad: un debole sistema di

diagnosi; a controindicazioni mediche erronee; a problemi connessi alla manutenzione emodinamica del donatore;

3) l'attività di neurochirurgia è tra i fattori che incidono maggiormente sulla capacità di avere donatori potenziali di organi (si veda la figura 5).

I risultati attesi dal Programma per la qualità si basano sull'informazione che si può ottenere confrontando i risultati dell'*audit* interno e di quello esterno come evidenziato nella figura 6.

I risultati attesi saranno raggiunti esclusivamente attraverso alcuni miglioramenti tecnici (ossia, senza mutare il tasso di rifiuto da parte delle famiglie) che consistono nel miglioramento del sistema di diagnosi, nell'aggiornamento dei criteri di rigetto dei donatori potenziali e nel ridimensionamento dei problemi di manutenzione emodinamica qualora evitabile. Attraverso questi interventi mirati, individuati attraverso il raccordo delle attività di *audit* interno e quelle di *audit* esterno, nei prossimi anni l'efficacia del processo potrebbe aumentare del 7 per cento.

Figura 4 - Tendenza delle morti encefaliche (risultati dell'*audit* interno per tutti gli ospedali, 1998-2000)

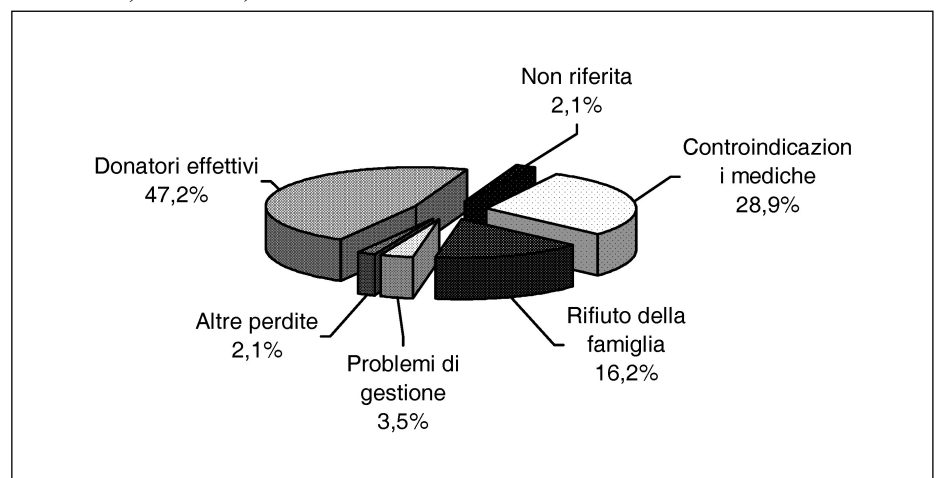


Figura 5 - Tendenze delle morti encefaliche (risultati dell'audit interno in ospedali, rispettivamente, con neurochirurgia e senza neurochirurgia, 1998-2000)

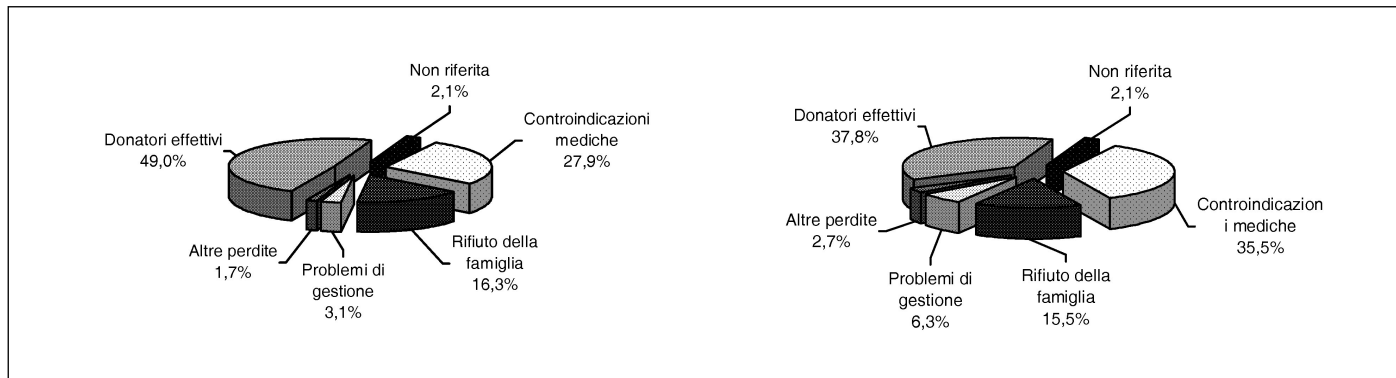
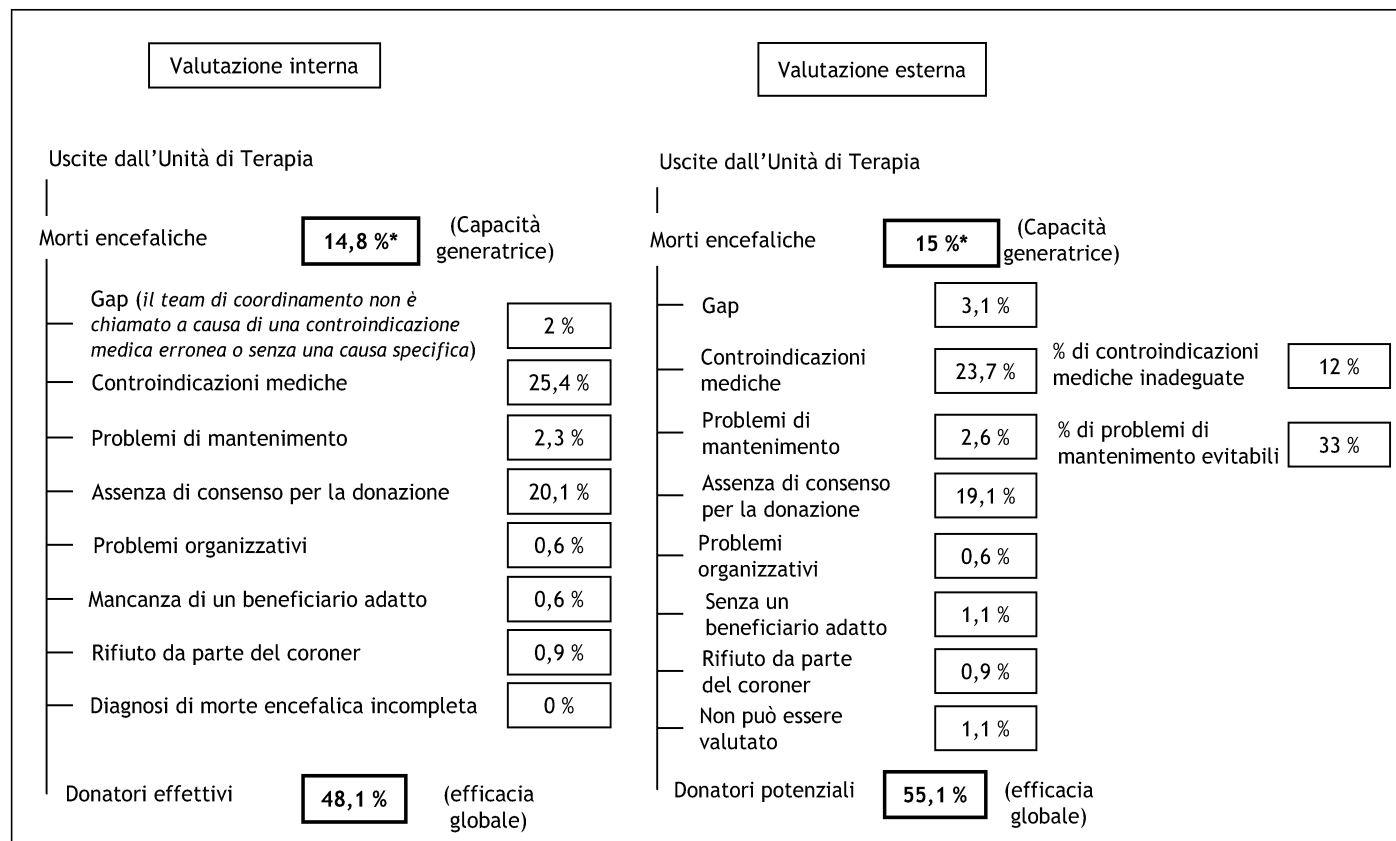


Figura 6 - Programma per la qualità: risultati attesi



Risultati attesi dal programma per la qualità 7%

* Si riferisce a tutti i decessi avvenuti, mentre le altre percentuali si riferiscono solo alle morti encefaliche.

4. Strumenti e metodi di accreditamento per la modernizzazione degli ospedali di Parigi (*Assistance Publique des Hôpitaux de Paris*)

La procedura di accreditamento è stata introdotta nel sistema sanitario francese con l'*ordonnance* n. 96-346 dell'aprile 1996 riguardante la riforma ospedaliera. Alla base della introduzione di questo istituto vi è la volontà di affermare la logica di miglioramento continuo della offerta sanitaria e la centralità del paziente, nei percorsi cui deve sottoporsi, nel coordinamento delle cure che gli sono fornite, rispetto alla sua soddisfazione. La riforma del 1996 ha previsto che tutte le strutture, pubbliche e private, che erogano servizi sanitari (tranne la medicina generale) debbano sottoporsi alla procedura di accreditamento entro il 2002. Per il periodo dal 1996 al 2001 è stata prevista la possibilità per gli ospedali di sottoporsi «su base volontaria» al processo di accreditamento. Dal 2002, esaurita questa prima fase, l'accREDITamento è divenuto un processo in sostanza obbligatorio. L'*Agence Régionale de l'Hospitalisation* è incaricata infatti di imporre l'avvio dell'accREDITamento degli ospedali in difetto (3).

L'*ordonnance* del 1996 dà una definizione di accREDITamento consone ai concetti sviluppati a livello internazionale. L'accREDITamento è definito come un *peer-review* esterno all'azienda realizzata da personale medico, indipendente, per il raggiungimento di determinati fini, e finalizzato alla valutazione della qualità dell'azienda con l'aiuto di indicatori, di altri strumenti e nel rispetto del quadro normativo di riferimento.

L'*ordonnance* del 1996 ha previsto l'istituzione di un organo tecnico per l'implementazione dell'accREDITamento e lo sviluppo della qualità all'interno del servizio sanitario francese: l'*Agence Nationale d'Accrédita-*

tion and d'Évaluation en Santé (ANAES). Essa ha un ruolo di guida nella procedura di accREDITamento: stabilisce le norme di riferimento per valutare le strutture, le procedure ed i risultati in termini di miglioramento della salute e di soddisfazione del paziente, ed assicura la coerenza e la validità delle metodologie. Ulteriore ruolo dell'ANAES è quello di fornire supporto ed assistenza alle aziende sanitarie nella predisposizione delle linee guida, della codifica delle prestazioni e nella formazione della procedura di valutazione. I membri del *board* dell'agenzia sono di nomina ministeriale e per tre quarti appartengono alle professioni sanitarie. La scelta di coinvolgere il più possibile le professioni sanitarie non è casuale ma volta a controbilanciare la forte iniziativa governativa che è stata alla base dell'introduzione dell'accREDITamento.

La procedura di accREDITamento è descritta in un manuale che contiene gli obiettivi e i principi del processo di accREDITamento e una serie di *standard* rispetto ai quali il progresso in termini di qualità viene valutato da ogni azienda (ANAES, 1999).

La versione sperimentale del manuale è stata applicata a 40 aziende sanitarie (1998). In futuro si intende introdurre gradualmente gli indicatori di performance e di ampliare i campi di applicazione dell'accREDITamento. Il manuale per l'accREDITamento si compone di tre parti. La prima è dedicata ai pazienti e alla loro assistenza (informazioni, documentazione clinica, organizzazione delle modalità assistenziali). La seconda parte è dedicata alla gestione e all'organizzazione dei servizi (gestione dell'organizzazione e dei suoi settori, delle risorse umane, della logistica, del sistema informatico). La terza parte riguarda la qualità e la prevenzione (gestione della qualità e prevenzione del rischio, programmi

di prevenzione e sicurezza trasfusionale, monitoraggio, prevenzione e controllo del rischio di infezione).

L'accREDITamento persegue quindi i seguenti obiettivi:

— valutazione della qualità e della sicurezza dell'assistenza erogata;

— valutazione della capacità dell'azienda sanitaria di sostenere un miglioramento continuo in termini di qualità dell'assistenza offerta al paziente e dell'ospedalizzazione nel suo complesso;

— formulazione di raccomandazioni esplicite;

— coinvolgimento delle figure professionali in tutti i livelli di valutazione della qualità;

— riconoscimento esterno della qualità del processo terapeutico nelle aziende sanitarie;

— miglioramento della fiducia del pubblico nella struttura sanitaria.

L'accREDITamento si applica a tutte le aziende sanitarie, siano esse pubbliche o private. Attualmente, la procedura non riguarda le attività sociosanitarie, anche qualora avvengano dentro l'azienda sanitaria. La procedura di accREDITamento si applica a quelle attività svolte dalle aziende sanitarie che riguardano, direttamente o indirettamente, l'assistenza al paziente (per esempio, attività logistiche, attività tecniche, ecc.), mentre le attività di ricerca e di insegnamento non sono soggette all'accREDITamento.

Il modello francese di accREDITamento si basa su alcuni principi che ci soffermiamo brevemente ad esaminare.

Il focus è sul paziente: commenti e livello di soddisfazione dei pazienti e di altri utenti dell'azienda sanitaria (famigliari del paziente, il medico, ecc.) assumono un'importanza centrale nel corso della valutazione.

La *sicurezza* delle prestazioni erogate è una delle dimensioni principali della qualità dell'assistenza e una del-

le principali aspettative che i pazienti hanno nei confronti del sistema sanitario. Negli ultimi anni, un aumento in termini di complessità dell'assistenza ospedaliera ha comportato un aumento del rischio potenziale per gli individui.

Il miglioramento continuo della qualità richiede la presenza di un sistema di gestione della qualità dentro l'azienda ed è il risultato di sforzi interni ad essa. Per questo risulta importante coinvolgere i professionisti e gli altri stakeholders che operano ogni giorno nelle aziende sanitarie.

Altri principi sono la continuità, condizionando l'ottenimento dei risultati all'impegno di medio-lungo periodo della struttura, l'oggettività dell'accREDITAMENTO dato che la valutazione si svolge in base a dei criteri precisi formulati dall'ANAES (*Agence Nationale d'Accréditation and d'Évaluation en Santé*) in collaborazione con i professionisti e la valutazione e miglioramento continuo del metodo di accREDITAMENTO. Riguardo quest'ultimo, l'ANAES sta sviluppando un sistema di monitoraggio in grado di misurare l'efficacia e i costi e evidenziare ogni problema o malfunzionamento del processo di accREDITAMENTO, anche alla luce dei risultati ottenuti dalla fase pilota, di commenti e consigli da professionisti delle aziende valutate e dell'analisi delle informazioni raccolte attraverso la stessa procedura di accREDITAMENTO.

Gli standard di accREDITAMENTO sono stati formulati attraverso un processo di revisione continua in collaborazione con i professionisti delle aziende sanitarie. La figura 7 illustra il suddetto processo.

La definizione delle aree alle quali fanno riferimento gli standard è stata compiuta attraverso l'analisi della letteratura e dei testi normativi, nonché considerando i risultati di alcune inda-

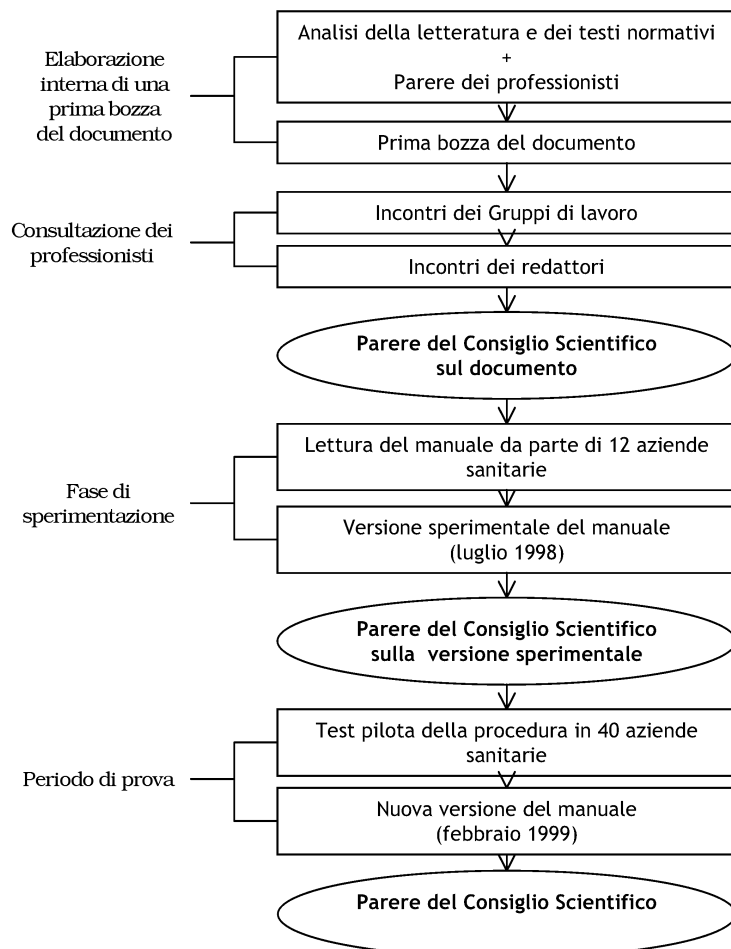
gini svolte presso i professionisti e gli utenti delle aziende sanitarie.

Successivamente, i gruppi di lavoro hanno abbozzato una prima versione degli standard che è stata testata su un campione composto da 12 aziende sanitarie di diversa dimensione, natura e tipo di attività che hanno aderito volontariamente alla fase sperimentale. Successivamente, la versione di luglio 1998 è stata sperimentata in 40 aziende sanitarie francesi.

La sezione accREDITAMENTO del consiglio scientifico ha monitorato il progresso e inviato osservazioni e commenti nel corso del processo di drafting degli standard.

Ogni gruppo di standard di accREDITAMENTO è strutturato in standard, criteri e indicatori di performance. Per ogni standard è impiegata una scala di valutazione di quattro livelli che consente di registrare l'autovalutazione e, successivamente l'indagine. I livelli variano dal primo (livello A) che significa che l'azienda sanitaria soddisfa pienamente lo standard in questione al quarto (livello D) che indica una non soddisfazione, nemmeno parziale, dello standard. Gli standard di accREDITAMENTO sono raggruppati secondo tre aggregazioni come risulta dalla figura 8.

Figura 7 - Il processo di definizione degli standard di accREDITAMENTO



Le aziende sanitarie devono avviare la procedura di accreditamento entro cinque anni dalla pubblicazione dello statuto del aprile 1996. Se un'azienda sanitaria non ha avviato il procedimento entro questi tempi l'agenzia ospedaliera regionale invia una richiesta formale di inizio della procedura. Tra una procedura di accreditamento e la successiva passano cinque anni a meno che non siano state richieste azioni di *follow-up*.

Entrambe le parti coinvolte nel processo di accreditamento devono osservare impegni quali massima confidenza, trasparenza e accuratezza dell'informazione fornita e accessibilità a informazioni e dati, obbligo di notificare situazioni o manchevolezze che possono compromettere la sicurezza del paziente (esiste l'obbligo di comunicare tempestivamente queste situazioni al direttore generale dell'ANAES e alle autorità competenti), obbligo a pagare un contributo finanziario per l'accredimento determinabile in base a due criteri (numero di giorni e numero di ispettori necessari per compiere l'accredimento) che dipendono in ultima istanza dalla dimensione dell'azienda sanitaria e dall'ampiezza delle sue attività cliniche.

La procedura di accreditamento prevede una prima parte di autovalutazione seguita da visite di verifica e da un *report* che valuta quanto la struttura si conformi agli *standard* previsti dal manuale. Si possono individuare otto fasi.

1) La procedura di accreditamento è avviata per iniziativa del direttore della struttura. Egli indirizza una domanda di impegno alla ANAES, accompagnata da un dossier di presentazione della struttura che descrive le sue attività, la sua organizzazione generale e la sua strategia per il miglioramento della qualità. L'agenzia può così definire lo svolgimento e la pro-

grammazione della procedura di accreditamento.

2) L'ANAES propone un «contratto di accreditamento» che riprende gli impegni presi ed invia i documenti di analisi necessari alla fase di autovalutazione. Il contratto elenca i principi e gli impegni assunti da entrambe le parti e contiene, inoltre, un programma per lo svolgimento della procedura, la durata dell'indagine, il numero degli ispettori e la composizione del gruppo.

3) La struttura effettua l'autovalutazione e trasmette i risultati all'ANAES. L'autovalutazione è un passo fondamentale del processo di accreditamento per il compimento del quale i professionisti dell'azienda sono assistiti da un manuale intitolato «Préparer et conduire votre démarche d'accréditation» basato sui risultati di test pilota in 40 aziende sanitarie nell'ultimo semestre del 1998.

4) Successivamente alla ricezione dei risultati dell'autovalutazione, un *équipe* di esperti esterni effettua la visita di accreditamento. La stessa *équipe* redige il rapporto degli esperti

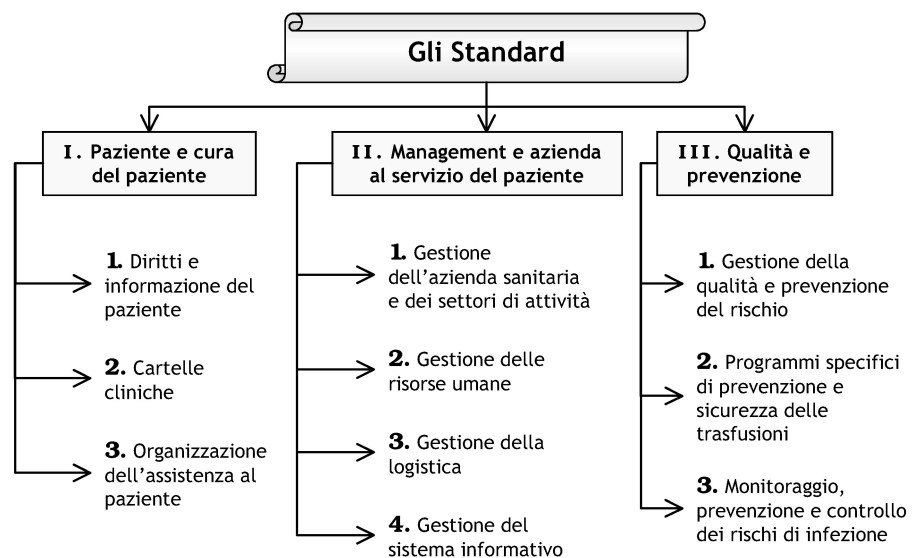
che certifica i risultati dell'autovalutazione.

5) Il rapporto degli esperti viene comunicato alla struttura affinché quest'ultima formuli le proprie osservazioni entro un mese dalla ricezione del rapporto.

6) Il rapporto degli esperti e le osservazioni della struttura sanitaria in questione vengono comunicate al Collegio di accreditamento dell'ANAES il quale esamina lo svolgimento della procedura, valida il rapporto di accreditamento, formula delle raccomandazioni, indica le azioni supplementari e determina il periodo di validità dell'accredimento (al termine del quale la struttura dovrà ripercorrere di nuovo tutto il procedimento). Le valutazioni del Collegio di accreditamento saranno formulate in base ad una forma graduata che specifica la natura delle misure successive che dovranno essere intraprese ed il lasso di tempo prima che la prossima procedura di accreditamento venga avviata. Si veda la tabella 4 per una presentazione sintetica.

7) Il rapporto di accreditamento è trasmesso dall'agenzia al direttore

Figura 8 - Gli standard di accreditamento



della struttura sanitaria nonché al direttore dell'agenzia regionale per l'ospedalizzazione competente.

8) Un rendiconto della procedura di accreditamento viene trasmessa dall'ANAES allo stabilimento. Tale rendiconto è consultabile su domanda sia dal pubblico sia dagli operatori sanitari interessati.

L'assistenza pubblica-ospedali di Parigi (*Assistance Publique des Hôpitaux de Paris*) è una «società pubblica della salute» (*établissement public de santé*) e costituisce il centro ospedaliero regionale ed universitario della regione dell'Ile-de-France. Nel 2001 essa raggruppava 41 ospedali, per un totale di 25.470 posti letto e circa 1 milione di pazienti

4.1. Storia ed evoluzione dell'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Istituita con la legge del 10 febbraio 1849, l'Amministrazione generale dell'assistenza pubblica di Parigi succede al Consiglio generale degli Ospizi Civili creato nel 1801 nel contesto della riorganizzazione delle strutture di cura della carità. Inizialmente amministrazione comunale autonoma incaricata di tutta la politica sanitaria e sociale con riferimento alla popolazione indigente di Parigi, l'assistenza pubblica gestisce una rete coordinata di servizi e di aziende sociali ed ospedaliere. Si possono schematicamente distinguere due grandi periodi nella storia dell'assistenza pubblica che riflettono il suo adattamento progressivo alle trasformazioni della società.

Fino agli anni '60, l'assistenza pubblica ha perseguito principalmente obiettivi sanitari e sociali per le classi povere della società. A partire dal 1960, l'assistenza pubblica è divenuta un grande servizio pubblico investito di una specifica missione nell'ambito

della cura, dell'insegnamento e della ricerca.

La legge del 1941, aprendo gli ospedali pubblici a tutti i cittadini, costituì un punto di rottura con la tradizione dell'ospedale di carità. La sicurezza sociale, creata nel 1945, portò all'ospedale importanti risorse che resero possibile la sua trasformazione: si passò progressivamente ad un polo di eccellenza medica caratterizzato da un elevato contenuto tecnico-scientifico. All'inizio degli anni '60, l'assistenza pubblica, criticata per l'eccessiva centralizzazione e per le sue dimensioni spropositate, conobbe una importante fase di riorganizzazione. Il decreto del 22 giugno 1961 definì il nuovo *status* dell'assistenza pubblica di Parigi. L'assistenza pubblica focalizzò così la sua missione sull'ospedale oramai investito di tre funzioni essenziali: la cura, l'insegnamento e la ricerca. Nel 1991, questo nuovo orientamento è stato ufficializzato

nella nuova denominazione assistenza pubblica - ospedali di Parigi (*Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, AP-HP*)

Per quanto riguarda *la cura*, a partire dagli anni 1960, l'organizzazione medica dell'assistenza pubblica fu profondamente trasformata. Le attività mediche e medico-tecniche furono sviluppate e strutturate. La specializzazione dei servizi, parallelamente allo sviluppo delle conoscenze, subì un'accelerazione a partire dalla riforma ospedaliera-universitaria del 1958. Le modalità della presa in carico dei malati furono conformate all'evoluzione delle pratiche terapeutiche e ai nuovi bisogni espressi dai pazienti. La durata media della degenza passò da più di venti giorni all'inizio del 1960 a meno di dieci giorni nel 1990. Più recentemente, (dati del 1997) essa ammonta a 7,5 giorni. Inoltre, si sono sviluppate nuove formule di ospedalizzazione: ospedalizzazione a domicilio,

Tabella 4 - Le valutazioni del Collegio di accreditamento

Valutazione	Azioni supplementari	Periodo di validità dell'accREDITAMENTO
Nessuna raccomandazione	La struttura sanitaria implementa il suo programma di qualità	5 anni
Con raccomandazioni	La struttura sanitaria produce un rapporto di <i>follow-up</i> delle raccomandazioni, che sarà esaminato nell'ambito della prossima procedura di accreditamento	5 anni
Con riserva	La struttura produce un rapporto delle attività di <i>follow-up</i> che invia all'ANAES entro un scadenza concordata	Meno di 5 anni
Con particolare riserva	La struttura sanitaria provvede a risolvere, entro una scadenza determinata, le questioni che sono state oggetto di riserva particolare	Meno di 5 anni e visite di controllo mirate sulle questioni oggetto di riserva particolare alla scadenza fissata

Fonte: ANAES, 1999.

day-hospital (hopitaux de jour), cure ambulatoriali.

Per ciò che concerne *l'insegnamento*, in seguito all'ordinanza del 30 dicembre del 1958, gli studi medici furono integrati agli ospedali delle città sedi delle facoltà di medicina. Parigi, data la rilevanza e la diffusa distribuzione dei servizi ospedalieri, fu divisa in più sezioni. Il 27 novembre 1968, la facoltà di medicina di Parigi fu scissa in dieci Unità di formazione e di ricerca (UFR), alle quali nel 1971 si aggiunse una undicesima unità. La AP-HP è legata per mezzo di convenzioni stipulate con queste undici UFR di medicina, di farmacia e di odontoiatria. Gli anni '60 e '70 si contraddistinguono per un accrescimento considerevole delle capacità di formazione, sia a causa delle assunzioni dall'esterno di nuove professionalità, sia a causa della formazione continua degli operatori delle differenti filiere professionali.

La riforma Debré (ordinanza del 30 dicembre del 1958) creò i Centri ospedalieri universitari (CHU) e gli assegnò una missione ufficiale di *ricerca* alla stregua di quelli di insegnamento e di cura. All'assistenza pubblica, questa riforma permise di perseguire e sviluppare un movimento avviato a partire dagli anni '50, specialmente grazie all'associazione Claude Bernard (ACB), che giocò un ruolo trainante nella creazione di laboratori negli ospedali. La sua azione fu rilanciata dall'Istituto nazionale di igiene (INH, il futuro INSERM) e dal Centro nazionale della ricerca scientifica (CNRS). Nel 1993, l'AP-HP concluse una convenzione di ricerca con l'Istituto nazionale di ricerca agronomica. A partire dagli anni '90, l'AP-HP ha condotto una politica d'impegno volontaria nel settore della ricerca clinica. Essa assicura, a partire dal 1994, il ruolo di delegazione regionale per la ricerca clinica con riferimento all'in-

sieme degli ospedali dell'Ile-de-France.

4.2. Dati strutturali e sull'attività dell'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Al 31 dicembre 2000 l'assistenza pubblica - ospedali di Parigi contava:

— 39 ospedali o gruppi di ospedali (41 nel 2001), di cui 17 a Parigi, 18 nell'area suburbana della capitale e 4 nella provincia;

— 24.977 posti letto (25.470 nel 2001) e 1.246 posti in *day-hospital*, in 750 servizi medici e medico-tecnici (si veda la figura 9 per la ripartizione dei posti letto);

— 5 servizi generali:

1) farmacia centrale degli ospedali - agenzia centrale per l'approvvigionamento di medicinali;

2) acquisti centrali alberghieri ed alimentari;

3) servizio centrale di lavanderia;

4) sicurezza, manutenzione e servizi;

5) servizio centrale delle autoambulanze;

— 90.658 dipendenti (89.040 nel 2001), con più di 150 differenti professioni al servizio della salute. Le fi-

gure 10 e 11 classificano il personale medico e non come risultava nell'anno 2000.

Nel 2000 sono state registrate 1.003.700 ospedalizzazioni, la cui ripartizione percentuale è riportata nella figura 12.

Sempre nel 2000 la degenza media è stata di 7,3 giorni per le acuzie oltre le 24 ore e di 16,9 giorni nelle ospedalizzazioni a domicilio.

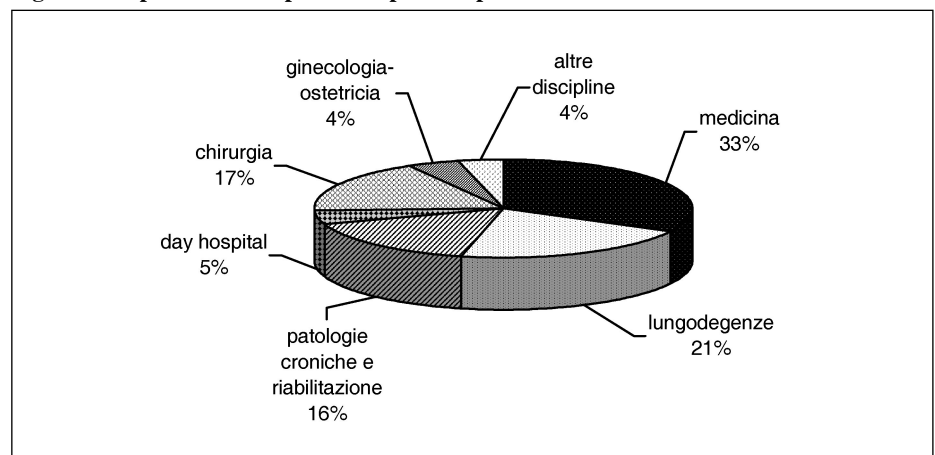
4.3. Dati economico-finanziari

La tabella 5 fornisce un'indicazione della consistenza delle spese di gestione e delle entrate così come emergono dal *budget* degli ospedali per l'anno 2000.

4.3. Le esigenze e gli obiettivi di modernizzazione: la qualità dei servizi

Il sistema sanitario francese si trova ad affrontare, come altri sistemi sanitari, una serie di importanti cambiamenti. Nel periodo di tempo intercorso tra gli anni '60 ed i primi anni '90, la maggior parte dei paesi ad economia avanzata ha visto crescere il peso del settore sanitario e la relativa spesa sul prodotto interno lordo. In partico-

Figura 9 - Ripartizione dei posti letto per disciplina



Fonte: nostra elaborazione su dati tratti da <http://www.ap-hop-paris.fr>.

lare, in Francia la spesa sanitaria costituisce il 10,7% del PIL, mentre il settore ospedaliero assorbe circa il 50% di tali risorse (l'AP-HP è tra le più grandi strutture sanitarie del Paese e gestisce risorse corrispondenti a circa il 2% del PIL).

La figura 13 illustra le dinamiche della programmazione dei servizi dell'assistenza pubblica - ospedali di Parigi. Dai Piani regionali sanitari, si passa al Piano strategico generale dell'AP-HP, dal quale a sua volta derivano i progetti riferiti ai singoli ospedali e i progetti dei servizi.

È evidente quindi che l'AP-HP è una sorta di anello di congiunzione di una catena virtuale che lega il Piano sanitario regionale con i servizi effettivamente erogati alla popolazione.

Negli ultimi anni il contesto ambientale dell'AP-HP si è dimostrato fortemente dinamico. Tra i principali cambiamenti occorre evidenziare in primo luogo l'evoluzione dell'ambiente epidemiologico. I dati indicano un aumento del rischio per la maggior

parte delle cause di morte, dovute a scelte dello stile di vita. Infatti, oggi le principali cause di morte nei paesi industrializzati sono le malattie cardiovascolari, i tumori, gli incidenti automobilistici ed è ampiamente dimostrato che il fumo, la dieta e l'esercizio fisico sono elementi che influiscono in maniera determinante sulla possibilità di insorgenza di patologie cardiovascolari. Un ulteriore fattore di cambiamento, infine, è l'emergere delle nuove tecnologie.

Si tratta di elementi che si scontrano con una sostanziale inadeguatezza delle strutture del sistema sanitario francese, ed in particolare hanno comportato un ripensamento dell'organizzazione e delle logiche operative dell'AP-HP.

Gli obiettivi di miglioramento (perseguiti attraverso il piano strategico 2001-2004) sono stati incentrati sui seguenti punti:

- ristrutturare la Direzione generale;

- formulare ed implementare un piano strategico unico per tutte le strutture dell'AP-HP;

- rafforzare l'integrazione dell'AP-HP nel sistema sanitario e nel territorio regionale;

- riaffermare la *mission* principale dell'AP-HP in materia di progresso medico, di insegnamento e ricerca;

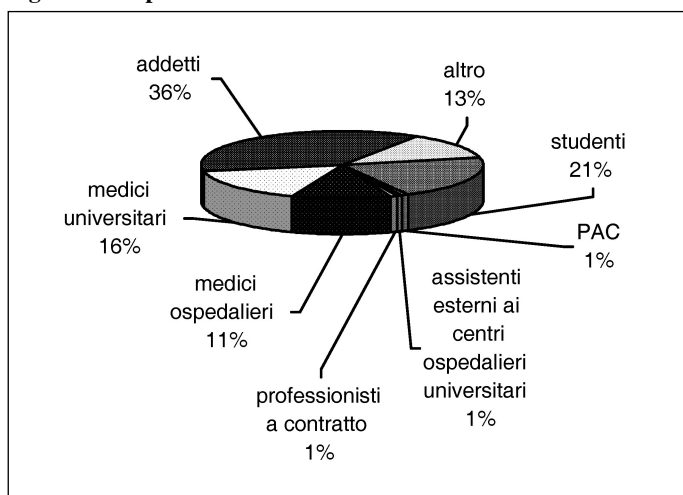
- rendere le strutture ospedaliere maggiormente incentivanti per i dipendenti;

- migliorare la qualità, la sicurezza e l'accessibilità alle cure.

Le politiche di miglioramento della qualità sono state oggetto di particolare attenzione e di una molteplicità di interventi.

Da un lato si è cercato di introdurre una vera e propria «cultura della qualità» all'interno delle strutture dell'AP-HP. In particolare si è percorsa la strada dell'autovalutazione continua all'interno dell'ospedale sia con riferimento alle strutture del processo interno (accettazione, visita, interven-

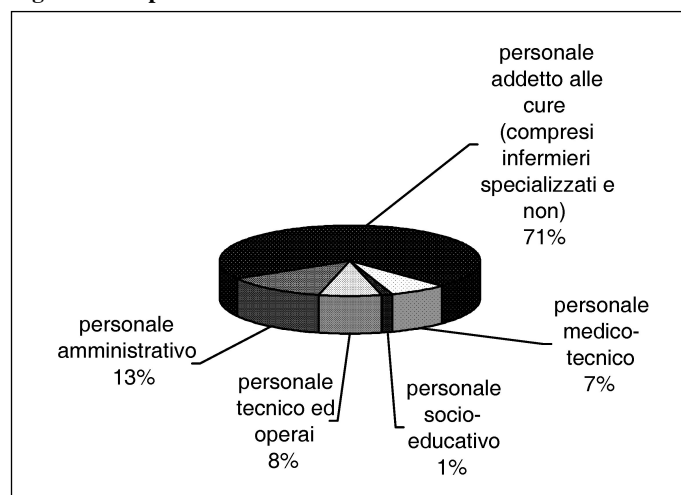
Figura 10 - Il personale medico



Totale (anno 2000): 18.796 impiegati corrispondenti a 6.261 impiegati *Full Time Equivalent*.

Fonte: nostra elaborazione su dati tratti da <http://www.ap-hop-paris.fr>.

Figura 11 - Il personale non medico



Totale (anno 2000): 71.862 impiegati corrispondenti a 69.384 impiegati *Full Time Equivalent*.

to, ecc.) sia con riferimento alle strutture di supporto alla presa in carico del paziente (laboratorio, farmacia, logistica, ecc.).

La cultura della qualità è stata perseguita avvalendosi principalmente di tre tecniche:

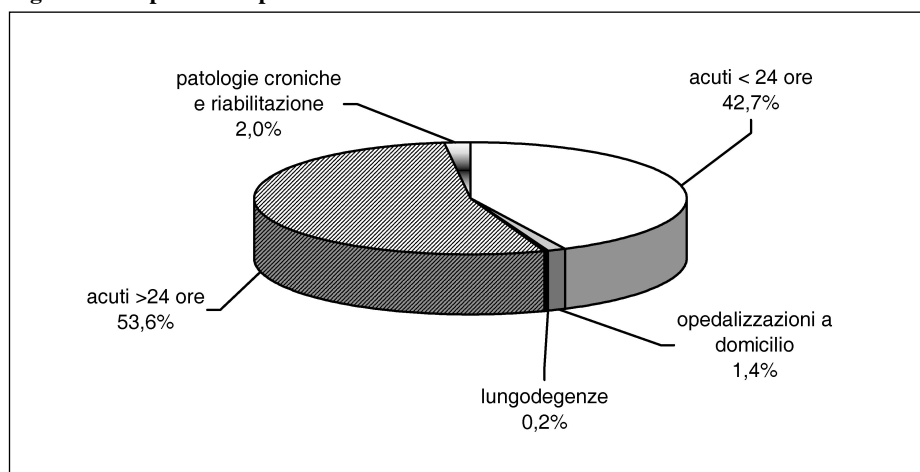
— un manuale di autovalutazione mediante il quale operare una valutazione collettiva e preparare un *audit* esterno;

— la predisposizione di un *set* di indicatori mediante i quali realizzare un sistema di controlli interni;

— la rilevazione della qualità percepita dagli utenti.

Queste iniziative hanno permesso all'AP-HP di intraprendere un processo di accreditamento delle proprie strutture, secondo i principi sui quali ci siamo precedentemente soffermati, a partire dal 1997.

Figura 12 - Ripartizione percentuale delle ammissioni



Fonte: nostra elaborazione su dati tratti da <http://www.ap-hop-paris.fr>.

Tabella 5 - Entrate e spese di gestione degli ospedali di Parigi, 2000

SPESE D'ESERCIZIO (budget degli ospedali, in milioni di euro)	ENTRATE (budget degli ospedali, in milioni di euro)
Spese per il personale 3.029,62	Gruppo 1 – Dotazione globale 3.821,13
Spese mediche 663,00	Gruppo 2 – Prodotti dell'attività ospedaliera 409,02
Spese «alberghiere» a carattere generale 702,18	Gruppo 3 – Altri prodotti 461,31
Oneri finanziari 254,59	
Totale 4.649,39	Totale 4.691,47

Fonte: nostra elaborazione su dati tratti da <http://www.ap-hop-paris.fr>.

5. La Hovedstadens Sygehusfællesskab (Associazione degli ospedali di Copenhagen) e la riforma dei servizi ospedalieri a Copenhagen, 1995-1999

5.1. Il sistema sanitario danese in breve

Dal punto di vista amministrativo, la Danimarca è suddivisa in 14 contee, 275 comuni e le aree metropolitane di Copenhagen e di Frederiksberg (che possiedono sia lo *status* di contea che quello di comune).

Le contee, ad eccezione dell'area di Copenhagen, possiedono e gestiscono gli ospedali e i centri di cura prenatale pubblici, avvalendosi a tale fine di 14 consigli locali, costituiti da politici eletti, direttamente responsabili dell'erogazione e del finanziamento dei servizi ospedalieri e degli altri servizi sanitari. La maggior parte dei consigli locali, inoltre, ha istituito comitati per gli affari sanitari e sociali e comitati ospedalieri, al fine di far fronte alle proprie responsabilità in campo sanitario.

Gli ospedali pubblici in Danimarca, sono principalmente finanziati da imposte locali sul reddito raccolte dalle contee, e in piccola parte da un contributo statale che persegue principalmente i fini redistribuiti di riduzione dei divari economici territoriali.

Esistono 90 ospedali pubblici in Danimarca con un totale di 25.000 posti letto che servono una popolazione di 5,1 milioni di abitanti. Le cliniche e gli ospedali privati ammontano a meno di 100 posti letto. Gli ospedali universitari, invece, sono tre e corrispondono alle università di Copenhagen, Odense e Aarhus. Quello di Copenhagen è uno dei centri medicali più grandi del nord Europa e la sua attività spazia dai trattamenti e l'assistenza ospedaliera, alla ricerca clinica e biomedica.

ca, allo sviluppo e la produzione di farmaci a livello internazionale, ecc.

I cittadini danesi accedono gratuitamente ai trattamenti e all'assistenza erogata in tutti gli ospedali pubblici del paese e da parte dei medici di base. L'accesso al trattamento ospedaliero non di urgenza passa generalmente dal medico curante del paziente.

5.2. L'Associazione degli ospedali di Copenhagen (Hovedstadens Sygehusfællesskab)

Prima della creazione dell'Associazione (Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S), esistevano 11 ospedali nell'area metropolitana, di proprietà di quattro autorità politiche indipendenti tra di loro.

L'ospedale nazionale universitario (*Rigshospitalet*) era di proprietà dello stato, il Comune di Copenhagen possedeva cinque ospedali, il Comune di Frederiksberg uno e la contea di Copenhagen altri quattro.

Per molti anni il funzionamento e lo sviluppo di questi undici ospedali si è svolto in modo non coordinato, in particolar modo per ciò che riguardava i trattamenti specialistici. Il tutto si rifletteva nella diminuzione della qualità dei servizi e in costi più elevati.

I primi tentativi per ovviare al problema furono quelli di unire le tre autorità politiche in una. Tale cambiamento avrebbe tuttavia avuto notevoli ripercussioni che andavano ben oltre il settore sanitario, elemento che contribuiva a rendere tale alternativa non fattibile politicamente.

Permaneva tuttavia la volontà di cambiare da parte dei due comuni, in parte dovuta ai problemi finanziari che le due autorità stavano affrontando. Da più parti, inoltre, era stato mostrato interesse a modificare lo status dell'unico ospedale di proprietà statale (*Rigshospitalet*), ossia del suo si-

stema di finanziamento e delle modalità di erogazione di servizi alle contee.

Come risultato, nel dicembre del 1994, il Parlamento danese ha approvato la legge istitutiva del H:S. La legge ha creato l'Associazione degli ospedali di Copenhagen alla quale ha trasferito i sette ospedali in precedenza di proprietà dello stato, dei comuni di Copenhagen e di Frederiksberg.

La legge del 1994 ha indicato la missione del H:S, che deve:

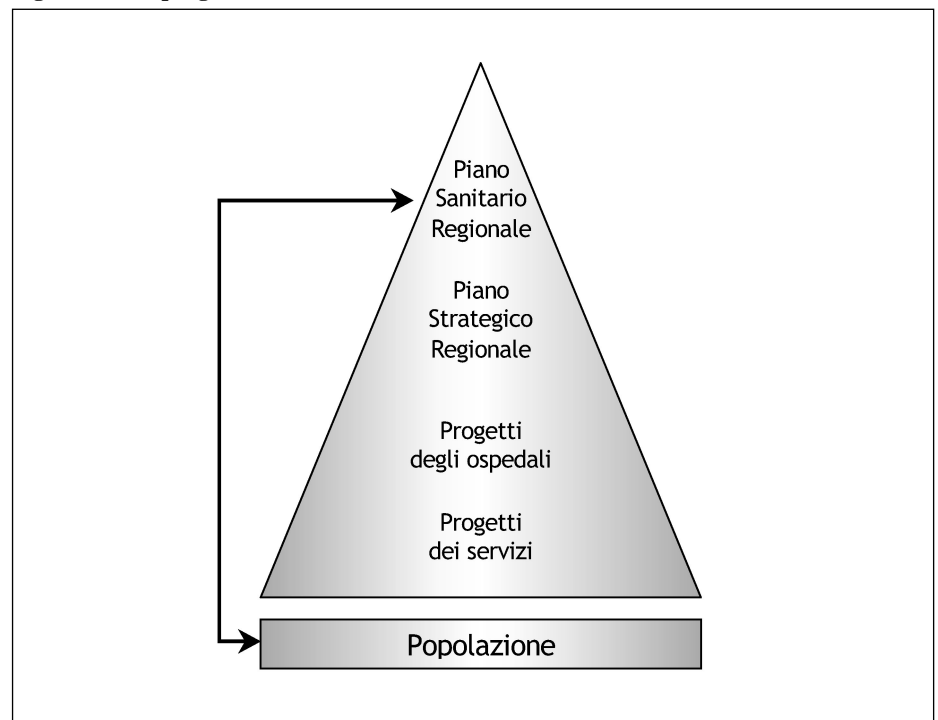
- gestire i servizi ospedalieri erogati alla cittadinanza dei comuni di Copenhagen e di Frederiksberg;
- erogare servizi specialistici a livello nazionale e regionale;
- far sì che il *Rigshospitalet* funga da centro di ricerca scientifica e di sviluppo di particolari attività.

Obiettivi generali della riorganizzazione sono stati quelli del miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia attraverso una riduzione dei costi tota-

li e, al contempo, del miglioramento della qualità dei servizi sanitari erogati dagli ospedali. La legge descrive anche come riuscire a raggiungere questi obiettivi, in primo luogo raggruppando le funzioni altamente specializzate e separando i servizi di elezione (4) da quelli per acuti. La legge attribuisce all'associazione (H:S) un nuovo compito: quello della promozione della salute, funzione prima di competenza esclusiva del servizio sanitario di base.

La legge impone ai due comuni di finanziare i costi totali della H:S proporzionalmente all'uso dei servizi da parte della rispettiva cittadinanza. Il finanziamento statale, invece, consiste di due parti: un contributo al *Rigshospitalet*, equivalente a quello esistente prima della fusione e destinato a finanziare le sue funzioni specialistiche e nazionali nell'ambito dell'assistenza medica, della ricerca e dell'educazione; l'altra parte di natura tem-

Figura 13 - La programmazione dei servizi dell'AP-HP



poranea e destinata a scomparire nell'arco di dieci anni.

L'Associazione degli ospedali di Parigi (H:S) serve l'area urbana di Copenhagen e di Frederiksberg con una popolazione di 560.000 persone. Inoltre, il *Rigshospitalet*, in particolare, eroga servizi specialistici a tutta la Danimarca.

L'associazione è un ente pubblico, unico per natura in Danimarca, la cui composizione e funzionamento è simile a quella di un'azienda privata. La H:S risponde dell'erogazione dei servizi sanitari allo stesso modo delle contee. L'associazione è diretta da un consiglio composto da 15 persone, nominate in parte dai tre enti fondatori — il comune di Copenhagen nomina sette politici, quello di Frederiksberg due politici, lo stato altri due — mentre quattro direttori vengono selezionati dal settore privato.

Il consiglio nomina un CdA di quattro direttori. La principale differenza rispetto agli altri ospedali danesi è la separazione pressoché totale delle responsabilità del consiglio — definizione degli obiettivi, del quadro di riferimento e dei principi — dalle responsabilità del *management*. Un principio base della gestione è quello dell'elevato grado di decentramento delle responsabilità agli ospedali e alle istituzioni.

La tabella 6 illustra alcuni dati sintetici dell'Associazione degli ospedali di Copenhagen (H:S).

Il grafico 14 illustra il finanziamento del H:S come risultava nel 1999. Il *budget* totale ammontava a 1.140 milioni di \$ US ripartiti tra i due comuni (proporzionalmente in base all'uso del servizio), lo stato e le contee.

I sei ospedali che compongono la H:S sono differenti sia riguardo la loro dimensione, sia riguardo ai profili e al grado di specializzazione. Tra questi ci sono cinque ospedali per acuti (5) che vantano un'ampia gamma di spe-

cialità mediche e chirurgiche. Vale la pena notare che la distanza massima tra un ospedale e l'altro è di 15 chilometri, elemento questo che incide positivamente sull'accessibilità ai servizi.

Oltre ai sei ospedali, l'associazione comprende quattro altre istituzioni generate dalla fusione di istituzioni precedenti: H:S farmacia, H:S acquisti, H:S informatica e H:S scuola di infermieri.

Con 4.500 posti letto e 20.000 dipendenti, la H:S rappresenta circa il

20 per cento dei servizi ospedalieri danesi.

5.3. Il Piano ospedaliero H:S 2000

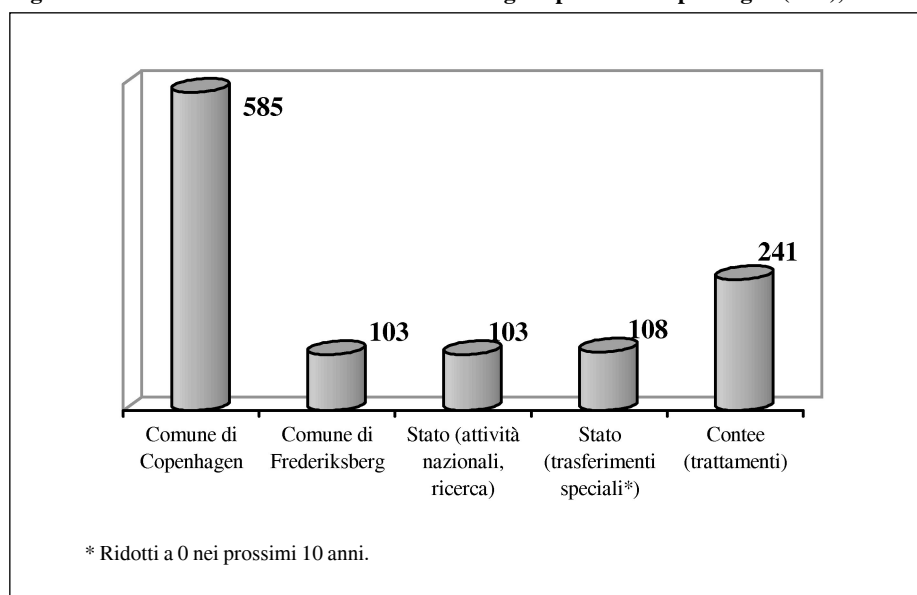
Il compito principale che l'associazione si è trovata ad affrontare dopo la sua istituzione è stato quello di sviluppare un piano per il riordino dei servizi ospedalieri. Il piano strategico, denominato *H:S 2000*, è stato approvato dal consiglio nel dicembre del 1995. Le prime azioni sono state intraprese nei mesi successivi e il piano è stato

Tabella 6 - Dati riguardanti l'Associazione degli ospedali di Copenhagen

	1995	1998	2000
Ospedali	7	7	6
Posti letto	5.123	4.514	4.219
Giorni di ricovero	1.578.000	1.433.000	1.377.000
Durata del ricovero	9,4	8,5	8,2
Personale	19.800	18.800	18.350
Budget \$ US	1.170 *	1.130 *	1.130 *

* Livelli fissi di prezzo.

Figura 14 - Il finanziamento dell'Associazione degli ospedali di Copenhagen (H:S), 1999



completamente implementato nel 1999.

Gli obiettivi del piano H:S 2000 sono stati:

— riordinare gli ospedali sulla base dei bisogni dell'utenza;

— migliorare l'assistenza rispetto ai problemi di salute più diffusi e alle malattie più comuni.

I principi sottostanti il piano sono stati i seguenti:

— trattamento presso i quattro ospedali locali e presso l'ospedale nazionale (*Rigshospitalet*) dei più comuni problemi di salute;

— concentrazione delle funzioni con più elevato contenuto specialistico presso il *Rigshospitalet*;

— aggiornamento dei servizi geriatrici, delle unità di riabilitazione e per l'ictus acuto;

— raggruppamento delle specializzazioni mediche in un centro medico creato presso ogni ospedale;

— espansione dei servizi psichiatrici, sia a livello di ospedale, sia presso i centri locali;

— riduzione del numero delle unità chirurgiche;

— istituzione di un centro chirurgico specializzato;

— promozione delle *partnership* tra ospedali.

Gli elementi chiave del piano sono la programmazione dei servizi specialistici, l'istruzione, l'*Evidence Based Medicine* e l'innovazione.

La programmazione nei centri per la chirurgia di elezione e nei centri medici avviene in un'ottica di orientamento al cittadino, valutando:

— le aspettative dei cittadini attraverso un'indagine su un campione di 1.000 cittadini;

— i cambiamenti demografici e quelli riguardanti le caratteristiche delle malattie;

— la domanda di servizi;

— l'obiettivo di servizi di elevata qualità;

— l'obiettivo della ricerca, dello sviluppo e dell'istruzione;

— l'obiettivo di efficacia e quello di efficienza;

Altri *input* importanti sono le aspettative e gli obiettivi di breve e di lungo periodo dei singoli servizi specialistici.

Il piano ha comportato cambiamenti importanti che hanno interessato tutti gli ospedali:

— 25 dipartimenti sono stati trasferiti al *Rigshospitalet* da altri ospedali, dove sono stati unificati con dipartimenti esistenti. Altri dipartimenti, più esigui in numero, sono stati spostati nel senso inverso, mentre altri ancora sono stati trasferiti tra gli altri ospedali;

— il trasferimento di dipartimenti ha avuto luogo anche dentro lo stesso ospedale;

— sono stati costruiti 150 nuovi edifici;

— è stato chiuso un ospedale avente 435 posti letto. Il numero complessivo di posti letto è diminuito di 800 unità;

— il personale è stato ridotto di circa 1.700 dipendenti.

In conclusione, alla fine dell'implementazione del piano, ci si è trovati con sei ospedali di dimensioni e compiti differenti tra loro:

— *Rigshospitalet*: 1.234 posti letto, è l'ospedale maggiore e il più specializzato che, tuttavia, fornisce anche trattamenti comuni all'utenza locale;

— *Bispebjerg Hospital*: con circa 900 posti letto e un'ampia gamma di servizi specialistici;

— *Hvidovre Hospital*: con circa 900 posti letto e un'ampia gamma di servizi specialistici;

— *Frederiksberg Hospital*: con 450 posti letto, assistenza per acuti, e un centro per la chirurgia di elezione;

— *Sct. Hans Hospital*: è l'unico ospedale psichiatrico con circa 500 posti letto;

— *Amager Hospital*: con 300 posti letto, opera in collaborazione con la Contea di Copenhagen, eroga servizi di medicina e chirurgia per acuti.

Una parte importante del processo di cambiamento è stata quella di enfatizzare la qualità degli ospedali rimanenti e di attribuire a ciascuno un profilo specifico. Altrettanto importante è stato il fattore tempo. Infatti, il piano, nonostante i cambiamenti che ha comportato, è stato implementato in un breve periodo di tempo.

Quattro innovazioni, in particolare, sono state introdotte dal piano H:S 2000. La prima è stata quella di raggruppare tutte le specializzazioni mediche di ogni ospedale in un centro medico. Questo ha consentito di ridurre i trasferimenti di pazienti tra specializzazioni mediche e, più in particolare, di offrire assistenza geriatrica e servizi di riabilitazione a molti pazienti anziani in una fase precoce del trattamento, similmente a ciò che avviene per il resto dell'assistenza specialistica. Questo, in ultima istanza, ha ridotto la durata dei ricoveri e ha incrementato il numero di pazienti che, successivamente alla dimissione dall'ospedale risultano autosufficienti e si trasferiscono nelle loro case.

Un elemento importante in ogni centro medico è l'unità per pazienti colpiti da *ictus* acuto.

Contrariamente alle specializzazioni mediche presenti in tutti gli ospedali, la chirurgia è stata concentrata in poche unità. Questo perché gli interventi chirurgici sono eventi isolati nel corso della vita, mentre i problemi medici sono cronici e richiedono contatti ripetuti con l'ospedale e il medico di base. Un'altra ragione è lo sviluppo di nuove tecnologie chirurgiche che richiedono competenze elevate, un ampio gruppo di pazienti come base di documentazione, ricerca e sviluppo.

Un'altra innovazione riguarda il centro per la chirurgia di elezione

presso l'ospedale di Frederiksberg. Il centro comprende cliniche di chirurgia ortopedica, di oftalmologia, urologia, ginecologia e ostetricia e anestesia. Manca la chirurgia per acuti ma questo non sembra aver causato problemi significativi.

Il quarto elemento è il coordinamento tra i servizi di pronto soccorso ed i servizi per gli acuti offerti dai medici di base: il 60-70 per cento dei pazienti ricoverati nei Pronto soccorso poteva infatti essere curato più efficacemente da un medico di base. Più recentemente, invece di collocare personale formato per svolgere le funzioni del medico di base nei Pronto soccorso e di mantenere i pazienti in ospedale, l'associazione, il comune e i medici di base si sono messi d'accordo per cambiare le regole di funzionamento del sistema. In un prossimo futuro, i pazienti saranno incentivati ad andare dal medico di base giorno e notte. Solo pazienti aventi il referto potranno accedere direttamente ai Pronto soccorso. Il primo passo per l'implementazione sarà la comunicazione e l'informazione rivolta ai cittadini.

L'ultima area da menzionare, infine, riguarda la psichiatria. L'area dell'Associazione degli ospedali di Copenhagen comprende circa l'11 per cento della popolazione della Danimarca ma il 25 per cento dei pazienti che beneficiano dei servizi psichiatrici, caratteristica che accomuna le aree metropolitane in tutto il mondo. Nonostante l'ampia diffusione dei servizi, di è sentita l'esigenza di incrementare il numero di posti letto negli ospedali e, al contempo, espandere i centri territoriali in termini di numero e di dipendenti.

Il ciclo di vita del piano H:S 2000 può schematicamente riassumersi nelle seguenti fasi:

— creazione e approvazione del piano (1995);

— fusione delle funzioni (1996-1997);

— creazione di centri medici, chiusura di un ospedale (1998-1999);

— consolidamento e valutazione (1999).

I primi risultati del piano si sono intravisti nel 1999 con una diminuzione della durata media della degenza in ospedale e della domanda di posti letto e, come conseguenza, una riduzione del *budget* complessivo. Questo parallelamente a un incremento dei *budget* degli altri ospedali nel periodo 1995-1999.

I principali benefici verificati riguardano:

— unità di dimensioni maggiori meglio equipaggiate per trattamenti specialistici e di base;

— migliore coordinamento e cooperazione tra dipartimenti e tra ospedali;

— basi e attitudini migliori per lo sviluppo.

Il piano dell'associazione per gli anni successivi — il H:S Vision 2000-2005 — approvato dal consiglio nel gennaio del 1999, riprende gli stessi obiettivi e principi del precedente. I cambiamenti avvenuti negli anni precedenti sono stati per la maggior parte strutturali. Si sente così l'esigenza di effettuare miglioramenti a livello di singoli reparti e nella gestione giornaliera.

Un'altra questione importante è quella del rafforzamento della collaborazione e del coordinamento con le altre autorità ospedaliere in generale e con gli ospedali della Contea di Copenhagen in particolare.

Nel piano 2000-2005, un posto importante occupa la qualità dell'assistenza al singolo paziente. L'associazione ritiene che la qualità possa essere migliorata in modo sistematico e coerente attraverso l'introduzione del processo di accreditamento, affiancato da altri metodi di valutazione come

l'*audit* ed il *peer-review*. L'Associazione degli ospedali di Copenhagen sta, quindi, programmando l'introduzione di uno schema generale di accreditamento per tutti gli ospedali dell'area. Una prima valutazione è stata svolta nel periodo novembre-dicembre 1999. L'accREDITamento si basa sul modello sviluppato dall'*American Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations* e mira ad incoraggiare il confronto tra ospedali diversi e i processi di autovalutazione. I criteri statunitensi sono fortemente orientati al paziente e mirano ad enfatizzare la *performance* organizzativa, le valutazioni di esito sanitario ed il processo di autovalutazione. La *Joint Commission* ha sviluppato uno specifico programma per attivare la procedura di accreditamento a livello internazionale, grazie anche al contributo di una commissione di esperti di diversi paesi, e svolge da alcuni anni attività di accreditamento anche fuori dagli Stati Uniti. Questo modello, tuttavia, è stato criticato per aver posto un'eccessiva attenzione alle strutture e ai processi piuttosto che agli *outcome*.

6. Considerazioni conclusive

Riprendendo lo schema sviluppato nel secondo paragrafo è possibile collocare le esperienze pratiche nella tabella.

Nel primo caso, l'*Organización Nacional de Transplantes* in Spagna è riuscita ad integrare l'*audit* esterno con quello interno. Il *focus* è stato posto sul processo ma viene valutato anche l'esito in termini di impatto dell'attività svolta sul numero di donatori effettivi. La realizzazione dell'*audit* interno ha richiesto la partecipazione del personale sanitario, mentre nell'*audit* esterno gli stessi sono stati affiancati dal direttore amministrativo e da due medici esterni alla struttura. Le fina-

lità del programma per la qualità sono quelle di evidenziare eventuali scostamenti tra ciò che è fatto nella pratica e ciò che dovrebbe essere fatto. Vengono rilevate le cause di perdita dei donatori potenziali (attraverso l'*audit* interno) e le aree che possono essere oggetto di miglioramento (attraverso l'*audit* esterno), nonché i fattori che maggiormente influenzano l'esito del processo di donazione e trapianto di organi.

Anche l'*Assistance Publique des Hôpitaux de Paris* ha cercato di introdurre una «cultura della qualità» all'interno delle proprie strutture. Questo è avvenuto attraverso l'*audit* organizzativo, la predisposizione di un sistema di controlli interni e la rilevazione della qualità percepita dagli utenti, ma soprattutto attraverso l'accreditamento effettuato da personale in prevalenza medico, esterno ed indipendente con riferimento a tutte le

aree di funzionamento dell'azienda. Viene affermata la centralità del paziente e le finalità perseguite sono quelle del miglioramento continuo della qualità attraverso il soddisfacimento degli *standard* di accreditamento.

Nel caso dell'Associazione degli ospedali di Copenhagen (*Hovedstadens Sygehusfællesskab*), infine, il miglioramento della qualità dei servizi erogati è stato perseguito, dapprima,

Tabella 7 - Collocazione dei casi nel modello interpretativo

		Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (Francia)	Organización Nacional de Transplantes (Spagna)	Hovedstadens Sygehusfællesskab (Danimarca)
Oggetto del sistema di qualità				
	Struttura	V		V
	Processo		V	
	Esito			
Destinatari del sistema di qualità				
	Utenti	V		V
	Professionisti	V	V	
	Manager	V		
Collocazione del soggetto che effettua la valutazione				
	Interna		V	
	Esterna	V	V	
Finalità del sistema di qualità				
	Valutazione/ miglioramento dei processi tecnici		V	
	Ottemperare ai requisiti specifici del modello			
	Posizionamento/ selezione nel settore analizzato	V		
	Miglioramento organizzativo			V

attraverso una riforma radicale che ha unificato funzioni e strutture ospedaliere in un'ottica di orientamento al paziente e, solo successivamente, attraverso l'introduzione di sistemi di qualità quali l'*audit* e l'accreditamento. Quest'ultimo è basato sul modello sviluppato dall'*American Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations*.

La tabella non vuole costituire una sorta di pagella ma intende evidenziare in maniera immediata come una medesima meta — il miglioramento della qualità — possa essere perseguita attraverso traiettorie diversificate. In effetti c'è chi osserva che la complementarità dei rispettivi punti di forza e di debolezza dei sistemi di valutazione della qualità spinge verso una convergenza degli stessi (Shaw, 2000).

L'ipotesi che qui si vuole suggerire, e che in qualche maniera può essere suggerita dai casi riportati, è che la convergenza può essere perseguita non attraverso un modello-sintesi che unifichi tutti gli approcci ma all'interno di una struttura che utilizza più approcci e modelli che implementa in tempi e modalità che tengono conto del suo contesto di riferimento. Ad esempio, l'associazione di Copenhagen ha implementato una riforma strutturale prima di introdurre l'*audit* e l'accreditamento. L'AP-HP ha affiancato all'accREDITAMENTO obbligatorio l'*audit* organizzativo.

(1) Donabedian *op. cit.* la definisce come «caratteristiche relativamente stabili degli amministratori e operatori sanitari, degli strumenti e delle risorse di cui dispongono e degli ambienti fisici ed organizzativi in cui operano».

(2) La CEE ha finanziato un gruppo europeo chiamato ExPeRT (External Peer-Review Techniques) per promuovere uno studio comparativo di questi sistemi. Cfr. ExPeRT Project, CASPE research, Londra, Regno Unito: www.caspe.co.uk.

(3) Si realizza così un'incoerenza rispetto al principio di volontarietà evocato dal testo normativo.

(4) I servizi di elezione (*elective services*) sono servizi sanitari che, secondo il parere del medico, sono necessari ma il relativo ricovero può essere rimandato per più di 24 ore.

(5) Questi sono il Frederiksberg, il Bispebjerg, il Hvidovre, il Rigshospitalet e l'Amager.

BIBLIOGRAFIA

ADINOLFI P., CIASULLO M.V. (2000), «Il miglioramento della qualità nelle Aziende sanitarie: analisi di alcune esperienze», *Mecosan*, 34.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (1997), *Décret en Conseil d'Etat no 97-311 du 7 Avril*. Paris, ANAES, Journal Officiel 82/8 [www.anaes.fr/ANAES/anaesparametrage.nsf/HomePage?readform].

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES) (1999), Accreditation department. *Accreditation Manual For Health Care Organisations*. (versione in francese: *Manuel de l'Accreditation*).

ASSR (2002), «L'accREDITAMENTO delle strutture e dei servizi sanitari: Il quadro internazionale», *Monitor: Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, 2, novembre-dicembre.

ASSR (2003), «Sperimentazioni e innovazioni gestionali nelle aziende sanitarie», *Monitor: Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, anno II, 3, gennaio-febbraio.

BOHIGAS L., HEATON C. (2000), «Methods for external evaluation of health care institutions», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, 3: pp. 231-238.

BORGONOV E. (2000), «Problemi di salute e funzionamento dei sistemi sanitari», *Mecosan*, 35.

BRUSONI M. (1998), «La certificazione del sistema qualità aziendale nel settore sanitario», *Mecosan*, 25.

BRUSONI M. (2001), «La valutazione dei servizi sanitari: modelli e modalità di valutazione esterna», in Elefanti M., *La qualità nella sanità*, Egea, Milano.

BUCCI R., LOJUDICE M. (1996), «Il dibattito sulla qualità in ambito sanitario», in *Contributi per una gestione manageriale della sanità*, Quaderni Mecosan.

CAMBIERI A., CATANANTI C., GUGLIETTA B. (1996), «L'accREDITAMENTO delle strutture

ospedaliere e il rapporto pubblico-privato», in *Contributi per una gestione manageriale della sanità*, Quaderni Mecosan.

DE SIMONE S. (2000), «L'*audit* organizzativo nell'Assistance publique hôpitaux de Paris», *Mecosan*, 34.

DONABEDIAN A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria*, Nis, Firenze.

DONAHUE K.T., VAN OSTENBERG P. (2000), «Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, 3: pp. 243-246.

ELEFANTI M. (1998), «La qualità delle prestazioni e dei servizi nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 25.

ELEFANTI M., BRUSONI M., MALLARINI E. (2001), *La qualità nella sanità*, Egea, Milano.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2001), *Health Care Systems in Transition: Denmark*, <http://www.who.dk/document/e72967.pdf>.

GARDINI A. (1999), «I sistemi di valutazione esterna della qualità», *QA*, vol. 10, 3, pp. 131-136.

HEATON C. (2000), «External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, 3, pp. 177-182.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2000), *Joint Commission International accreditation standards for hospitals*. [www.jcinc.com/internet.htm].

KLAZINGA N. (2000), «Re-engineering trust: the adoption and adaptation of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, 3, pp. 183-189.

LIVA C. (1999), «AccREDITAMENTO volontario all'eccellenza: la proposta della Società italiana per la qualità della assistenza sanitaria (VQR) per il 2000», *QA*, vol. 10, 3, pp. 131-136.

LÖFFLER E. (2001), «Quality awards as a public sector benchmarking concept in OECD countries. Some guidelines for quality award organisers», *Public Administration and Development*, 21, pp. 25-47.

LÖFFLER E. (2001), *Defining quality in Public Administration*, Paper prepared for the NISPAce Conference on Quality in Public Administration: Basic concepts and comparative perspective. May 10-13 2001, Latvia.

MENEGUZZO M. (1994), «Configurazione organizzativa, ruoli direzionali e gestione eco-

- nomico-finanziaria in un gruppo pubblico multiospedaliero: il caso Assistance Publique Hopitaux de Paris», *Mecosan*, 10.
- MENEGUZZO M., TANESE A. (2001), «Sistemi sanitari regionali e capacità di innovazione delle aziende sanitarie: una periferia in movimento», *Mecosan*, 37.
- NABITZ U., KLAZINGA N., WALBURG J. (2000), «The EFQM excellence model: European and Dutch experience with the EFQM approach in health care», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, 3, pp. 191-201.
- OECD (2003), *Health care systems: lessons from the reform experience*, OECD Economics Department, February 2003.
- ORDONNANCE N. 96-346, «Portant réforme de l'ospitalisation publique et privée», *Journal Officiel* du 25 avril 1996/128 anèe/n.98.
- OVRETVEIT J., GUSTAFSON D. (2002), «Evaluation of quality improvement programmes», *Quality & safety in health care*, January 9, 11, pp. 270-275.
- OVRETVEIT J., GUSTAFSON D. (2003), «Improving the quality of health care: using research to inform quality programmes», *BMJ*, April 5, 326, pp. 759-761.
- POLLITT C., BOUCKAERT G. (1995), *Quality improvement in European public services. Concepts, cases and commentary*, Sage publications, London.
- PUMA/OECD (1994), *Service quality initiatives in OECD member countries*, Symposium held in Paris, 7-8 November 1994.
- SCHYVE P. (2000), «The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission of the USA», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, 3, pp. 255-258.
- SHAW C.D. (2000), «External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, 3, pp. 169-175.
- SHAW C.D. (2001), «External assessment of health care», *BMJ*, 7 april.
- THE COPENHAGEN HOSPITAL CORPORATION H:S. (2000), *Restructuring hospital services in Copenhagen, the capital city of Denmark. 1995-1999*.
- VAGNONI E. (1996), «La misurazione della qualità nelle Aziende sanitarie», *Economia e Management*, 4.
- VAGNONI E. (1999), «La via francese all'accreditamento», *Mecosan*, 32.
- VAN WEERT C. (2000), «Developments in professional quality assurance towards quality improvement: some examples of peer review in the Netherlands and the United Kingdom», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, 3, pp. 239-242.

INTERNET BOOKMARK

- Seconda conferenza sulla qualità nelle Pubbliche amministrazioni degli Stati membri dell'Unione europea: <http://www.2qconference.org>
- Organización Nacional de Transplantes de España, Ministerio de Sanidad: <http://www.msc.es/ont/esp/home.htm>
- Assistance Publique des Hôpitaux de Paris: <http://www.ap-hop-paris.fr/>
- Hovedstadens Sygehusfællesskab (Associazione Ospedali di Copenhagen): <http://www.hosp.dk>
- Bispebjerg Hospital: <http://www.bispebjerghospital.dk/>
- Frederiksberg Hospital: <http://www.frederiksberghospital.dk/>
- Hvidovre Hospital: <http://www.hvidovrehospital.dk/>
- Rigshospitalet: <http://www.rigshospitalet.dk/>
- Sct. Hans Hospital: <http://www.scthanshospital.dk/>
- Amager Hospital: <http://www.amagerhospital.dk/>
- ExPeRT Project, CASPE research, Londra, Regno Unito: www.caspe.co.uk

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

I **nomi** degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
e-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

Biblioteca

Sezione 6^a

Ecco

RAGIUSAN



click!

RAGIUSAN nel 2003 è disponibile anche in CD-rom.

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- visualizzare e consultare la rivista **RAGIUSAN** in formato pdf, mediante l'applicazione *Acrobat Reader*, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- «navigare» nella rivista **RAGIUSAN**, andando direttamente alle rubriche (dottrina, giurisprudenza e documentazione) o agli argomenti di maggior interesse;
- consultare l'indice della rivista **RAGIUSAN**, con tutti i *links* che rinviano alla visualizzazione dei testi degli articoli e delle leggi nazionali e regionali;
- fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

Per tutti gli abbonati alla rivista **RAGIUSAN**, il costo dell'abbonamento al supplemento annuale in CD-rom di **RAGIUSAN click** 2003 è di soli € 320,00 anziché € 950,00.

CEDOLA D'ORDINE

RISERVATA AGLI ABBONATI A **RAGIUSAN** 2003

ABBONAMENTO AL SUPPLEMENTO IN CD-ROM

Programma abbonamento 2003

Spedizione in abbonamento postale

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817 - E-mail sipised@tin.it

Avendo preso visione e trovato funzionale il CD-rom **RAGIUSAN click** n. 225/226, sottoscrivo l'abbonamento annuale al supplemento

RAGIUSAN click 2003 al prezzo speciale di € 320,00

● Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
 - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
- Barrare la casella che interessa

Vi prego quindi voler inoltrare — in quanto già abbonato (codice etichetta n.) a **RAGIUSAN** 2003 — con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso, il supplemento in CD-rom.

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

STEFANO BECCASTRINI

**Promozione della salute
e protezione dell'ambiente**
Proposte per l'integrazione

Centro Scientifico Editore
Torino, 2003
pagg. 127, € 18,00

Oggi, in Italia, le attività di prevenzione primaria poggiano su due distinti sistemi organizzativi e operativi: quello della promozione della salute, appartenente al Ssn, e quello della protezione ambientale, costituito dalle Agenzie: nazionale, regionali e provinciali. Tuttavia, i nuovi diritti di cittadinanza «europea» a un ambiente salubre e a uno sviluppo sostenibile anche in termini di salute della comunità, spingono necessariamente i due sistemi verso una indispensabile integrazione operativa che sappia essere cosa ben diversa dall'appartenenza a uno stesso contenitore burocratico. Si tratta di imparare a cooperare tra operatori appartenenti a sistemi organizzativamente diversi, ma culturalmente complementari rispetto alla domanda di prevenzione proveniente dai cittadini.

INDICE: INTRODUZIONE: 1. STORIE D'INTEGRAZIONE, DA IPPOCRATE AI NOSTRI GIORNI - 2. LA NOBILE MA ERRATA UTOPIA DELLA 833/78 - 3. DALLA QUESTIONE AMBIENTALE ALLA QUESTIONE GLOBALE - 4. MODALITÀ D'INTEGRAZIONE 1: SNOF, SENIGALLIA 1997 - 5. IL PSN 1998-2000 E IL DECRETO 229/99 - 6. CHE COS'È, E COME FARE INSIEME, L'EPIDEMIOLOGIA AMBIENTALE - 7. CHE COS'È, E COME FARE INSIEME, LA COMUNICAZIONE DEL RISCHIO - 8. MODALITÀ D'INTEGRAZIONE 2: IL «CASO» TOSCANA - 9. PEDAGOGIA PER E DELL'INTEGRAZIONE - 10. SCENARI, PROGETTI, PROCESSI PER E DELL'INTEGRAZIONE .11. IL NODO DELLA PARTECIPAZIONE E LA RICERCA PARTECIPATIVA - 12 -VERSO PORTONOVO - 13. CONCLUSIONI.

Nelle organizzazioni sanitarie si lavora in gruppo, questo è un'affermazione quasi ovvia. D'altronde, quella di lavorare in gruppo è una della capacità professionali più difficile da acquisire e padroneggiare. Come riuscire a creare un team efficiente? Come motivare i membri del gruppo? Come gestire gli inevitabili conflitti? E poi, come trovare spazio nel proprio gruppo? Come affermare le proprie capacità di leadership? Obiettivo del presente volume è rispondere a tutte queste domande e diventare uno strumento di riflessione e di lavoro per chi è interessato a rafforzare le proprie competenze relazionali e le capacità relazionali del proprio gruppo di lavoro. Lungi dall'essere un trattato in materia, il volume di propone di stimolare la curiosità e l'apprendimento mediante suggerimenti di lettura e di ricerca bibliografica, e, soprattutto, intende non solo coinvolgere il lettore a sperimentare le strategie proposte, ma anche a elaborare e mettere in pratica le proprie soluzioni.

INDICE: INTRODUZIONE - 1. ASPETTI GENERALI DELLA COMUNICAZIONE - 2. I GRUPPI DI LAVORO - 3. LA LEADERSHIP - 4. I CONFLITTI NEI GRUPPI DI LAVORO - 5. LA COMUNICAZIONE NEI GRUPPI DI LAVORO - 6. APPENDICE. FUNZIONI E ATTIVITÀ DEL DIRIGENTE NELLA SANITÀ.

ANNA DE SANTI
IOLE SIMEONI

I gruppi di lavoro in sanità
Comunicazione efficace,
gestione dei conflitti, leadership

Carocci
Roma, 2003
pagg. 142, € 14,80

NADIO DELAI (a cura di)

Farmaci & popolazione
Promuovere una cultura evoluta
nell'uso dei medicinali

FrancoAngeli
Milano, 2003
pagg. 220, € 18,00

Quando si parla di farmaci si corre il rischio di porre attenzione prevalentemente agli aspetti che riguardano la spesa pubblica, le responsabilità individuali e dei soggetti istituzionali, nonché il rapporto con le imprese produttrici. In realtà un passo avanti nel campo della politica del farmaco non può trascurare il tema dei comportamenti del cittadino. La «catena» produzione-distribuzione-prescrizione può diventare virtuosa solo se si arricchisce dell'ultimo anello, quello delle microdecisioni della popolazione. Per questo si è affrontato il lancio di una campagna informativa sul farmaco, facendo precedere quest'ultima da un'apposita indagine preventiva su un campione rappresentativo della popolazione trentina di 1500 adulti. Tale indagine ha esplorato non solo la domanda di informazione quanto tale, bensì anche gli atteggiamenti, i comportamenti, la cultura del cittadino rispetto all'uso dei medicinali. I risultati della ricerca evidenziano un alto livello di empowerment, posseduto, ma anche desiderato dagli intervistati: emerge infatti una forte spinta all'autoprescrizione, all'uso contemporaneo di farmaci tradizionali e di farmaci alternativi, ma anche un buon livello di conoscenze e di comportamenti corretti, messi in atto dalla popolazione.

INDICE: PEFAZIONE - UNA STRATEGIA DI GOVERNO DEL RAPPORTO FARMACI/POPOLAZIONE (PAOLA MACCANI) - PARTE PRIMA. L'INDAGINE PRELIMINARE SULLA POPOLAZIONE (NADIO DELAI) - 1. CONOSCERE PER COMUNICARE - 2. I COMPORTAMENTI - 3. LE CONOSCENZE E GLI ATTEGGIAMENTI - 4. LE INFORMAZIONI - 5. GLI ALLEGATI - PARTE SECONDA. LA PROGETTAZIONE DELLA CAMPAGNA (VITTORIO CURZEL) - 1. LE PREMESSE TEORICHE E METODOLOGICHE - 2. IL PROCESSO OPERATIVO - 3. I PRODOTTI FINALI.

L'apprendimento facilitato dal tutor rappresenta una delle principali modalità di professionalizzazione del personale sanitario. Il presente lavoro delinea la figura del tutor ed esemplifica i possibili adempimenti che, attraverso questa funzione, possono essere realizzati nel campo della professione medico-sanitaria. Questo volume si rivolge a tutti coloro che intendano confrontare la propria modalità tutoriale con i riferimenti metodologici presentati o che semplicemente siano interessati a esplorare ulteriori possibilità. La prima parte del volume intende contestualizzare dal punto di vista normativo e contrattuale la figura del tutor nelle professioni sanitarie, e presenta una sistematica rassegna dei vari modelli tutoriali. Nella seconda parte vengono forniti alcuni esempi operativi di tutorato.

INDICE: 1. TUTOR E TUTORATO NELLA FORMAZIONE E NELL'UNIVERSITÀ ITALIANA - 2. IL TUTOR, LE TEORIE DELL'APPRENDIMENTO E LE CONSEGUENZE SULLA DIDATTICA TUTORIALE - 3. I CAMPI DELL'APPRENDIMENTO E LE COMPETENZE DEL TUTOR - 4. IL TUTOR FACILITATORE DELL'APPRENDIMENTO DI COMPETENZE INTELLETTIVE - 5. IL TUTOR FACILITATORE DELL'APPRENDIMENTO DI COMPETENZE RELAZIONALI - 6. IL TUTOR FACILITATORE DELL'APPRENDIMENTO DI COMPETENZE GESTUALI - 7. L'APPRENDIMENTO IN AMBITO PROFESSIONALE O TIROCINIO - 8. IL TUTOR E LA VALUTAZIONE - 9. LA FORMAZIONE DEI TUTOR.

LOREDANA SASSO
ANTONELLA LOTTI
LOREDANA GAMBERONI

Il tutor
per le professioni sanitarie

Carocci
Roma, 2003
pagg.199, € 16,90

PIETRO GENCO (a cura di)

Problemi e politiche di razionalizzazione del settore sanitarioEnzo Albano Editore
Napoli, 2002
pagg. 452, € 25,00

I processi di trasformazione introdotti dalla riforma sanitaria hanno generato un fabbisogno di ricerca cui il Consiglio nazionale delle ricerche ha fornito un significativo contributo, promuovendo e finanziando il progetto strategico «problemi prioritari e politiche di razionalizzazione del Sistema sanitario nazionale». Questo volume raccoglie parte rilevante dei risultati conseguiti al termine del progetto e costituisce un utile supporto per l'approfondimento delle problematiche relative al management sanitario, ai nuovi assetti organizzativi del sistema di offerta e alla creazione di sistemi qualità in sanità; problematiche che assumono particolare rilievo alla luce del processo di aziendalizzazione in atto ed al conseguente trasferimento di strumenti e logiche economico-aziendali in un contesto tradizionalmente ancorato a schemi di comportamento di carattere burocratico formale.

INDICE: PRIMA PARTE. PROBLEMI DI MANAGEMENT SANITARIO - 1. LE STRATEGIE DELLE AZIENDE SANITARIE (F. FONTANA, P.O. ACHARD, V. CASTELLO, S. PROFILI) - 2. LA FUNZIONE CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: STATO DELL'ARTE E SFIDE PER IL FUTURO (E. BORGONOV, M. DEL VECCHIO) - 3. IL RUOLO DEL SISTEMA DELLE TARIFFE NEI PROCESSI DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE (A. ZANGRANDI) - 4. IL CALCOLO ECONOMICO NELLA GESTIONE MANAGERIALE DELLE RESIDENZE

SANITARIE ASSISTENZIALI PUBBLICHE (M. ZUCCARDI MERLI) - 5. LE POLITICHE DI DOMANDA E OFFERTA NEL SETTORE SANITARIO ITALIANO DAGLI ANNI '90 AD OGGI (A. DONIA SOFIO, F. SPANDONARO) - 6. FORMAZIONE STATISTICA E DEVOLUZIONE SANITARIA: NUOVI OPPORTUNITÀ PER LE REGIONI (P. BELLINI) - **SECONDA PARTE. NUOVI ATTORI E NUOVI ASSETTI ORGANIZZATIVI DEL SISTEMA DI OFFERTA** - 7. IL RUOLO DEL DISTRETTO SANITARIO NEL GOVERNO DELLA DOMANDA DI SALUTE: I RISULTATI DI UNA RICERCA EMPIRICA (F. TESTA, C. BUCCIONE) - 8. RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI E TERZO SETTORE: FRA QUASI-MERCATI E VIA SOCIETARIA (P. DONATI) - 9. LE COOPERATIVE DEI MEDICI DI BASE IN ITALIA: ESPERIENZE, PROBLEMI E PROSPETTIVE (I. COLOZZI) - 10. LE PROBLEMATICHE DELLA CONTRATTAZIONE IN SANITÀ IL CASO LIGURE (A. TESTI) - 11. LE ASSICURAZIONI SULLA SALUTE (F. GRASSO) - **TERZA PARTE. APPROCCI METODOLOGICI E STRUMENTI PER LA GESTIONE DELLA QUALITÀ** - 12. FARE QUALITÀ CON IL PAZIENTE: LA PROSPETTIVA DELLA CARTA DEI SERVIZI SANITARI (C. BACCARINI, F. SIMEONI, M. UGOLINI) - 13. LA VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DI OPERATORI DI AZIENDE SANITARIE (G. GORIO).

Su quasi nessun altro problema le opinioni sono divergenti come intorno alle tendenze in atto nell'ambiente e nella ricerca biotecnologica e ai conseguenti riflessi sulla salute umana. Nel manuale sono sintetizzate per il lettore alcune delle teorie di filosofia della scienza più influenti di questo secolo in quanto l'immagine che abbiamo della scienza condiziona la nostra disponibilità ad accettarne i prodotti e l'influenza che essa esercita sulla vita quotidiana. Vengono poi passati in rassegna alcune teorie etiche, rilevanti per il dibattito intorno alle biotecnologie e infine questi concetti sono applicati a diversi esempi come la ricerca genetica, gli organismi geneticamente modificati e il principio di precauzione.

INDICE: 1. SCIENZA, TECNOLOGIA E FILOSOFIA: UN RAPPORTO DIFFICILE - 2. LE BASI TEORICHE DEI GIUDIZI ETICI - 3. ALCUNI ARGOMENTI BIOETICI CONTROVERSI: VENDITA DEGLI ORGANI, CELLULE STAMINALI, CLONAZIONE - 4. IL CASO DEGLI ORGANISMI GENETICAMENTE MODIFICATI - 5. IL GENOMA, LA NUOVA GENETICA E LE ASSICURAZIONI - 6. ETICA AMBIENTALE - 7. IL PRINCIPIO DI PRECAUZIONE - 8. LA NATURA NELL'EPOCA DELLA SUA RIPRODUCIBILITÀ TECNICA - 9. CONCLUSIONI: L'ACCETTABILITÀ SOCIALE DELLE BIOTECNOLOGIE.

PAOLO VINEIS

Etica, ambiente e biotecnologie
Un manualeIl Pensiero Scientifico Editore
Torino, 2003
pagg. 76, € 10,00

SOCIETÀ SCIENTIFICA
SIS/118

**Manuale di accreditamento
per lo sviluppo
dei sistemi qualità
dei sistemi d'emergenza
urgenza-118**

Francoangeli
Milano, 2003
pagg.189, € 17,00

Il sistema di emergenza sanitaria 118 è divenuto in pochi anni un elemento essenziale nell'ambito della sanità nazionale ed è composto da due fasi: la prima relativa all'allarme territoriale, la seconda costituita dall'intervento di soccorso. Entrambe costituiscono la risposta immediata alle situazioni di emergenza-urgenza sanitaria e sono seguite, dopo un primo intervento in loco, dal trasporto assistito all'ospedale idoneo. Il flusso di servizio generato da due elementi apparentemente semplici quali richiesta e risposta adeguata ha dato origine ad un'organizzazione complessa che si è sviluppata a livello nazionale in modo diversificato a seconda della sensibilità delle amministrazioni regionali nella allocazione o meno delle risorse. Il manuale deve costituire le fondamenta per un percorso continuo di approfondimento e confronto con tutti gli attori del 118, nonché con le altre componenti sanitarie e non che interagiscono nel complesso sistema dell'emergenza-urgenza, volto ad offrire prestazioni sempre più efficaci ai cittadini.

INDICE: PARTE PRIMA. 1. GLI ELEMENTI DEL SISTEMA QUALITÀ - 2. CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO ED ELEMENTI QUALIFICANTI (STANDARD DEL PRODOTTO) - 3. DEFINIZIONE DELLA POLITICA DELLA QUALITÀ E PIANIFICAZIONI - 4. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA - 5. ANALISI DEL PROCESSO E ANALISI DEI RISCHI - 6. LA LOGICA CLIENTE/FORNITORE - 7. PROCEDURE, ISTRUZIONI OPERATIVE - 8. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE - 9. ADDESTRAMENTO ALLE ATTIVITÀ TECNICO/PROFESSIONALI - 10. GESTIONE DEGLI EVENTI INDESIDERATI DI TIPO ORGANIZZATIVO E CLINICO E DEGLI EVENTI SENTINELLA (NON CONFORMITÀ) - 11. GLI INDICATORI NEI SISTEMI DI EMERGENZA URGENZA-118 - 12. INDICATORI PIANIFICATI DI VERIFICA DEI RISULTATI (RIESAME DELLA DIREZIONE) - 13. REQUISITI STRUTTURALI - PARTE SECONDA - 14. SISTEMI DI VERIFICA - 15. VERIFICHE ISPETTIVE - 16. VERIFICHE DI AUTOVALUTAZIONE - 17. CHECK LIST: STRUMENTI DI AUTOVALUTAZIONE.

In questo volume gli autori affrontano i problemi di metodo e applicativi riguardanti la misurazione della soddisfazione dei cittadini per il rapporto con il medico di medicina generale. I metodi e gli strumenti di indagine specifici e mirati all'ambito della medicina generale sono: (a) concettualizzazione del fenomeno «soddisfazione» per il rapporto con il medico di medicina generale e relativi fattori determinanti; (b) campionamento a due stadi (medici di medicina generale e loro assistiti); (c) rilevazione tramite questionario autocompilato trasmesso e restituito via posta; (d) applicazione congiunta di metodi di elaborazione statistica multivariati (componenti principali e regressione multilivello). Di notevole interesse per i destinatari sono l'ampia bibliografia nazionale e internazionale sull'argomento specifico e le proposte di strumenti di indagine elaborate dagli autori in relazione all'esperienza fatta. Si tratta di un importante e originale contributo italiano in materia di misura della soddisfazione per il rapporto con il medico di medicina generale, ben collocato nello scenario dell'ampia letteratura nazionale e internazionale.

INDICE: 1. LA VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENTE NELLA MEDICINA DI FAMIGLIA - 2. METODOLOGIA - 3. RISULTATI - 4. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

ALBERTO FRANCI
MARIO CORSI

**Il gradimento
per la medicina di famiglia**
Problemi metodologici
ed aspetti applicativi

Summa
Padova, 2003
pagg.101, € 14.00

SILVANO FUMERO

**Ricerca e sviluppo
nell'industria biotecnologia
e farmaceutica**
Strategie, processi,
organizzazione, pianificazione
e altre considerazioni

Bollati Boringhieri
Torino, 2003
pagg. 214, € 18,00

Il libro intende presentare in modo completo e accessibile le problematiche scientifiche, tecnologiche e manageriali che caratterizzano un settore industriale complesso, multidisciplinare e con elevate implicazioni economiche, etiche e politiche. Dagli aspetti strategici generali si passa all'analisi dei processi che regolano le fasi di ricerca e sviluppo, senza trascurare le questioni relative alla gestione e alle risorse umane. Particolare attenzione è data alle potenzialità dei nuovi approcci biotecnologici.

INDICE: 1. INTRODUZIONE ALLA RICERCA E SVILUPPO NEL SETTORE FARMACEUTICO-BIOTECNOLOGICO - 2. RICERCA E SVILUPPO COME PROCESSO PER L'INNOVAZIONE - 3. LA RICERCA - 4. LO SVILUPPO - 5. ORGANIZZAZIONE IN PROGETTI, PROCESSO DECISIONALE E PORTFOLIO-PROGETTI - 6. LE RISORSE UMANE - 7. LO SCENARIO ATTUALE E IL MODELLO DI SVILUPPO FUTURO.

Il Sistema sanitario italiano sta attualmente attraversando un momento di discontinuità derivante dall'applicazione di alcuni interventi di riforma. Queste riforme stanno «toccando» in maniera incisiva l'assetto organizzativo di tutte le strutture sanitarie operanti a livello locale. Il tema dei dipartimenti esprime in maniera compiuta questo stato di cose, infatti la migrazione verso un modello di organizzazione dipartimentale viene pressoché universalmente considerata come la risposta alle tante sfide che la sanità deve e dovrà affrontare nel prossimo futuro. Il presente progetto di ricerca intende sottoporre ad un'analisi critica l'effettiva portata e i risultati prodotti da questo processo di cambiamento.

INDICE: 1. FINALITÀ E STRUTTURA DEL PROGETTO DI RICERCA - 2. UN'ANALISI CRITICA DELLA LETTERATURA - 3. IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPINION LEADER - 4. IL PUNTO DI VISTA DELLE AZIENDE - 5. CONCLUSIONI.

STEFANO BARALDI (a cura di)

**L'organizzazione dipartimentale
nelle aziende sanitarie**

Accademia Nazionale
di Medicina
Genova, 2003
pagg. 142, € 20,00

STEFANO REGGIO
LAURA FRANCIA
CAROLINA TOMASI

**Elementi di politica
ed economia sanitaria**
Conoscenze di base
per gli operatori della sanità

Città Aperta Edizioni
Troina (EN), 2003
pagg. 94, € 10,00

Il libro si propone di identificare e spiegare il significato dei principali elementi costitutivi delle valutazioni economiche in sanità, nonché dell'analisi degli scenari di politica sanitaria rispetto alle realtà attuali e alle possibili evoluzioni del sistema. La conoscenza di questi elementi tecnici e socioeconomici ha lo scopo di indicare processi e indicatori per assicurare da parte degli operatori dell'appropriatezza delle scelte diagnostiche, terapeutiche e di prevenzione, consentirne l'equità di accesso e di favorire l'adeguata allocazione di risorse da parte dei decisori.

INDICE: 1. SCARSITÀ DELLE RISORSE E PECULIARITÀ DEL MERCATO - 2. LA SPESA SANITARIA - 3. IL RIORDINO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE - 4. PRINCIPALI TECNICHE DI VALUTAZIONE ECONOMICA - 5. MACRO E MICRO ALLOCAZIONE - 6. UNO STRUMENTO DI CONTROLLO DIREZIONALE: IL BUDGET - 7. INDICATORI DI EFFICACIA FUNZIONALI ALL'ANALISI ECONOMICA - 8. GLI INDICATORI DI PERFORMANCE COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO IN SANITÀ.

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

VOLPP K.G.M., WILLIAMS S.V. ET AL.

Market reform in New Jersey and the effect on mortality from acute myocardial infraction

Health Services Research vol. 38, n. 2, apr. 2003, pp. 515-535

GALLO C.E.

La concorrenza nell'erogazione dei servizi sanitari e la posizione delle imprese private

Sanità pubblica e privata n. 3, 2003, pp. 249-258

FREW E.J., WHYNES D.K. ET AL.

Eliciting willingness to pay: comparing closed-ended with open-ended and payment scale formats

Medical decision making vol. 23, n. 2, mar-apr 2003, pp. 150-159

GRABOWSKI D.C., HIRTH R.A.

Competitive spillovers across non profit and for-profit nursing homes

Journal of health economics vol. 22, n. 1, 2003, pp. 1-22

FARNWORTH M.G.

A game theoretic model of the relationship between prices and waiting times

Journal of health economics vol. 22, n. 1, 2003, pp. 47-60

SAVAGE E., WRIGHT D.J.

Moral Hazard and adverse selection in Australian private hospitals: 1989-1990

Journal of health economics vol. 22, n. 3, 2003, pp. 331-360

MILNE R.G., TORNSEY B.

Financial incentives, competition and a two tier service: lessons from the UK NHS internal market

Health policy vol. 64 issue 1, 2003, pp. 1-12

Sistemi di finanziamento

MCCALL N., PETERSONS A., MOORE S. ET AL.

Utilization of home health services before and after the balanced budget act of 1997: what were the initial effects?

Health Services Research vol. 38, n. 1, Part I, feb 2003, pp. 85-107

SORBERO M.E.S., DICK A.W., ZWANZIGER J ET AL.

The effect of capitation on switching primary care Physicians

Health Services Research vol. 38, n. 1, Part I, feb 2003, pp. 191-211

O'BRIEN E.

Employers' benefits from workers' health insurance

The Milbank quarterly vol. 81, n. 1, 2003, pp. 5-44

SHEN Y.

The effect of financial pressure on quality of care in hospitals

Journal of health economics vol. 22, n. 2, 2003, pp. 243-270

BARROS P.P.

Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system

Journal of health economics vol. 22, n. 3, 2003, pp. 419-444

LEWIS J.M., MARJORIBANKS T.

The impact of financial constraints and incentives on professional autonomy

Health planning and management vol. 18, n. 1, jan-mar 2003, pp. 49-62

Economia del farmaco

CASTELLBLANCH R.

Challenging pharmaceutical industry power in Maine and Vermont

Journal of health politics, policy and law n. 1, vol. 28, 2003, pp. 109-132

GUILLEN A.M., CABIEDES L.

Reforming pharmaceutical policies in the European Union: a «penguin effect»?

International journal of health services vol. 33, n. 1, 2003, pp. 1-28

MASSIMINO F.

La regionalizzazione, il contenimento della spesa farmaceutica ed i contratti tra le imprese, aziende sanitarie, grossisti e farmacie per la distribuzione del farmaco

Sanità pubblica e privata n. 1, 2003, pp. 41-62

ESS S.M., SCHNEEWEISS S., SZUCS T.D.

European healthcare policies for controlling drug expenditure

Pharmacoeconomics vol. 21, n. 2, 2003, pp. 89-103

CREALEY G.E., STURGESS I.K. ET AL.

Pharmaceutical Care Programmes for the Elderly: economic issue

Pharmacoeconomics vol. 21, n. 7, 2003, pp. 455-465

CLAES C., VON DER SCHULENBURG J. G.

The cost effectiveness of ACE inhibitors as first-line antihypertensive therapy

Pharmacoeconomics vol. 21, n. 8, 2003, pp. 573-585

Valutazione economica dell'attività sanitaria

MOJTABAI R., GRAFF ZIVIN J.

Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis

Health Services Research vol. 38, n. 1, Part I, feb 2003, pp. 233-261

FISHMAN P.A., KHAN Z.M. ET AL.

Health care costs among smokers, former smokers, and never smokers in an HMO

Health Services Research vol. 38, n. 2, apr 2003, pp. 733-751

ZETHRAEUS N., JOHANNESON M. ET AL.

Advantage of using the net-benefit approach for analysing uncertainty in economic evaluation studies

Pharmacoeconomics vol. 21, n. 1, 2003, pp. 39-48

MOUNIER N., FERME C.

Model-based methodology for analysing incomplete quality of life data and integrating them into the Q-TWiST framework

Medical decision making vol. 23, n. 1, jan-feb 2003, pp. 54-66

BIRCH S., GAFNI A.

Economics and the evaluation of health care programmes: generalisability of methods and implications for generalisability of results

Health policy vol. 64, issue 2, 2003, pp. 207-230

CHALOUPKA F.J.

The effect of cigarette prices on youth smoking

Health economics vol. 12, n. 3, mar 2003, pp. 217-230

CHARBONNEAU A., MD, MSC, ROSEN A.K. ET AL.

Measuring the quality of depression care in a large integrated health system

Medical Care vol. 41, n. 5, may 2003, pp. 669-686

Analisi dei sistemi sanitari

WALSHE K.

International comparison of the quality of health care; what do they tell us?

Quality and Safety in Health care vol. 12, n. 1, feb 2003, pp. 4-5

LEWIS R., GILLAM S.

Back to the market: yet more reform of the national health service

International journal of health services vol. 33, n. 1, 2003, pp. 77-84

SEPEHRI A., CHERNOMAS R., HAROON AKRAM-LODHI A.

The health crisis in Argentina

International journal of health services vol. 33, n. 1, 2003, pp. 129-136

GAFNI A., BIRCH S.

NICE methodological guidelines and decision making in the NHS in England and Wales

Pharmacoeconomics vol. 21, n. 3, 2003, pp. 149-157

PRADHAN M., SAHN D.E., YOUNGER S.D.

Decomposing world health inequality

Journal of health economics vol. 22, n. 2, 2003, pp. 271-294

HAUCK K., RICE N., SMITH P.

The influence of health care organizations on health system performance

Health services research & policy vol. 8, n. 2, apr 2003, pp. 68-74

SCOTT K.M., MARWICK J.C., CRAMPTON P.R.

Utilization of general practitioner services in New Zealand and its relationship with income, ethnicity and government subsidy

Health services management research vol. 16, n. 1, feb 2003, pp. 45-55

GIACAMAN R., HANAN A-R., WICK L.

Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories (OPT): targeting the forest or the trees

Health policy and planning vol. 18(1), 2003, pp. 59-67

Programmazione e organizzazione del lavoro

ECCLES M., GRIMSHAW J., CAMPBELL M., RAMSAY C.
Research design for studies evaluating the effectiveness of change and improvement of strategies
Quality and Safety in Health care vol. 12, n. 1, feb 2003, pp. 47-53

SOBERMAN GINSBURG L.
Factors that influence line managers' perceptions of hospital performance data
Health Services Research vol. 38, n. 1, Part I, feb 2003, pp. 261-287

HEITLINGER A.
The paradoxical impact of health care restructuring in Canada on nursing as a profession
International journal of health services vol. 33, n. 1, 2003, pp. 37-54

ILIFFE S., LENIHAN P.
Integrating primary care and public health: learning from the community-oriented primary care model
International journal of health services vol. 33, n. 1, 2003, pp. 85-98

DAMI C.
Evoluzione della normativa in materia di libera professione del personale medico dipendente del servizio sanitario nazionale
Sanità pubblica e privata n. 2, 2003, pp. 145-174

STEWART S., HOROWITZ J.D.
Specialist nurse management programmes: economic benefits in the management of heart failure
Pharmacoeconomics vol. 21, n. 4, 2003, pp. 225-240

ALTMAN D., CULTER D., ZECKHAUSER R.
Enrollee mix, treatment intensity, and cost in competing indemnity and HMO plans
Journal of health economics vol. 22, n. 1, 2003, pp. 23-46

SCOTT T., RUSSELL M. ET AL.
Does organizational culture influence health care performance? A review of the evidence
Health services research & policy vol. 8, n. 2, apr 2003, pp. 105-117

WEIL T.P.
Hospital downsizing and workforce reduction strategies: some inner workings
Health services management research vol. 16, n. 1, feb 2003, pp. 13-23

ANTONAZZO E., SCOTT A. ET AL.
The labour market for nursing: a review of the labour supply literature
Health economics vol. 12, n. 6, jun 2003, pp. 465-476

BRODY D.S.
Improving the management of depression in primary care: recent accomplishments and ongoing challenges
Disease management & health Outcomes vol. 11, n. 1, 2003, pp. 21-31

DI SALVO T.G., WARNER STEVENSON L.
Interdisciplinary team-based disease management of hearth failure
Disease management & health Outcomes vol. 11, n. 2, 2003, pp. 87-94

Controllo di gestione e sistemi informativi

HEARSHAW H.M., HARKER R.M., CHEATER F.M., BAKER R.H., GRIMSHAW G.M.
Are audits wasting resources by measuring the wrong things? A survey of methods used to select audit review criteria
Quality and Safety in Health care vol. 12, n. 1, feb 2003, pp. 24-29

GREMBOWSKI D.E., MARTIN D., DIEHR PP. ET AL.
Managed care, Access to specialists, and outcomes among Primary Care Patients with pain
Health Services Research vol. 38, n. 1, Part I, feb 2003, pp. 1-21

RICCI P.
Il decreto interministeriale 11 febbraio 2002: i nuovi bilanci delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere
Sanità pubblica e privata n. 3, 2003, pp. 259-276

COOLS H.J.M., HABBEMA J.D.F.F.
A cost-minimisation study of alternative discharge policies after hip fracture repair
Health economics vol. 12, n. 2, feb 2003, pp. 87-100

MITTENDORF T., MERKESDARL S. ET AL.
Implementing standardized cost categories within economic evaluations in musculoskeletal diseases
The European journal of health economics vol. 1, 2003, pp. 43-49

HASSEL K., ATELLA V. ET AL.
Cost to the patient or cost to the health care system? Which one matters the most for GP prescribing decision? A UK-Italy comparison
European journal of public health vol. 13, n. 1, 2003, pp. 18-23

MORSS S., GARG P.P. ET AL.

Are critical pathways effective for reducing postoperative length of stay

Medical Care vol. 41, n. 5, may 2003, pp. 637-648

Innovazione tecnologica

DI MASI J.A., HANSEN R.W., GRABOWSKI H.G.

The price of innovation: new estimates of drug development costs

Journal of health economics vol. 22, n. 2, 2003, pp. 151-186

DIXON S., COLEMAN P.P. ET AL.

Evaluation of the impact of a technology appraisal process in England: the south and west development and evaluation committee

Health services research & policy vol. 8, n. 1, jan 2003, pp. 18-24

JACOBSON N., BUTTERILL D., GOERING P.

Development of a framework for knowledge translation: understanding user context

Health services research & policy vol. 8, n. 2, apr 2003, pp. 94-99

MRAZEK M.F., MOSSIALOS E.

Stimulating pharmaceutical research and development for neglected diseases

Health policy vol. 64, issue 1, 2003, pp. 75-88

ROBINSON D.F., SAVAGE G.T., CAMPBELL K.S.

Organizational learning, diffusion of innovation, and internal collaboration in telemedicine

HCM review vol 28, n. 1, 2003, pp. 68-77

TURNER J.W., ROBINSON J.D. ET AL.

Media attitudes vs. use: the contribution of context to the communication environment in telemedicine

HCM review vol. 28, n. 2, 2003, pp. 95-106

Altro

LECLERC B., DUNNINGAN L. ET AL.

Callers' ability to understand advice received from a telephone health line service: comparison of self-reported and registered data

Health Services Research vol. 38, n. 2, apr 2003, pp. 697-711

O'NEILL O.

Trust with accountability?

Health services research & policy vol. 8, n. 1, jan 2003, pp. 3-4

HADORN D., STEERING COMMITTEE OF THE WESTERN CANADA WAITING LIST PROJECT

Setting priorities on waiting lists: point-count systems as linear models

Health services research & policy vol. 8, n. 1, jan 2003, pp. 48-54

NEWELL S., EDELMAN L. ET AL.

«Best practice» development and transfer in the NHS: the importance of process as well as product knowledge

Health services management research vol. 16, n. 1, feb 2003, pp. 1-12

BADLOR R.A.

Ethical considerations in disease management: a managed care perspective

Disease management & health outcomes vol. 11, n. 2, 2003, pp. 71-75

Ecco

RAGIUSAN



click!

RAGIUSAN nel 2003 è disponibile anche in CD-rom.

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- visualizzare e consultare la rivista **RAGIUSAN** in formato pdf, mediante l'applicazione *Acrobat Reader*, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- «navigare» nella rivista **RAGIUSAN**, andando direttamente alle rubriche (dottrina, giurisprudenza e documentazione) o agli argomenti di maggior interesse;
- consultare l'indice della rivista **RAGIUSAN**, con tutti i *links* che rinviano alla visualizzazione dei testi degli articoli e delle leggi nazionali e regionali;
- fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

Per tutti gli abbonati alla rivista **RAGIUSAN**, il costo dell'abbonamento al supplemento annuale in CD-rom di **RAGIUSAN click** 2003 è di soli € 320,00 anziché € 950,00.

CEDOLA D'ORDINE

RISERVATA AGLI ABBONATI A **RAGIUSAN** 2003

ABBONAMENTO AL SUPPLEMENTO IN CD-ROM

Programma abbonamento 2003

Spedizione in abbonamento postale

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817 - E-mail sipised@tin.it

Avendo preso visione e trovato funzionale il CD-rom **RAGIUSAN click** n. 225/226, sottoscrivo l'abbonamento annuale al supplemento

RAGIUSAN click 2003 al prezzo speciale di € 320,00

● Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
 - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
- Barrare la casella che interessa

Vi prego quindi voler inoltrare — in quanto già abbonato (codice etichetta n.) a **RAGIUSAN** 2003 — con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso, il supplemento in CD-rom.

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

Ecco

MECOSAN



click!

La copia esatta di *MECOSAN* cartaceo è disponibile nel 2003 anche in CD-rom.

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- visualizzare e consultare la rivista *MECOSAN* in formato pdf, mediante l'applicazione *Acrobat Reader*, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- «navigare» nella rivista *MECOSAN*, andando direttamente alle sezioni o agli articoli di maggior interesse;
- fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

Per tutti gli abbonati alla rivista *MECOSAN*, il costo dell'abbonamento al supplemento annuale in CD-rom di *MECOSAN click* 2003 è di soli € 110,00 anziché € 330,00.

CEDOLA D'ORDINE

RISERVATA AGLI ABBONATI A *MECOSAN* 2003

ABBONAMENTO AL SUPPLEMENTO IN CD-ROM

Programma abbonamento 2003

Spedizione in abbonamento postale

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817 - E-mail sipised@tin.it

Avendo preso visione e trovato funzionale il CD-rom *MECOSAN click* n. 45, sottoscrivo l'abbonamento annuale al supplemento

MECOSAN click 2003 al prezzo speciale di € 110,00

● Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa

Vi prego quindi voler inoltrare — in quanto già abbonato (codice etichetta n.) a *MECOSAN* 2003 — con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso, il supplemento in CD-rom.

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

Costo dell'abbonamento per l'anno 2003: € 205,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, potrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

o mediante assegno bancario non trasferibile intestato alla società editoriale.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2003 è fissato in:

€ 205,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2003 per l'estero è fissato come segue: € 205,00 per l'Europa unita; € 305,00 per il resto del mondo (spese postali incluse).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) € 194,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) € 194,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) € 194,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) € 194,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) € 194,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) € 194,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) € 194,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 194,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716) € 194,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 205,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 205,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 1.832,60, anziché € 2.156,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.