

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**  
Amministratore delegato Villa Mafalda s.p.a.

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 - Chiara Peverelli - Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro**

Direttore generale

**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](mailto: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 **Cicli di vita dei fenomeni, cicli di vita delle politiche**  
Elio Borgonovi

### Sez. 1ª - Saggi e ricerche

- 9 **Costi e tariffe nelle unità di Terapia intensiva neonatale in Italia**  
Maria Caterina Cavallo, Irene Colangelo, Rinaldo Zanini, Franco Macagno
- 23 **Competenze e funzioni nell'ambito delle cure palliative. Il ruolo del Terzo Settore**  
Attilio Gugliatti
- 37 **Sistemi tariffari per la remunerazione del long-term care**  
Mariafrancesca Sicilia, Emilio Tanzi
- 49 **L'analisi di costo sociale. Quale ruolo per il management e l'economia sanitaria?**  
Rosanna Tarricone

### Sez. 2ª - Documenti e commenti

- 71 **La gestione per processi in sanità**  
Valeria Tozzi

### Sez. 3ª - Esperienze innovative

- 83 **Sperimentazioni gestionali in sanità: il caso AMOS spa, l'Azienda multiservizi ospedalieri e sanitari del Quadrante 3 di Cuneo**  
Marta Marsilio, Fulvio Moirano
- 95 **Un'analisi in chiave strategica dei meccanismi operativi. Il caso Ausl Reggio Emilia**  
Mariella Martini, D. Riccò, Franco Prandi, L. Cosmi, M. Del Vecchio, Maurizio Martini, Federica Prandi
- 123 **L'evoluzione delle cure primarie in Regione Lombardia**  
Stefano Del Missier
- 131 **Allineare le convenienze dei cittadini ad etica e salute della comunità dei diversi attori in sanità**  
Alberto Donzelli

### Sez. 6ª - Biblioteca

- 151 **Novità bibliografiche**
- 156 **Spoglio riviste**

## CICLI DI VITA DEI FENOMENI, CICLI DI VITA DELLE POLITICHE

Elio Borgonovi

*Una possibile interpretazione dell'attuale fase storica del sistema di tutela della salute è legata al paradigma del «ciclo» dei fenomeni, delle idee-forza tramite cui sono stati interpretati i fenomeni e delle politiche. Cicli che oggi sembrano avere portato il sistema ad una situazione nella quale appare più difficile, rispetto ad altri periodi del recente passato, trovare sintesi o contemperamenti adeguati a rispondere alle diverse esigenze e, soprattutto, alle diverse attese. Si può affermare che, con riguardo al sistema di tutela della salute oggi il problema chiave sia sintetizzabile nei seguenti termini:*

*a) per diversi «soggetti» del sistema il livello di attese si è elevato in modo decisivo e perciò vengono valutate insoddisfacenti, risposte superiori a quelle del passato (a volte in misura rilevante), ma che presentano un diverso rispetto alle attese maggiore di quello del passato: in sintesi, erano inferiori le critiche ad un sistema che oggettivamente dava minori servizi e di qualità inferiore, ma nel quale il livello di aspettative era più basso;*

*b) vi è una convergenza di «fasi critiche» dei diversi cicli che determina quella che può essere definita come una «congestione di complessità» che non si riesce ad affrontare in modo lineare e con la necessaria sequenzialità: le spinte e le pressioni per cercare di risolvere i vari aspetti di com-*

*plexità (quelle che vengono identificate come «emergenze») determinano conflitti e ritardi nella individuazione di soluzioni accettabili dai diversi soggetti.*

*Ciclo del concetto di salute. Con l'introduzione del Ssn nel 1978 si è passati, almeno sul piano del diritto codificato, dal concetto di lotta, eliminazione della malattia a quello di recupero, mantenimento, promozione della salute.*

*Negli anni ottanta vi è stato un grande fermento di idee, di elaborazioni anche sul piano scientifico, di politiche, rivelatesi poi più o meno efficaci, centrate sui temi della prevenzione, della diagnosi precoce, della riabilitazione. Durante gli anni novanta l'attenzione culturale sul tema della salute (invece che della malattia) è rimasta, e per molti aspetti si è anche rafforzata, ma si è dovuta scontrare con sistemi di finanziamento e di valutazione dei risultati che tendevano a privilegiare le fasi della diagnosi e della cura. Si può dire che la «cultura della salute» (della prevenzione e del miglioramento della salute) è rimasta in alcune aree di attività (si ricordano le politiche e le campagne a favore della prevenzione dei tumori, delle malattie cardiovascolari, contro il fumo ed in generale a favore degli stili di vita «salutisti»), ma in molti campi e per molti cittadini è forse ri-*

*tornata a prevalere la concezione secondo cui ci si preoccupa della salute, quando ci s'imbatte nella malattia.*

*Anche molti dei programmi di informazione, prevenzione, educazione sanitaria sono stati sospesi e modificati a causa di vincoli finanziari. Con riguardo a questo tema, oggi siamo in una fase del ciclo caratterizzata da «elevata divaricazione»:*

*a) in alcuni campi e per alcuni gruppi sociali si è definitivamente affermato e consolidato l'obiettivo di tutela della salute: recentemente è stato realizzato un Convegno su «La salute per chi sta bene» (e vi sono varie iniziative su questa linea), sono aumentati i centri e le spese per la cura del corpo (non solo di tipo estetico, ma legate proprio al mantenimento dello stato di benessere);*

*b) in altre aree di assistenza si è ritornati di fatto, anche se non di diritto, verso la prevalenza della lotta alla malattia: anche se la logica dichiarata non è questa, si può affermare che il principio dei «livelli essenziali di assistenza» è un ritorno verso la priorità della lotta alla malattia;*

*c) per altre fasce della popolazione (immigrati, nuovi poveri, portatori di patologie cronico-degenerative) i meccanismi di finanziamento del sistema e le forme di compartecipazione al costo, rischiano addirittura di compromettere la capacità di combat-*

tere tempestivamente ed efficacemente la malattia;

d) si è ancora più accentuato il divario tra Paesi (e aree dello stesso Paese) nei quali sono possibili politiche per la promozione della salute e altre nelle quali sembra addirittura essere diminuita, rispetto agli anni sessanta e settanta (ovviamente in termini relativi), la capacità di lottare contro malattie endemiche, facilmente debellabili sul piano delle conoscenze scientifiche.

Nei Paesi sviluppati e in modo drammatico nei Paesi che non sono usciti dalla morsa del sottosviluppo o in quelli emergenti il tema centrale di questo «ciclo del problema malattia-salute» è quello della relazione che si stabilisce tra salute e qualità dello sviluppo. Anche nei Paesi economicamente progrediti sta emergendo l'idea secondo cui la qualità della salute dei propri cittadini costituisce vincolo allo sviluppo e secondo cui la spesa per la salute potrebbe diventare un nuovo motore-volano per lo sviluppo economico.

Ciclo della scelta del paziente. I modelli classici di analisi del rapporto medico-paziente indicavano che il portatore di un bisogno (il paziente) era in grado di evidenziare sintomi di malessere, ma che il medico aveva la conoscenza per interpretare i sintomi, effettuare la diagnosi, proporre le terapie. In seguito l'affermarsi del principio del «consenso informato», necessario per certi trattamenti, programmi di educazione sanitaria e la diffusione delle informazioni, diventata sempre più rapida, estesa e completa con l'uso delle moderne tecnologie (internet, portali, ecc.), sono stati tutti orientati ad aumentare il «potere di scelta autonoma e consapevole da parte dei pazienti». Anche i sistemi di finanziamento sono stati orientati a valorizzare «le preferenze dei pazien-

ti». A parte le considerazioni sui diversi livelli di accessibilità alle informazioni da parte dei diversi gruppi sociali e/o di pazienti, sulla qualità delle informazioni autointerpretate dai pazienti (che possono ingenerare anche errori), sulla qualità e sui controlli su informazioni che possono creare distorsioni o che possono essere orientate ad aumentare i consumi di prestazioni e servizi sanitari, oggi si pone un nuovo problema, anche nel nostro Paese.

Il rapporto di «dipendenza psicologica» del paziente nei confronti del medico, in molti casi sembra ribaltarsi in un rapporto di «dipendenza del medico dal paziente» per quanto riguarda l'aspetto delle responsabilità per «errori medici».

È stato corretto eliminare la situazione di mancanza di informazione (o addirittura di omertà) che non consentiva di individuare nel passato errori e colpe di medici e di altri operatori. Era anche doveroso introdurre sistemi di risarcimento (di vario tipo) nel caso di danni alla salute (o di inadeguata soluzione ai problemi della salute) a causa di negligenze, errori di operatori sanitari.

Ora si sta forse entrando in un ciclo nel quale le norme poste a tutela del paziente possono consentire perfino un «eccesso di tutela» o un «uso speculativo» (per trarre vantaggi economici) da presunte negligenze, incompetenze, trattamenti impropri. Il tema del ricorso non sempre corretto a denunce contro le malpractice dei medici e delle strutture sanitarie, sta diventando un problema sempre più rilevante con l'aumento di accertamenti e procedure diagnostiche e terapeutiche realizzate non per migliorare la salute, ma al solo «scopo difensivo contro possibili azioni di responsabilità». Rischiano di diffondersi comportamenti di medici determinati dal timore della responsabilità penale e

civile piuttosto che dal senso di responsabilità nei confronti dello stato di salute dei pazienti. Di conseguenza una parte crescente di risorse formalmente contabilizzata nel settore non viene destinata al fine di tutela della salute, ma alimenta un altro circuito, quello delle cause legali collegate ai problemi della salute.

Ciclo delle conoscenze e di nuove tecnologie per la salute. Dopo decenni in cui le conoscenze nel campo della tutela della salute hanno avuto miglioramenti significativi, ma alquanto lenti e di tipo lineare (ad esempio da chirurgie generali a chirurgie specialistiche, da medicina generale a varie branche in cui si è articolata), dalla metà degli anni settanta si è aperto un ciclo in cui:

a) lo sviluppo delle conoscenze ha subito una improvvisa accelerazione;

b) le conoscenze di base si sono tradotte più rapidamente rispetto al passato in metodiche assistenziali e in effettive possibilità di intervenire sullo stato di salute;

c) lo sviluppo delle conoscenze è sempre più strettamente legato alle tecnologie che, da un lato, aiutano ad elaborare le conoscenze (si pensi alla possibilità di trattare enormi quantità di informazioni per stabilire correlazione tra fattori e stili di vita e condizioni di salute, alle tecnologie usate per la mappatura del genoma, ecc.) e, dall'altro, incorporano le conoscenze (si pensi alle tecnologie per l'immagine del tipo TAC, RMM, PET, radiologia digitalizzata, alle tecnologie per i trapianti, per l'assistenza nelle cure intensive, ecc.).

Il ciclo della conoscenza e dell'impiego di nuove tecnologie all'inizio ha apportato enormi benefici sullo stato di salute (patologie in precedenza non diagnosticabili precocemente o non trattabili sono diventate trattabili con

efficacia), in seguito ha consentito una più rapida diffusione delle possibilità di intervenire positivamente sullo stato di salute (si pensi alla diffusione della TAC o di altre tecnologie in molti ospedali a seguito della diminuzione del loro costo unitario, o alla possibilità di teleconsulto o di trasmissione a distanza dei dati sui pazienti e delle risposte), infine ha portato ad una situazione, quella attuale, nella quale emergono due temi rilevanti:

a) la natura delle conoscenze pone sempre più rilevanti e complessi problemi etici (dall'uso delle cellule staminali, al mantenimento in vita di persone allo stato vegetativo, ai test predittivi con possibilità di aborto, ai trapianti che a volte inducono persone a «vendere» propri organi per esigenze economiche o causano comportamenti criminali quali il «commercio di organi»);

b) in un numero crescente di casi l'aumento delle conoscenze, sul piano diagnostico e delle terapie, e l'impiego delle tecnologie determina elevati costi con limitati (e in alcuni casi nulli) benefici aggiunti sullo stato di salute: ciò pone rilevanti e complessi problemi sul piano della allocazione delle risorse scarse che, già di per sé limitate, diventano ancor più scarse per impieghi che avrebbero ben più elevati livelli di efficacia sul piano della salute e più elevati rapporti benefici-costi.

Ciclo delle professionalità sanitarie. Negli ultimi trenta anni le professioni hanno avuto una evoluzione che, seppur con «eroiche semplificazioni» come accade in questi casi, è possibile sintetizzare come segue:

a) all'inizio vi era un elevato livello di «autoreferenzialità» (il medico che interpreta il bisogno «per conto del paziente» e ha grande influenza nel decidere la risposta da dare): a ciò

si collega anche un elevato status e privilegio sociale;

b) negli anni ottanta e novanta, è diminuito il livello di autoreferenzialità (percepito, però sempre più come diminuzione del livello di autonomia professionale) a causa del diffondersi delle tecnologie (che in alcuni casi hanno sostituito le funzioni di alcuni operatori, si pensi ai tecnici di laboratorio a seguito dell'automazione ed a molti altri casi), delle politiche di consolidamento ed esplicitazione delle conoscenze da parte delle comunità scientifiche (elaborazione e introduzione di «protocolli di indirizzo diagnostico-terapeutico», di linee-guida, di sistemi di parametri per valutare l'efficacia di certi trattamenti), dell'introduzione di «regole organizzative» (compresa la dibattuta questione del «rapporto esclusivo» con la struttura pubblica) che ha modificato la figura da quella del «professionista che risponde alla scienza e coscienza e al proprio paziente» a quella di professionista «che, facendo parte di un sistema organizzativo» deve accettare e rispettare alcune regole di comportamento quali: programmare le attività, organizzare in modo efficiente il personale, controllare i costi.

Oggi il ciclo è arrivato ad una fase in cui si avverte la forte esigenza dei professionisti di «riappropriarsi» dei contenuti più qualificanti del loro lavoro. Ciò significa volontà di «governare le tecnologie» (cercare di farne un uso corretto) invece che delegare funzioni alle tecnologie, rimettere in discussione regole di comportamento professionale e organizzativo che, invece di aiutare e premiare comportamenti finalizzati al benessere dei pazienti, spesso creano ostacoli e ritardi inutili e irrazionali, recuperare un più diretto rapporto personale, umano, di trasparenza e corretta informazione con il paziente.

Ciclo delle politiche sanitarie. L'introduzione del Ssn aveva dato grande priorità alla funzione della «politica sanitaria» (allora si chiamava ancora così, mentre oggi si dice «di tutela della salute») intesa correttamente come «scelta tra diversi bisogni in rapporto alle risorse disponibili» (logica e modello della programmazione sanitaria). Tale indicazione è però stata interpretata in modo non corretto nella prima fase nella quale organi nominati tramite un processo politico (comitati di gestione) avevano funzioni e responsabilità sulla gestione. In seguito, compresa l'irrazionalità di questo modello e visti i risultati insoddisfacenti, si è allontanata la politica dalla gestione con l'introduzione di Amministratori straordinari unici (anno 1991) e dei Direttori generali. La politica non è scomparsa, ma è stata demandata ad un livello che, per semplificazione evocativa, si può definire «meno nobile», riguardante la nomina dei Direttori generali da parte della Regione (non sempre sulla base di criteri di professionalità, non di rado sulla base di criteri di affinità politiche e di rapporto fiduciario), i sistemi di finanziamento e l'allocazione delle risorse (di rado ottenute sulla base di programmazione e di una progettualità di lungo periodo), la imposizione di regole e vincoli all'autonomia dei dirigenti delle aziende che erogano servizi, regole e vincoli motivati (spesso in modi palesemente contraddittori) da esigenze di coordinamento. Oggi il ciclo della politica sembra giunto in una fase nella quale:

a) è forte la tentazione (che già si è tradotta in molti casi nel concreto) di intervenire più direttamente sulla gestione (interferendo con le competenze dei dirigenti);

b) la stessa politica si trova al centro di pressioni da parte di portatori di interessi molto più forti di trenta anni fa (non solo pressioni di vari

gruppi di pazienti organizzati e dei movimenti di tutela dei malati, ma pressioni dei fornitori dei farmaci, tecnologie, servizi alla sanità, settori economici in crescita, da gruppi privati interessati alla privatizzazione di servizi e di strutture o all'esternalizzazione delle attività).

Nel ciclo della politica sanitaria si avverte un ritorno, più o meno accentuato, di elementi «ideologici» o «aprioristici» forse meno legati che in passato a dottrine politiche e più legati a differenti «indirizzi e impostazioni» di politiche economiche.

Ciclo del management. Esso può essere considerato come il prodotto della combinazione del ciclo professionalità degli operatori della salute e del ciclo politico. Infatti la funzione manageriale e le figure manageriali hanno trovato forza dalla esigenza, da un lato, di affermare che la produzione e l'erogazione di servizi deve rispettare regole scientifiche, tecniche, organizzative, finanziarie e relazionali che non possono e non devono essere filtrate con i criteri del consenso politico (barriera contro l'eccessivo peso dei politici in sanità) e, dall'altro, dall'esigenza di portare i professionisti (specie clinici) a considerarsi «soggetti importanti, ma inseriti in programmi e processi coordinati» e non come «solisti della scienza» o della «deontologia professionale». Il ciclo del management della sanità ha seguito questa evoluzione:

a) emergere di conoscenze manageriali nei primi anni ottanta;

b) sensibilizzazione progressiva sull'esigenza di ridefinire gli assetti istituzionali e organizzativi in modo da dare autonomo spazio a questa funzione e a figure dotate di potere manageriale, prima con la legittimazione sul piano formale con la legge 111/91 e poi con la piena legittimazione con l'istituzione del modello di

«aziende sanitarie» e della figura del Direttore generale (legge 502/92 e 517/93);

c) diffusione nella seconda metà degli anni novanta, spesso con significative carenze, distorsioni e incongruenze nella verifica della professionalità;

d) caduta della «illusione» (creata da alcuni e sostenuta da altri) che la «razionalità economico e manageriale» potesse risolvere i problemi del sistema di salute che, al contrario, sono multidimensionali e dipendono da molteplici fattori.

Il ciclo di quella che qualcuno agli inizi degli anni novanta aveva chiamato «rivoluzione manageriale», vede ora le figure manageriali al centro di forti critiche (alcune corrette e fondate sui fatti, altre aprioristiche) e, quel che più interessa, impone un ripensamento delle modalità di esercizio di tali funzioni sia all'interno delle aziende, sia nei rapporti con l'esterno. Il ciclo manageriale si trova oggi in una fase nella quale, salvo sempre le dovute e non rare eccezioni di Direttori generali o di team di Direzione generale che mantengono un elevato livello di prestigio nelle proprie realtà, i Direttori generali, da un lato, sono chiamati a decidere senza avere chiari riferimenti di politica sanitaria, dall'altro, in vari casi non sono in grado di rispondere alle esigenze di chi ha la responsabilità di specifici processi assistenziali.

Ciclo istituzionale. Con l'introduzione del Ssn il modello istituzionale si fondava su due principi base: l'integrazione dei servizi e dei presidi, da un lato, e il coordinamento «orizzontale» con i Comuni (Usl come «strutture operative» dei Comuni), dall'altro. Negli anni novanta, sono state fortemente ridimensionate le relazioni con i Comuni (lasciate alle conferenze dei Sindaci e alla possibilità di coor-

dinare i servizi a natura sanitaria con quelli a valenza socio-assistenziale) privilegiando la «relazione verticale» con la Regione (costituzione delle aziende sanitarie che fanno capo alla Regione) o con lo Stato (flusso del finanziamento). Oggi la fase del ciclo di ulteriore decentramento e responsabilizzazione delle Regioni pone tre ordini di problemi:

a) come mantenere un sistema di tutela della salute unico, salvaguardando ed anzi esaltando le specificità regionali;

b) come coprire il vuoto di «politica sanitaria» che esiste oggi tra livello regionale e livello delle aziende (soluzioni del tipo area vasta in Toscana, Emilia, stimolo alla creazione di network di aziende, ipotesi istituzionali di costituzione di Fondazioni per la gestione degli ospedali vanno in questa direzione);

c) come recuperare un nuovo rapporto (sul piano politico, ma soprattutto della funzionalità) tra dimensione «verticale» (necessaria per il sistema di responsabilizzazione specie economico finanziaria) e dimensione «orizzontale», ossia della integrazione dei processi di tutela della salute con altri servizi alla persona.

Ciclo finanziario. Il ciclo finanziario della sanità può essere suddiviso nelle seguenti fasi:

a) anni ottanta, durante i quali si è seguita in gran parte l'evoluzione determinata dalle tendenze della spesa storica, con qualche tentativo di riequilibrio in verità poco efficace;

b) anni novanta, specie seconda metà, in cui ha dominato, al di là delle dichiarazioni, la politica del deciso contenimento della spesa sanitaria o del suo tasso di espansione: ciò con sistemi vari, quali finanziamento su base Drg, riduzione del Fondo erogato dallo Stato alle Regioni con obbligo di

queste di coprire i disavanzi, definizione dei LEA, ecc.;

c) oggi la fase del ciclo mostra che la politica centrale sul contenimento della spesa ha, forse, permesso di conseguire obiettivi di breve medio periodo (compresa l'entrata nell'euro), ma rischia di impedire interventi di innovazione strutturale (e di investimenti) richiesti dalla evoluzione delle esigenze del sistema.

Occorre pensare a forme di corresponsabilizzazione pubblico-privato (pazienti, ma anche imprese) per sostenere un futuro di sviluppo che eviti un pesante avvitamento del nostro sistema di tutela della salute che, va ricordato, è ancora classificato ai primi posti nel ranking dell'Organizzazione mondiale della sanità quando si considerano indicatori di qualità dei servizi e di spesa.

Come si è cercato di chiarire, seppure brevemente, ognuno di questi cicli ha portato nel sistema elementi di miglioramento (quando le funzioni e i

ruoli sono stati interpretati correttamente) ed elementi negativi, in caso di interpretazioni strumentali, non fondate sulle conoscenze o addirittura subordinate a interessi particolari. Le grandi difficoltà e le incertezze di questo periodo derivano dal fatto che la maggior parte di questi cicli sembra aver esaurito la «carica di promesse (o attese, o speranze) positive» e sembra ora immettere nel sistema crescenti elementi di fallimento o di dubbio. È difficile affrontare contestualmente l'insieme dei nodi irrisolti che sembrano venire al pettine tutti insieme in tempi brevi.

La generazione che aveva progettato il Ssn e che ne aveva gestito la prima fase, ormai non c'è più o è fuori gioco. La generazione che ha gestito varie linee di «ristrutturazione del sistema», di «riqualificazione della spesa», di «rimodellazione dell'assetto istituzionale» (aggregazione di aziende territoriali, autonomizzazione delle aziende ospedaliere, sistemi

di competizione, gestione centrale di servizi comuni), anche nei casi in cui ha volontà e desiderio di progettualità nuova, sembra forse prigioniera di schemi del passato. La domanda critica diventa allora la seguente: le nuove generazioni di soggetti del sistema (pazienti, movimenti di tutela dei pazienti, professionisti, manager, politici) sapranno scegliere e avranno le capacità di scegliere la via di una «nuova progettualità» basata su scenari di sviluppo e rilancio del sistema di tutela della salute (bene assai prezioso) o si faranno confinare in politiche di razionalizzazione del sistema, di ridimensionamento progressivo (di fatto, se non di diritto) dei livelli assistenziali, di un sistema che non si propone come motore trainante di un nuovo modello di sviluppo, ma che si pone al traino di politiche che privilegiano altri settori? L'auspicio di chi scrive è che lo scenario sia il primo.

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

Management ed economia sanitaria  
**MECOSAN**

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*  
edita sotto gli auspici del Ministero della salute

Gentile lettore,

al passo con i tempi, la SIPIS soc. ed. a r.l., Le mette a disposizione un CD-rom con l'archivio completo in data base per la ricerca, per autore e per argomento, di tutti gli articoli pubblicati in **Mecosan** dal 1992 ad oggi.

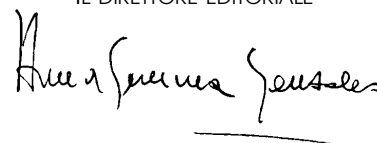
Con un semplice e rapido click, Ella sarà in grado di consultare il repertorio di **Mecosan**, con l'aggiornamento fino all'ultimo fascicolo pubblicato nel 2003.

La ricerca potrà articolarsi o sulla base dell'autore dell'articolo oggetto di studio, o per argomento, con la ricerca per «parola o frase» nei titoli e nei sommari di tutti gli articoli pubblicati in **Mecosan**.

L'offerta di **Mecosan bit**, la banca dati completa (1992-2003) sulla Sua scrivania, Le consente, alle condizioni indicate nella sottostante cedola, di venire in possesso del CD-rom contenente il repertorio di **Mecosan** che, senza appesantire il Suo hard-disk, costituirà un utile strumento di ricerca e di aggiornamento per una consultazione più spedita della rivista cartacea.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE EDITORIALE



Roma, luglio 2004

**MECOSAN BIT<sup>12</sup> – PREZZO DEL CD-ROM € 105,00 (\*)**

Programma abbonamento 2004

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

Spett. SIPIS s.r.l., Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

- Vi prego voler inoltrare con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso, n. .... CD-rom contenente

**MECOSAN BIT<sup>12</sup>**

Il repertorio computerizzato  
di **Mecosan** 1992-2003

- 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)

(\*) Avendo già acquistato Mecosan bit<sup>11</sup> il prezzo del nuovo Cd-rom è di € 55,00.



# COSTI E TARIFFE NELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE IN ITALIA

Maria Caterina Cavallo<sup>1</sup>, Irene Colangelo<sup>1</sup>, Rinaldo Zanini<sup>2</sup>, Franco Macagno<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CERGAS, Università L. Bocconi, Milano

<sup>2</sup> U.O. complessa di Terapia intensiva A.O. A. Manzoni, Lecco - Gruppo di Studio «Qualità delle cure in neonatologia» della Società Italiana di Neonatologia (SIN)

<sup>3</sup> U.O. Terapia intensiva neonatale A.O. S. Maria della Misericordia, Udine - Società Italiana di Neonatologia (SIN)

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodologia - 3. Risultati - 4. Considerazioni conclusive.

*Revising Diagnosis Related Groups for Neonates (HCFA-Drg) is considered a priority in international and national scientific literature in order to better represent case mix complexity and consequently be a more appropriate reimbursement method. The aim of our study is twofold: (i) to highlight the rate between reimbursement and costs in neonatal intensive care units in Italy in 2001 distinguishing the incidence of various reimbursement and costs components, (ii) to highlight the relationship between costs and clinical and structural variables. The study was conducted on 13 units in the country. Eleven units present a negative rate firstly due to personnel and equipment expenditures and to case mix complexity.*

## 1. Introduzione

La comunità scientifica italiana, sin dall'introduzione del sistema di pagamento a prestazione nel Servizio sanitario nazionale, non diversamente dalla comunità scientifica internazionale, ha espresso frequenti perplessità sull'adeguatezza della classificazione *Health Care Financing Administration* (HCFA)-Drg a rappresentare con appropriatezza ed esaustività la casistica neonatale e sui conseguenti rischi di iniquità nella remunerazione delle prestazioni ospedaliere che su tale sistema di classificazione si fondano.

Molti approfondimenti sono stati compiuti e sono tuttora in atto per suggerire modifiche alla classificazione HCFA-Drg in direzione di una sua maggiore specificità clinica e di una aumentata capacità delle singole classi di cogliere le omogeneità relativamente al consumo delle risorse ospedaliere (Langiano *et al.*, 2002; Zanini, Bellù, 2002).

Minore è stato lo sforzo sinora diretto ad osservare il contributo che le

unità operative responsabili di tali consumi, tipicamente rappresentate dalle unità di Patologia neonatale e Terapia intensiva neonatale, apportano all'equilibrio economico-finanziario dell'azienda ospedaliera nel suo complesso.

In tale considerazione risiede la logica sottostante la ricerca oggetto del presente lavoro: verificare — in un campione di unità operative di Patologia e Terapia intensiva neonatale italiane — il divario esistente tra il finanziamento ad esse riconosciuto per l'attività erogata e la struttura dei costi che le stesse si trovano a fronteggiare alla luce delle specificità della casistica trattata, per garantire gli standard di mortalità e morbilità che le contraddistinguono (Arias *et al.*, 2003).

Come è noto il sistema Drg è specificamente mirato a tenere conto dell'impatto della gravità clinica e della complessità assistenziale sui costi dell'ospedale. Sia i decreti ministeriali in materia tariffaria del 1994 (Ministero della sanità, 1994) e del 1997 (Ministero della sanità, 1997) che il D.L.vo

229/99 individuano un insieme di attività assistenziali i cui requisiti organizzativi sono tali da rendere il sistema di pagamento a prestazione inappropriato per la loro remunerazione; in particolare si fa riferimento ad attività caratterizzate da elevata incidenza dei costi fissi, attività con rilevanti «costi di attesa» (mancata fruizione del servizio al manifestarsi del bisogno), che necessitano, per la notevole valenza collettiva, di una rete organizzativa in grado di fronteggiare una domanda imprevedibile (Taroni, 1996; Agenzia regionale per i servizi sanitari, 1998). In presenza di tali condizioni è data facoltà alle Regioni di prevedere programmi finalizzati di finanziamento e prevedere lo scorporo di tali attività dal finanziamento a tariffe predefinite affidando la remunerazione a

---

La ricerca è stata sostenuta da un grant della Società italiana di neonatologia durante la presidenza del prof. F. Macagno (2001). Si ringraziano le Direzioni generali che hanno autorizzato la partecipazione allo studio. Si vedano i ringraziamenti in fondo all'articolo.

criteri basati sugli *standard* organizzativi, sui costi sostenuti e sull'attività svolta.

La ricerca oggetto del presente lavoro non si pone l'obiettivo di ricostruire il costo per caso/Drg trattato nella singola realtà organizzativa, bensì di fotografare il rapporto intercorrente tra ricavi e costi di produzione della stessa in un esercizio di riferimento per verificare la presenza di tensioni finanziarie nelle unità operative preposte allo svolgimento della funzione di Patologia e Terapia intensiva neonatale nel Paese riconducibili al sistema di remunerazione prospettico.

È bene, tuttavia, sottolineare che l'assunto di partenza di questo lavoro — l'equivalenza tra tariffe e ricavi — è convenzionale: infatti, le tariffe rappresentano una valorizzazione della produzione, un valore *standard* dell'*output* erogato dalle unità oggetto d'analisi, la cui reale traduzione in trasferimenti finanziari dipende dai diversi contesti istituzionali (sistemi regionali di quasi-mercato puri) in cui queste sono inserite.

## 2. Metodologia

### 2.1. Disegno dello studio

Nel primo semestre 2003 sono state individuate 16 strutture ospedaliere distribuite sull'intero territorio nazionale che rispondessero ai seguenti criteri di inclusione/esclusione:

I. strutture in cui fossero operative sia l'unità di Patologia neonatale che l'unità di Terapia intensiva neonatale;

II. strutture dotate di una contabilità analitica a regime in grado di fornire dati di costo, ricavo e attività relativi alle unità operative oggetto dello studio;

III. strutture le cui Direzioni generali fornissero una formale autoriz-

zazione all'utilizzo dei dati da parte del Centro di ricerche per la gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS) dell'Università Bocconi;

IV. strutture non coinvolte in altri studi in corso al momento della rilevazione.

Ai responsabili delle unità di Patologia e Terapia intensiva neonatale è stata inviata una lettera da parte della Società italiana di neonatologia, finalizzata a verificare la disponibilità al coinvolgimento delle unità operative nello studio. Successivamente alla conferma di partecipazione, il CERGAS ha contattato i Direttori generali delle aziende aderenti con una seconda lettera attraverso cui verificare la disponibilità dei dati richiesti per il perseguimento degli obiettivi della ricerca. Ad ogni azienda è stato chiesto l'invio di reportistica contenente i dati necessari alla conduzione dell'analisi disponibili in azienda a consuntivo dell'esercizio 2001.

Le variabili oggetto della rilevazione nelle singole aziende, con riferimento all'esercizio 2001, sono di seguito riportate:

1) fonti di finanziamento delle unità operative in oggetto:

— ricavi da Drg per degenza ordinaria;

— ricavi da Drg per *day hospital*;

— ricavi ambulatoriali;

— ricavi da consulenze ad altri enti;

— altri ricavi imputati all'unità operativa;

2) costi sostenuti per la produzione dell'attività nel medesimo esercizio e direttamente imputabili alle unità operative:

— costo del personale per ruoli professionali;

— costi per consumi di materiale sanitario e non sanitario;

— costo relativo ai farmaci;

— costo per le prestazioni diagnostiche richieste ad altre unità operative;

— costo relativo alla manutenzione delle attrezzature in dotazione all'unità operativa;

— altri costi;

3) dati di attività e di struttura delle unità operative:

— n. e tipologia dei diversi Drg nell'esercizio;

— n. bambini nati con peso inferiore ai 1.500 grammi;

— degenza media delle classi di pazienti individuate;

— n. posti letto: Patologia e Terapia intensiva neonatale;

— descrizione di massima della dotazione tecnologica in uso (elenco delle principali attrezzature in dotazione alle unità operative);

— stima approssimativa del valore del patrimonio tecnologico in uso a prezzi odierni (nell'ipotesi che venga acquistato nell'esercizio).

### 2.2. Costi, ricavi e configurazione finale di risultato

Oltre ad indurre cambiamenti a livello di sistema complessivo, i meccanismi di finanziamento a tariffa hanno dato, nel corso degli anni, alle singole aziende sanitarie un forte impulso all'introduzione di sistemi di gestione che consentano di valutare sia l'equilibrio economico complessivo dell'azienda che l'equilibrio di singole unità organizzative interne alle aziende. Negli ultimi anni si è, pertanto assistito ad un progressivo sviluppo di sistemi di contabilità analitica funzionali all'espressione di valutazioni di convenienza economica a livello di singoli centri di responsabilità e centri di costo. Qualora, come nel caso dello studio oggetto di questo lavoro, si decida di verificare il rapporto intercorrente tra ricavi e costi di un singolo centro di responsabilità, la grandezza che deve

essere assunta a riferimento non è rappresentata dalla differenza tra tariffe e costi pieni quanto piuttosto dal primo o secondo margine di contribuzione ovvero rispettivamente dalla differenza tra tariffe e costi variabili e tra tariffe e costi variabili e fissi specifici (Negri Clementi, 1988).

Il secondo margine di contribuzione è la grandezza assunta a riferimento per l'analisi comparativa dei Centri di responsabilità di Patologia e Terapia intensiva neonatale coinvolte nello studio in oggetto, con riferimento ai valori espressi nell'esercizio 2001.

Ai fini della determinazione di tale grandezza sono, pertanto, stati compresi nel calcolo i seguenti valori:

1) *costi variabili specifici dell'unità*: fattori acquisiti dall'esterno e imputabili direttamente ai processi tecnico-produttivi delle unità operative di Patologia e Terapia intensiva neonatale, per i quali sono riconoscibili il valore unitario da utilizzare nel calcolo e le quantità in essi impiegate (es. materiali di consumo, farmaci);

2) *costi variabili per prestazioni richieste ad altre unità organizzative*: fattori direttamente imputabili ai processi tecnico-produttivi dell'unità operativa oggetto d'analisi e prodotti da altre unità organizzative (es. diagnostica di laboratorio e strumentale);

3) *costi fissi specifici dell'unità operativa* (personale, ammortamento delle attrezzature in dotazione all'unità).

Restano pertanto esclusi i costi comuni dell'unità e i costi generali d'azienda alla cui copertura l'unità operativa contribuisce nella misura espressa dal margine di contribuzione (Francesconi *et al.*, 1997).

Con riguardo ai ricavi, le voci incluse nell'analisi sono costituite da tutti i ricavi attribuiti alle unità di Patologia e Terapia intensiva neonatale, classificate in base al regime di erogazione

(ricovero ordinario, *day hospital*, ambulatorio).

La struttura di conto economico riclassificato a cui sono state ricondotte tutte le voci di ricavo e di costo delle unità operative coinvolte è riportata nel box 1.

### 2.3. Analisi dei dati

La prima fase del processo di omogeneizzazione dei dati è consistita nella verifica che le informazioni richieste fossero attribuibili singolarmente alle unità operative di Patologia e Te-

**Box 1 - Voci di costo e di ricavo incluse nell'analisi**

<b>RICAVI</b>	
Drg per degenza ordinaria	
Drg per <i>day hospital</i>	
Ricavi ambulatoriali	
Libera professione	
Consulenze ad altri enti	
Altri ricavi	
<b>Totale ricavi</b>	
<b>COSTI</b>	
Personale medico	Gas medicinali
Personale dirigente sanitario	Altro materiale sanitario
Personale infermieristico	<i>Totale costi materiale sanitario</i>
Personale sanitario tecnico	Articoli di guardaroba
Personale tecnico	Prodotti di lavanderia e pulizia
Personale professionale	Carburanti
Personale prestato da altre unità	Combustibili
Personale convenzionato	Cancelleria e stampati
Personale universitario	Materiale EDP
Borsisti	Abbonamenti a libri, riviste e materiale didattico
Personale religioso	Altri materiali economici
Altri costi del personale	Materiali per manutenzione
<i>Totale altri costi del personale</i>	<i>Totale costi materiale non sanitario</i>
Farmaci	<i>Totale costi prestazioni diagnostiche richieste</i>
Sangue ed emoderivati	Manutenzioni apparecchiature sanitarie
Sieri e vaccini	Manutenzioni altri beni
Materiale diagnostico	Prestazioni di servizi sanitari
Presidi chirurgici e materiale sanitario	Prestazioni di servizi non sanitari
Prodotti dietetici	Costi per libera professione
Prodotti galenici	Godimento beni di terzi
Materiale protesico	Altri costi non classificati
Materiale per emodialisi	Ammortamento di attrezzature sanitarie
Materiale laboratorio analisi	
Prodotti per cateterismo	
Materiale per radiologia	
Protesi e materiale ortopedico	
Strumentario chirurgico	
	<b>Totale costi</b>

rapia intensiva neonatale. La struttura contabile del Piano dei Centri di responsabilità della maggior parte delle aziende non ha reso possibile la fornitura di dati già disaggregati per unità operativa depurati dei valori di costo e ricavo attribuibili al Nido, necessaria per isolare ricavi costi direttamente imputabili alle unità di Patologia neonatale e Terapia intensiva neonatale. L'attribuzione al Nido della quota di ricavi e costi ad esso imputabile è stata, in quei casi, effettuata in collaborazione con gli interlocutori aziendali individuati. Laddove le tre sezioni operative (Nido, Patologia neonatale e Terapia intensiva neonatale) non fossero distinguibili rispetto al profilo dei costi, lo scorporo dal costo complessivo della quota di costi imputabile al Nido è pertanto esclusa dall'analisi, è stato effettuato imputando al Nido il solo costo del personale per i diversi ruoli professionali, secondo la presenza media indicata dai singoli reparti.

Laddove non fosse chiaramente distinta la ripartizione dei ricavi da Drg tra le rispettive unità operative, l'attribuzione della quota imputabile al Nido è avvenuta mediante l'individuazione dei Drg di sicura pertinenza del Nido (es. Drg 391 - Neonato sano).

In un secondo momento si è proceduto alla verifica, presso le unità preposte al controllo di gestione, di quali voci componessero gli aggregati di costo e ricavo indicati nei *report* inviati, in modo da garantire la comparabilità, tra le aziende, dei singoli aggregati (es. «Ricavi da consulenze», «Altri costi»).

Un'analisi specifica si è resa necessaria per la valorizzazione della voce «Attrezzature». Infatti, considerando che la quota di ammortamento riportata in bilancio dalle singole strutture non includeva, come è ovvio, l'imputazione di alcuna quota per le attrezzature completamente ammortizzate ma ancora in uso nelle unità operative, si è

ritenuto opportuno effettuare un'analisi di sensibilità rispetto alla voce in oggetto, calcolando la quota annua relativa anche attraverso i seguenti criteri:

- 1) vita utile della singola attrezzatura pari a 8 anni, secondo le indicazioni fornite dal D.M. a oggi in vigore;
- 2) vita utile stimata, per le diverse classi di attrezzature, in base all'effettiva durata di utilizzo da parte delle unità operative, secondo i principi contabili (Commissione per la Statuizione dei Principi Contabili, 1996).

Inoltre, al fine di mettere in evidenza il valore dello *stock* di tecnologia in dotazione alle unità operative — *conditio sine qua non* per l'adeguato funzionamento delle stesse — si è proceduto ad aggiornare al 2001 l'investimento complessivo effettuato nelle singole unità operative in anni diversi. Si è in tal modo ricostruito il valore del patrimonio tecnologico in dotazione, nell'ipotesi di attivazione di tali unità nell'esercizio di riferimento. L'insieme delle attrezzature in dotazione, inclusivo delle specifiche tecniche del modello e dell'anno d'acquisto, è stato ricondotto ad alcune classi omogenee che consentissero la comparabilità tra le diverse unità operative. Il valore d'acquisto delle singole attrezzature, laddove disponibile, è stato rivalutato utilizzando il tasso di attualizzazione annuo per il periodo intercorrente tra l'anno d'acquisto e l'anno di riferimento (2001) (Istat, 1995). Le attrezzature per le quali non fosse disponibile il prezzo d'acquisto, sono state valorizzate utilizzando il prezzo indicato da altre strutture partecipanti allo studio per l'acquisto del modello con le caratteristiche tecniche più simili.

Un'ulteriore analisi è stata effettuata a conclusione dello studio nel tentativo di individuare variabili che potessero spiegare l'estrema variabilità delle prime evidenze. A tal fine si è rite-

nuto opportuno richiedere a tutte le strutture coinvolte nell'analisi il listato delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) relativo al 2001 per le unità operative di Patologia neonatale e Terapia intensiva neonatale. In particolare, per questa fase dell'analisi sono state elaborate, per ogni paziente ricoverato con modalità «ricovero ordinario», in forma anonima, le seguenti informazioni: i) data ricovero; ii) data dimissione; iii) numero di procedure e/o interventi effettuati sul paziente.

È stata, infine, condotta un'analisi statistica, mediante il coefficiente di correlazione di Spearman (1), al fine di evidenziare le relazioni intercorrenti tra le seguenti variabili oggetto di studio:

- 1) secondo margine di contribuzione;
- 2) percentuale nati con peso inferiore a 1.500 grammi;
- 3) numero di ricoveri effettuati nell'esercizio di riferimento;
- 4) degenza media;
- 5) incidenza del Drg 467 sui ricavi complessivi di unità operativa.

### 3. Risultati

Al 31 ottobre 2003, termine fissato per la raccolta dati, 13 aziende avevano fornito i dati necessari per essere incluse nello studio. È opportuno sottolineare che una delle unità coinvolte nello studio (C) è rappresentata dalla sezione di Patologia e Terapia intensiva neonatale di una unità operativa di Pediatria. L'unità non è dotata di guardia autonoma perché condivisa con altre sezioni.

Nel box 2 è riportato l'elenco delle strutture che hanno aderito alla ricerca, mentre la tabella 1 presenta la distribuzione geografica e la natura istituzionale delle stesse.

Le unità operative campione di Patologia neonatale e Terapia intensiva

neonatale hanno effettuato in media 831 ricoveri (min 221; max 1664) nell'anno di riferimento a fronte dei quali si è registrata una degenza media di 11,4 giorni (min 6,2; max 22,7).

La percentuale di bambini nati con peso inferiore a 1.500 grammi (considerati gravemente immaturi), è compresa tra il 3,6% a 13,3% (n = 12) (tabella 2).

Relativamente all'attività complessivamente effettuata nel corso dell'anno 2001, si è ritenuto opportuno, sulla base delle indicazioni fornite da un panel di esperti, disarticolare l'analisi rispetto ad alcuni Drg ritenuti i più rappresentativi della casistica e di questi evidenziare il numero di casi trattati in valore assoluto, l'incidenza sul totale dei casi trattati e la durata media della degenza (tabella 3).

È bene ricordare che nel sistema di classificazione Drg i neonati sono prevalentemente raggruppati nella MDC 15, *Malattie e disturbi del periodo neonatale*, che comprende i Drg dal 385 al 391. Quest'ultimo identifica essenzialmente il *neonato sano* ospitato nei Nidi delle strutture di ricovero. Il Drg 467, *Altri fattori che influenzano lo stato di salute*, pur non essendo incluso nella MDC di riferimento, occupa il terzo posto nella lista dei dieci Drg registrati come più frequente causa di ospedalizzazione del neonato di 0-28 giorni in Italia nel 2001 e, pertanto, ad elevato rischio di inappropriata (Fortino, 2001).

I sei Drg selezionati per questa analisi (386-Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio; 387-Prematurità con affezioni maggiori; 388-Prematurità senza affezioni maggiori; 389-Neonati a termine con affezioni maggiori; 390-Neonati con altre affezioni significative; 467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute) rappresentano una quota variabile tra il 62% e l'87% dei ricoveri complessivi in 11 delle 13 unità opera-

#### Box 2 - Strutture coinvolte nello studio

Ospedale generale regionale «Miulli» Ente Ecclesiastico, Acquaviva (BA)
Azienda ospedaliera universitaria Ospedali Riuniti, Foggia
Azienda ospedaliera «Di Venere-Giovanni XXIII», Bari
Ospedale «Santa Chiara», Trento
Presidio ospedaliero «Bufalini-Marconi-Angioloni», Cesena
Azienda ospedaliera «Santa Croce e Carle», Cuneo
Azienda ospedaliera «Monadi», Napoli
Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti, Bergamo
Azienda ospedaliera «A. Manzoni» di Lecco
Azienda ospedaliera «Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi», Varese
Azienda ospedaliera «Carlo Poma», Mantova
Azienda ospedaliera «S. Gerardo», Monza
Azienda ospedaliera «S. Maria», Terni

Tabella 1 - Descrizione del campione

Distribuzione geografica	Numero
<i>Nord</i>	7
<i>Centro</i>	2
<i>Sud e Isole</i>	4
<b>Totale</b>	<b>13</b>
Assetto istituzionale	
<i>Aziende ospedaliere pubbliche</i>	11
<i>Presidi Aziende Usl</i>	1
<i>Aziende ospedaliere accreditate</i>	1
<b>Totale</b>	<b>13</b>

tive considerate. Il Drg 389 (Neonati a termine con affezioni maggiori) identifica il maggior numero di casi trattati in 5 unità operative; per 3 unità operative è il Drg 467 il più frequente; i Drg 387, 386 e 388 sono i più frequenti rispettivamente in 2, 1 e 2 unità operative.

I Drg che hanno presentato una maggior durata della degenza risultano essere il Drg 386 (media 41,4 giorni; min 22,4 giorni; max 64,8 giorni) e il Drg 387 (media 23,5 giorni; min 14,2 giorni; max 31,9 giorni). Il Drg con durata della degenza media inferiore risulta invece essere il 467 (media 4,4; min 1,1; max 8,0). Non considerando i dati relativi al Drg 467, si osserva come in tutte le unità operative la durata della degenza aumenti progressivamente dal Drg 386 (Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio) al Drg 390 (Neonati con altre affezioni significative) (tabella 3).

La tabella 4 riporta la dotazione di posti letto, personale e attrezzature delle singole unità operative oggetto d'analisi. Il personale è classificato come «medico» e «di comparto». Nel comparto rientrano le figure di: caposala, infermiere generico/professionale, ausiliario, tecnico (incluse le puericultrici). Per ogni ruolo sono state indicate le unità a tempo pieno equivalenti (*full time equivalent*).

Mediamente la dotazione complessiva è di 9 figure mediche e 32 figure del comparto. Si osserva che il numero di medici per posto letto è in media di 0,5 (min 0,3; max 0,8); Non si riporta invece il rapporto tra il numero delle diverse figure professionali del comparto e i posti letto a causa del differente livello di aggregazione utilizzato nella comunicazione dei dati relativi al personale del comparto nelle diverse unità operative.

Il numero di posti letto delle unità considerate è, in media, pari a 21 (min

8; max 46). Sette unità operative su 13 hanno una dotazione di posti letto variabile tra 20 e 30. Cinque unità operative hanno meno di 20 posti letto, mentre solo una ha più di 30 posti letto.

Il valore delle attrezzature riportato in colonna 5 è stato calcolato considerando, per le principali categorie in dotazione (es. incubatrici, lettini da rianimazione, pompe infusione, ventilatore polmonare) il valore di acquisto attualizzato al 2001: il *range* è molto ampio e va da un minimo di 322.000 euro circa a un massimo di 1.700.000 euro circa. Per una delle unità operative coinvolte nello studio (*F*) il dato non è stato rilevabile poiché la gestione cespiti non consente ancora l'attribuzione, alle singole unità operative, del listato complessivo delle attrezzature in dotazione. Si evidenzia, inoltre, che nel caso dell'unità operativa A l'esercizio di riferimento (2001) ha visto l'attivazione dell'intera unità operativa a seguito del trasferimento in nuova struttura.

La composizione dei ricavi annui è presentata in tabella 5. Si evidenzia

l'incidenza dei ricavi derivanti da Drg per ricoveri ordinari, rispetto ad entrate di diversa natura (*day hospital*, ambulatorio, fondi diversi), cumulati sotto la voce «altri ricavi». I ricavi totali delle unità operative sono in media di 2.280.000 euro circa (min 634.000; max 4.362.000).

I ricavi ordinari rappresentano la quasi totalità del finanziamento delle unità operative. In 11 delle 13 unità superano il 95%. Nelle restanti 2 unità rappresentano il 94%.

La tabella 6 mostra nel dettaglio l'incidenza delle singole tipologie di costo sul totale dei costi operativi. La voce largamente più rappresentativa è costituita dal costo del personale che incide, in media, per il 73% (min 66%; max 88%) sul totale.

Il valore delle attrezzature qui riportato, inclusivo dell'ammortamento e dei costi di manutenzione dichiarati per l'esercizio di riferimento, non incide per più del 9% sul totale dei costi.

La tabella 7 mostra il rapporto intercorrente tra ricavi e costi variabili e fissi specifici nell'esercizio di riferi-

**Tabella 2 - Dati di attività (2001)**

Unità operative	N. ricoveri	Degenza media	Nati < 1.500 grammi (% sul totale nati)
A	452	13,4	9,3%
B	525	19,1	10,3%
C	257	22,7	8,9%
D	1303	13,5	3,6%
E	1387	6,2	4,0%
F	1463	7,9	4,1%
G	503	8,1	7,4%
H	1065	10,3	5,0%
I	221	8,3	8,6%
L	1664	10,6	5,6%
M	465	13,6	13,3%
N	226	6,4	—
O	1272	8,2	5,5%

Tabella 3 - Dati attività: DRG più frequenti

DrG	386			387			388			389			390			467		
	N. casi	% casi	Deg. media	N. casi	% casi	Deg. media	N. casi	% casi	Deg. media	N. casi	% casi	Deg. media	N. casi	% casi	Deg. media	N. casi	% casi	Deg. media
A	41	9,1	49,6	15	3,3	30,1	86	19,0	10,4	62	13,7	13,9	72	15,9	5,1	65	14,4	5,3
B	66	12,6	41,4	87	16,6	24,5	26	5,0	15,1	117	22,3	11,5	50	9,5	11,9	12	2,3	2,9
C	33	12,8	32,5	57	22,2	14,2	12	4,7	9,7	70	27,2	4,5	21	8,2	4,0	1	0,4	8
D	124	9,5		54	4,1		27	2,1		343	26,3		322	24,7		28	2,1	
E	34	2,5	48,9	120	8,7	14,9	14	1,0	5,2	290	20,9	5,01	180	13,0	3,9	2	0,1	4
F	47	3,2	37,1	75	5,1	31,9	13	0,9	22	52	3,6	12,3	21	1,4	6,2	1	0,1	7
G	46	9,1	41,2	19	3,8	26,8	113	22,5	9,6	59	11,7	8,0	71	14,1	4,1	46	9,1	6,2
H	44	4,1	52,2	74	6,9	22,0	88	8,3	4,4	159	14,9	7,2	82	7,7	5,5	477	44,8	3,3
I	19	8,6	35,6	30	13,6	16,9	21	9,5	8,1	66	29,9	7,1	33	14,9	4,9	8	3,6	4,5
L	62	3,7	64,8	82	4,9	30,8	131	7,9	14,3	205	12,3	12,4	128	7,7	5,7	425	25,5	4,0
M	130	28,0	22,4	40	8,6	25,1	29	6,2	13,2	46	9,9	12,9	46	9,9	5,4	113	24,3	1,1
N	20	8,8	26,6	33	14,6	18,8	29	12,8	9,1	31	13,7	6,9	29	12,8	5,8	16	7,1	3,4
O	55	4,3	44,4	68	5,3	25,9	118	9,3	9,2	182	14,3	7,7	149	11,7	4,4	403	31,7	3,4

386 Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio, 387 Prematurità con affezioni maggiori, 388 Prematurità senza affezioni maggiori.

389 Neonati a termine con affezioni maggiori, 390 Neonati con altre affezioni significative, 467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute.

mento (secondo margine di contribuzione). Il margine varia tra un minimo di - 1.537.000 euro circa (unità operativa F) e un massimo di + 888.000 euro circa (unità operativa C). Undici unità su 13 presentano un margine negativo. Delle restanti, una (C) rappresenta un caso isolato (+ 888.000 euro) mentre l'altra presenta un margine positivo non consistente (46.000 euro circa).

La tabella 8 presenta i risultati dell'analisi di sensibilità (cfr. paragrafo 2) applicata alla metodologia di calcolo del valore annuo delle attrezzature; si noti come il margine di contribuzione vari in maniera consistente al variare dei criteri per l'imputazione della quota annua ad esse relativa. Infatti, utilizzando un criterio di ammortamento basato sulla vita utile effettiva delle attrezzature, determinata dall'obsolescenza tecnologica, il margine di contribuzione diventa negativo per 12 delle 13 unità operative analizzate. Solamente una (C), nonostante veda comunque un decremento del proprio margine pari a - 60.000 euro, presenta un consistente *surplus*.

La tabella 9 mostra l'incidenza dei ricavi provenienti dalla remunerazione del Drg 467 (Altri fattori che influenzano lo stato di salute) sul totale dei ricavi. In 7 unità operative si osserva che tale incidenza è inferiore al 5%, in 3 unità operative è compresa tra il 5% e il 7%, mentre nelle restanti 3 unità è rispettivamente di 15%, 18% e 38%. Depurando il margine di contribuzione da tale classe di ricavi, si registra un valore negativo del primo in 12 unità operative delle 13 considerate e una riduzione del margine di 183.700 euro in media; in 3 unità la riduzione risulta essere tra i 600.000 e i 700.000 euro.

La tabella 10 è il frutto di un primo livello di analisi effettuato a partire dalle Schede di dimissione ospedalie-

ra richieste alle strutture campione (cfr. paragrafo 2).

Per 11 strutture (di due, infatti, non è stato possibile ottenere ed elaborare le informazioni richieste) è stato individuato il numero di pazienti sottopo-

sti a quattro procedure interventistiche riconosciute, da un *panel* di esperti, come le maggiormente indicative dell'intensità assistenziale che caratterizza i ricoveri ordinari nelle unità di Patologia neonatale e Terapia intensiva

**Tabella 4 - Dotazione di posti letto, personale e attrezzature (2001)**

Unità operative	Posti letto	Personale medico	Personale comparto	Costo personale (€)	Valore attrezzature * (€)
A	20	9	28,6	1.551.933	1.704.285
B	25	8,6	29,8	1.885.145	1.059.090
C	8	4	15	561.834	582.643
D	26	9	43	4.238.148	718.000
E	20	9	29	1.906.560	563.086
F	26	15	46	2.626.543	
G	19	10	28	1.082.012	957.613
H	20	11	27,5	1.480.044	730.624
I	8	5,9	17	767.307	368.824
L	46	14	64	3.002.473	1.423.617
M	16	13	36	2.599.609	321.835
N	12	3,5	9	1.026.440	453.252
O	30	11	39	2.447.927	1.581.500

\* Le attrezzature sono state valorizzate in base al relativo prezzo di acquisto attualizzato al 2001.

**Tabella 5 - Composizione dei ricavi (valori in euro)**

Unità operative	Ricavi ordinari	% ricavi ord. sul totale	Altri ricavi	% altri ricavi sul totale	Ricavi totali
A	1.744.961	97,6%	42.284	2,4%	1.787.245
B	2.361.123	94,2%	145.321	5,8%	2.506.444
C	1.761.788	100,0%	-	-	1.761.788
D	4.007.804	95,5%	189.087	4,5%	4.196.892
E	2.081.120	93,7%	139.700	6,3%	2.220.820
F	2.419.088	99,5%	11.468	0,5%	2.430.556
G	1.021.876	98,4%	16.922	1,6%	1.038.798
H	1.818.726	97,2%	52.781	2,8%	1.871.507
I	629.594	99,3%	4.619	0,7%	634.213
L	4.162.926	95,4%	199.516	4,6%	4.362.442
M	2.407.508	97,3%	67.251	2,7%	2.474.759
N	1.008.407	97,5%	25.402	2,5%	1.033.809
O	3.236.236	97,3%	88.642	2,7%	3.324.878



neonatale. Le procedure considerate sono le seguenti: Cateterizzazione arteria ombelicale (ICD 9: 38.91); Cateterizzazione vena ombelicale (ICD 9: 38.92); Ventilazione meccanica < 96 ore (ICD 9: 96.71); Ventilazione meccanica > 96 ore (ICD 9: 96.72). Va comunque sottolineato che non tutte le unità operative interessate dall'indagine hanno presumibilmente registrato adeguatamente tali procedure, come desumibile dalla frequenza delle stesse riportata in tabella 10 con riguardo, in particolare, alle procedure 38.91 e 38.92.

Le variabili utilizzate per l'analisi statistica sono riportate in tabella 11. A conferma dell'ipotesi che l'equilibrio delle unità operative possa essere condizionato dal sistema di classificazione in essere, si è evidenziato un coefficiente di correlazione misurata con l'«r» di Spearman pari a 0.20 tra l'incidenza del numero di Drg 467 sul totale e il margine di contribuzione delle unità stesse: pertanto, anche se vi è una debole concordanza, le unità operative che presentano un margine migliore sono quelle in cui maggiormente si fa ricorso al Drg 467 nella classificazione dei pazienti.

Vi è elevata discordanza tra numero di nati con peso inferiore a 1.500 grammi e numero di ricoveri: la forza di correlazione è, infatti, pari a  $r = -0.71$ . Coerentemente, si evidenzia anche un'elevata concordanza tra i nati sottopeso e la degenza media ( $r = 0.60$ ). All'aumentare del numero di nati con peso inferiore a 1.500 grammi trattati, aumenta la degenza media nell'unità operativa e si riduce il numero di ricoveri effettuati durante l'esercizio di riferimento.

L'incidenza dei nati con peso inferiore a 1.500 grammi presenta una correlazione lieve con il margine di contribuzione delle unità in oggetto; sembrerebbe, pertanto, che tale cate-

goria di pazienti non abbia un impatto significativo sulla struttura dei costi delle unità operative e sul relativo equilibrio economico-finanziario.

#### 4. Considerazioni conclusive

Il principale obiettivo della presente indagine è rappresentato dalla verifica — in un campione di unità opera-

Tabella 6 - Incidenza delle voci di costo sul totale dei costi

Unità operative	Personale	Farmaci	Materiale di consumo e prestazioni	Attrezzature *	Altro	Totale (€)
A	75%	4%	11%	8%	4%	2.077.472
B	73%	3%	17%	6%	5%	2.598.886
C	64%	8%	14%	9%	8%	873.368
D	81%	6%	11%	1%	—	5.216.158
E	77%	3%	14%	6%	4%	2.474.518
F	66%	3%	26%	—	4%	3.967.853
G	69%	1%	16%	4%	11%	1.568.025
H	76%	5%	18%	1%	0,1%	1.954.386
I	71%	3%	12%	8%	10%	1.082.731
L	64%	3%	24%	7%	5%	4.690.113
M	74%	4%	18%	3%	3%	3.491.194
N	88%	3%	3%	1%	5%	1.172.614
O	75%	4%	15%	6%	4%	3.278.824

\* Ammortamento e manutenzione.

Tabella 7 - Secondo margine di contribuzione (2001)

Unità operative	Margine di contribuzione (€)	Posti letto
A	- 290.227	20
B	- 92.442	25
C	888.420	8
D	- 1.019.266	26
E	- 253.698	20
F	- 1.537.297	26
G	- 529.227	19
H	- 82.879	20
I	- 448.518	8
L	- 327.671	46
M	- 1.016.435	16
N	- 138.805	12
O	46.055	30

tive di Patologia e Terapia intensiva neonatale italiane — del rapporto intercorrente tra il finanziamento ad esse formalmente riconosciuto per l'attività erogata e la struttura dei costi che le caratterizza.

L'analisi dei dati forniti dal Controllo di gestione di 13 strutture distribuite sul territorio nazionale, evidenzia come il rapporto tra costi dei fattori produttivi direttamente imputabili alle unità in oggetto e il finanziamento delle attività erogate, presenti un'elevata variabilità da struttura a struttura. Il secondo margine di contribuzione, grandezza di riferimento utilizzata per l'analisi comparativa, varia da un minimo di - 1.537.000 euro circa, ad un massimo di + 888.000 euro circa: 11 unità operative su 13 presentano un margine negativo (costi variabili e fissi specifici maggiori dei ricavi) mentre, delle restanti 2, solo una unità operativa presenta un margine positivo consistente. È bene ricordare che il margine di contribuzione assunto a riferimento non tiene conto della successiva imputazione alle unità operative della quota di costi comuni e di struttura.

Le analisi condotte al fine di individuare eventuali fattori che potessero influenzare il rapporto tra costi e ricavi osservati, suggeriscono le seguenti osservazioni:

1) *Incidenza della dotazione di personale e tecnologia*: il costo del personale risulta — da solo — superiore ai ricavi in 5 unità operative. Con riguardo alla dotazione tecnologica, sebbene i dati forniti dalle strutture coinvolte nello studio dichiarino un'incidenza massima del 9% sulla struttura dei costi d'esercizio, si ritiene necessario evidenziare che al variare dei criteri contabili utilizzati per la determinazione della quota annua di ammortamento della dotazione in uso, il margine subisce un decremento di

**Tabella 8 - Ammortamento attrezzature: analisi di sensibilità (valori in euro)**

Unità operative	Margine di contribuzione * (MC) *	Margine di contribuzione ** (MC) **	Margine di contribuzione *** (MC) ***	Delta MC *** - MC *
A	- 290.227	- 471.849	- 526.617	- 236.390
B	- 92.442	- 147.216,228	- 193.246	- 100.804
C	888.420	849.147	828.431	- 59.989
D	- 1.019.266	- 1.089.016	- 1.118.923	- 99.657
E	- 253.698	- 246.424	- 269.331	- 15.633
G	- 529.227	- 629.371	- 662.113	- 132.887
H	- 82.879	- 173.912	- 196.595	- 113.716
I	- 448.518	- 441.932	- 454.706	- 6.188
L	- 327.671	- 349.292	- 415.892	- 88.221
M	- 1.016.435	- 958.249	- 972.175	44.261
N	- 138.805	- 195.462	- 210.518	- 71.712
O	46.055	- 43.224	- 100.693	- 146.748

\* Valore dell'ammortamento attrezzature dichiarato dalle strutture.

\*\* Valore dell'ammortamento attrezzature in base a criteri fiscali.

\*\*\* Valore dell'ammortamento attrezzature in base a vita utile «effettiva».

**Tabella 9 - Sintesi (DRG 467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute)**

Unità operative	Margine di contribuzione (MC) (€)	Incidenza ricavi da 467	Nati peso < 1.500 grammi (%)	MC depurato da 467	Delta
A	- 290.227	5,5%	9,3%	- 387.727	- 97.500
B	- 92.442	0,7%	10,3%	- 110.442	- 18.000
C	888.420	0,1%	8,9%	886.920	- 1.500
D	- 1.019.266	1,0%	3,6%	- 1.061.266	- 42.000
E	- 253.698	0,1%	4,0%	- 256.698	- 3.000
F	- 1.537.297	0,1%	4,1%	- 1.538.797	- 1.500
G	- 529.227	6,6%	7,4%	- 598.227	- 69.000
H	- 82.879	38,2%	5,0%	- 798.379	- 715.500
I	- 448.518	0,7%	8,6%	- 453.018	- 4.500
L	- 327.671	14,6%	5,6%	- 965.171	- 637.500
M	- 1.016.435	6,8%	13,3%	- 1.185.935	- 169.500
N	- 138.805	2,3%	n.p.	- 162.805	- 24.000
O	46.055	18,2%	5,5%	- 558.445	- 604.500

Tabella 10 - Sintesi procedure e interventi

Unità operative	N. procedura 38.91	N. procedura 38.92	N. procedura 96.71	N. procedura 96.72	Margine di contribuzione (€)	Posti letto
A	0	1	30	11	- 290.227	20
B	-	-	-	-	- 92.442	25
C	0	11	17	7	888.420	8
D	-	-	-	-	- 1.019.266	26
E	0	0	47	32	- 253.698	20
F	0	0	4	5	- 1.537.297	26
G	0	0	0	0	- 529.227	19
H	2	107	35	16	- 82.879	20
I	1	9	29	4	- 448.518	8
L	7	14	50	54	- 327.671	46
M	0	92	23	27	- 1.016.435	16
N	1	19	3	5	- 138.805	12
O	16	27	25	21	46.055	30

entità variabile in tutte le unità operative.

2) *La maturità del sistema di contabilità analitica e i criteri di misurazione/attribuzione dei fattori produttivi ai centri di responsabilità*: si riscontra un'estrema disomogeneità nei sistemi di raccolta dati e nei metodi di classificazione dei fattori produttivi, determinante ai fini della attribuzione dei costi alle unità operative e limitativo ai fini della sovrapposibilità delle diverse voci di costo nelle medesime classi tra le strutture. Alcuni dati sono stati prodotti *ad hoc* per la ricerca in oggetto e non costituivano parte integrante del patrimonio dei sistemi informativi attivati; nella maggior parte delle strutture, il piano dei centri di responsabilità e dei centri di costo non ha permesso di individuare accuratamente tutti i costi e i ricavi di competenza del Nido che sono stati, pertanto, isolati sulla base di stime.

3) *La composizione delle attività*: al di là di considerazioni sull'appropriato uso della classificazione clinica in vigore, che non costituiscono

oggetto di questa indagine, è stato comunque possibile constatare come l'incidenza, sul *case mix*, del Drg 467 «Altri fattori che non influenzano lo stato di salute», la cui eccessiva frequenza è considerata indicatore di scarsa appropriatezza del ricovero, in-

fluenzi pesantemente l'ammontare dei ricavi. Infatti, depurando i ricavi complessivi da quelli relativi alla remunerazione del Drg 467, tutte le unità operative vedono peggiorare il proprio margine (12 unità su 13 hanno un margine negativo; una continua ad avere

Tabella 11 - Sintesi

Unità operative	Margine operativo (€)	Posti letto	Personale (% su costi tot.)	Nati peso < 1.500 gr (%)
A	- 290.227	20	75%	9,3%
B	- 92.442	25	73%	10,3%
C	888.420	8	64%	8,9%
D	- 1.019.266	26	81%	3,6%
E	- 253.698	20	77%	4,0%
F	- 1.537.297	26	66%	4,1%
G	- 529.227	19	69%	7,4%
H	- 82.879	20	76%	5,0%
I	- 448.518	8	71%	8,6%
L	- 327.671	46	64%	5,2%
M	- 1.016.435	16	74%	13,3%
N	- 138.805	12	88%	-
O	46.055	30	75%	5,5%

un margine positivo). Infine, dalla natura della composizione delle attività svolte è emerso che l'unica unità operativa che presenta un consistente valore positivo del margine di contribuzione ricovera neonati prematuri a termine o nel primo anno di vita — critici — che necessitano di terapia intensiva o semi-intensiva ma non chirurgici in quanto non è presente all'interno dell'ospedale la Chirurgia pediatrica e neonatale (unità C). Si noti che tale struttura è l'unica, tra quelle osservate, non dotata di autonomia giuridica in quanto presidio ospedaliero di un'azienda sanitaria locale. Le 12 strutture restanti hanno uno status giuridico di aziende ospedaliere.

Le evidenze emerse dalla presente indagine risentono di due ordini di limiti.

La metodologia utilizzata per la rilevazione dei dati non consente di evidenziare il diverso carico assistenziale e il relativo assorbimento di risorse per caso trattato sopportato dalle diverse unità operative, né di effettuare valutazioni di efficienza interaziendale (rapporto tra risorse utilizzate e prestazioni erogate) o di efficacia in termini di salute prodotta (rapporto tra le prestazioni erogate e l'*outcome* di mortalità/morbilità conseguito); ad esempio, non consente di valutare le *performance* di unità operativa in base al numero di nati gravemente immaturi (peso alla nascita inferiore a 1.500 grammi), al numero e tipo di procedure/interventi erogati durante il ricovero e alla durata della degenza.

Al riguardo è opportuno osservare come tali indicatori siano fortemente influenzati da eventuali trasferimenti effettuati durante il ricovero e meriterebbero, pertanto, un'analisi specifica.

Un secondo ordine di limiti è riconducibile alla composizione del campione e al grado di disomogeneità organizzativa che le unità operative presentano. Si noti come l'unità operativa

C costituisca quasi sempre, nell'analisi comparativa, un caso isolato.

Molteplici sono, al tempo stesso, i punti di forza dello studio: l'attuale disponibilità di una fotografia dell'architettura del sistema di costi e ricavi direttamente imputabili alle unità di Patologia e Terapia intensiva neonatale in Italia; il tentativo di presentare la composizione dei costi e l'incidenza delle singole voci sul risultato delle unità in oggetto, al fine di consentire l'apertura di un nuovo filone di analisi mirato ad evidenziare spazi di miglioramento in una logica di responsabilizzazione economica.

Il richiamo alla responsabilizzazione impone due ordini di considerazioni che possano favorire una lettura di più ampio respiro delle evidenze emerse dallo studio in oggetto ed una opportuna contestualizzazione.

È innegabile, alla luce dei risultati prodotti, che le unità di Patologia e Terapia intensiva neonatale siano sottoposte ad una tensione finanziaria che non le pone in condizione di contribuire al raggiungimento del complessivo equilibrio economico delle aziende in cui sono inserite. È, al tempo stesso, necessario puntualizzare che il solo rapporto tra costi e tariffe evidenziato dai singoli centri di responsabilità non può essere assunto come riferimento per valutare la convenienza economica delle attività svolte dall'azienda nel suo complesso, né per effettuare confronti tra i risultati economici di differenti unità organizzative interne alle aziende. Il risultato di unità operativa va, infatti, valutato all'interno di una più ampia pianificazione strategica d'azienda. La finalità delle aziende sanitarie è la soddisfazione del bisogno di salute della popolazione e non la massimizzazione del risultato economico: pertanto è possibile che il perseguimento di obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità a livello complessivo

d'azienda risultino perfettamente compatibili e coerenti con il sostegno di unità organizzative che, al di là del risultato economico negativo, contribuiscono, ad esempio, a rafforzare l'immagine dell'azienda come centro di eccellenza clinica o svolgano attività strategicamente rilevanti in termini di benefici sanitari per la popolazione, come nel caso delle unità operative oggetto di questo studio. Non va dimenticato, a tale proposito, che la neonatologia italiana dell'ultimo decennio è stata in grado di garantire risultati, in termini di *outcome*, in linea con i migliori *standard* internazionali, come attestano le costanti riduzioni dei tassi di mortalità neonatale registrati nel Paese negli ultimi 25 anni (Fortino, 2003).

È auspicabile, pertanto, che la direzione strategica delle aziende sanitarie, limiti l'utilizzo del risultato di unità operativa, del divario tra tariffe e costi di produzione, a finalità informative interne (formulazione degli obiettivi di *budget*) o allo sviluppo di sistemi di *benchmarking* che possano stimolare superiori livelli di efficacia. Ciò allo scopo di evitare di utilizzare il rapporto tra costi e tariffe — in quanto scarsamente significativo e spesso fuorviante — per esprimere giudizi sul livello di efficacia ed efficienza gestionale delle unità operative su cui responsabilizzarle (Francesconi *et al.*, 1997).

Un secondo ordine di considerazioni, a sostegno di questa tesi, nasce dalla contestualizzazione delle aziende a cui le unità operative oggetto d'analisi afferiscono, rispetto ai sistemi di finanziamento delle rispettive Regioni che ne orientano i comportamenti.

A ben vedere, la responsabilizzazione delle unità operative sul rapporto tra costi e tariffe perde ogni dignità di considerazione in sistemi che non applichino il meccanismo tariffario in modo radicale per il finanziamento delle aziende ospedaliere e che abbia-

no introdotto, nel corso degli ultimi anni, correttivi finalizzati a limitarne gli effetti (aumento dei volumi, variazione opportunistica del *mix* di produzione) (Taroni, 1997). In quei sistemi regionali che abbiano predisposto abbattimenti delle tariffe, mancati riconoscimenti delle tariffe per le prestazioni inappropriate, differenziazione delle tariffe per struttura o abbiano introdotto tetti/*target* regionali su volumi/valori delle prestazioni tariffate ai fini dell'equilibrio economico complessivo d'azienda il rapporto tra singola tariffa e costo di produzione, risulta svuotato del suo significato predittivo. Lombardia, Toscana, Marche e Sicilia sono solo alcuni esempi di sistemi che oggi regolano il meccanismo tariffario con tali modalità (Jommi, Del Vecchio, 2004). A ciò si aggiungono gli effetti indotti dalle scelte delle singole Regioni rispetto allo stanziamento di fondi per il finanziamento di funzioni non tariffabili.

Le unità di Patologia e Terapia intensiva neonatale ricoprono, nel nostro Paese, un ruolo fondamentale al perseguimento degli obiettivi di salute del neonato espressi nel Piano sanitario nazionale 2003-2005 e a cui è dedicato un intero capitolo. Il Piano pone in evidenza le differenze regionali che esistono nelle condizioni di salute neonatale e pediatrica e suggerisce linee di sviluppo per la promozione dell'equità qualitativa e quantitativa nei servizi erogati. Al primo posto, tra gli obiettivi strategici per il cambiamento, pone l'attivazione di programmi specifici per la protezione della maternità ed il miglioramento dell'assistenza nel periodo neonatale. Il perseguimento di tale obiettivo passa necessariamente attraverso futuri sforzi per approfondire la comprensione delle dinamiche economiche ed organizzative che concretamente orientano i comportamenti delle unità di Patologia e Terapia intensiva neonatale nel

Paese, per formulare ipotesi per il finanziamento delle stesse coerenti con l'architettura istituzionale ed i complessivi sistemi di finanziamento delle rispettive Regioni.

Si ringraziano il dott. Esposito, Ospedale generale regionale «Miulli» Ente Ecclesiastico, Acquaviva (Bari); il dott. Mastropasqua e il dott. Bratta, Azienda ospedaliera «Di Venere-Giovanni XXIII», Bari; il prof. Colombo e la dott.ssa Riva, Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti, Bergamo; il prof. Pocecco e la dott.ssa Benedetti, Presidio ospedaliero «Bufalini-Marconi-Angioloni», Cesena; il dott. Gancia e la dott.ssa Varetto, Azienda ospedaliera «Santa Croce e Carle», Cuneo; il prof. Rinaldi e il dott. Cordisco, Azienda ospedaliera universitaria Ospedali Riuniti, Foggia; il dott. Zanini e il dott. Nicolini, Azienda ospedaliera di Lecco; il dott. Stronati e il dott. Luongo Azienda ospedaliera «Carlo Poma», Mantova; il dott. Tagliabue e la dott.ssa Mussi, Azienda ospedaliera «S. Gerardo», Monza; il prof. Giliberti e il dott. Matarrese, Azienda ospedaliera «Monardi», Napoli; il prof. Fornaci e il dott. Pierotti, Azienda ospedaliera «S. Maria», Terni; il dott. De Nisi e la dott.ssa Chistè, Ospedale «Santa Chiara», Trento; il dott. Agosti e la dott.ssa De Filippo, Azienda ospedaliera «Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi», Varese.

(1) Il coefficiente di correlazione di Spearman stato utilizzato considerando le variabili individuate 2 a 2. Tale coefficiente misura la concordanza di due graduatorie, varia tra -1 e +1, è = 0 nei casi di indipendenza tra le variabili studiate.

#### BIBLIOGRAFIA

- AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (1998), «Criteri di delimitazione dell'ambito di applicazione del nuovo sistema di finanziamento degli ospedali», *Organizzazione sanitaria*, XXII, 2, pp. 9-67.
- COMMISSIONE PER LA STATUZIONE DEI PRINCIPI CONTABILI (1996), *Principi contabili. Le immobilizzazioni materiali*, Giuffrè, Milano.
- ARIAS E., MAC DORMAN M.F., STROBINO D.M., GUYER B. (2003), «Annual Summary of Vital Statistics -2002», *Pediatrics*, 112, 6, pp. 1215-1230.
- DECRETO MINISTERIALE 31 DICEMBRE 1988 (1989), «Coefficienti di ammortamento del costo dei beni materiali strumentali impiegati nell'esercizio di attività commerciali,

- arti e professioni», *Gazzetta Ufficiale*, n. 27, 2 febbraio.
- DECRETO MINISTERIALE 15 APRILE 1994 (1994), «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera», *Gazzetta Ufficiale*, n. 107, 10 maggio.
- DECRETO MINISTERIALE 30 GIUGNO 1997 (1997), «Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994», in supplemento ordinario n. 209, *Gazzetta Ufficiale*, 8 settembre.
- DECRETO LEGISLATIVO 19 GIUGNO 1999 n. 229 (1999), «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419», in supplemento ordinario n. 132, *Gazzetta Ufficiale*, n. 165, 16 luglio.
- D.P.C.M. 29 NOVEMBRE 2001, «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», pubblicato in supplemento ordinario n. 26 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002.
- FORTINO A. (2003), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero-anno 2001*, www.ministerosalute-aprile.
- FRANCESCO A., MAGGIONI S., MOTTA M., ZUCCO F. (1997), «La valutazione dell'equilibrio economico dell'unità di terapia del dolore e cure palliative dell'ospedale della Usl di Garbagnate», *Mecosan*, 23, pp. 93-110.
- JOMMI C., DEL VECCHIO M. (2004), «I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel Servizio sanitario nazionale», *Mecosan*, 49, pp. 9-20.
- ISTAT, *Nuova serie di contabilità nazionale*, SEC 95.
- LANGIANO T., ANTENUCCI V., ARCANGELI L., MARTIN S.J. (2002), «I Drg in età pediatrica. Proposta di revisione dei Drg pediatrici e neonatali», *Quaderni di Pediatria*, 3, pp. 178-185.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano sanitario nazionale 2003-2005*.
- NEGRI CLEMENTI A. (1988), «I costi rilevanti nelle decisioni di gestione operativa: alcune situazioni tipiche», in F. Amigoni (a cura di), *Misurazioni d'Azienda*, Giuffrè, Milano.
- TARONI F. (1996), *Drg/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma.
- TARONI F. ET AL. (1997), «Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera», *Ricerca sui Servizi Sanitari*, 12, pp. 3-110.
- ZANINI R., BELLÙ R. (2002), «I Drg in neonatologia», *Quaderni di Pediatria*, 3, pp. 186-190.

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 salute

## 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.

# COMPETENZE E FUNZIONI NELL'AMBITO DELLE CURE PALLIATIVE. IL RUOLO DEL TERZO SETTORE

Attilio Gugiatti

SDA - CERGAS Bocconi, Milano  
Economia e Organizzazione Sanitaria - Facoltà di Ingegneria dell'Università degli Studi di Pavia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Un inquadramento normativo - 3. Le cure palliative nei Piani sanitari nazionali e regionali - 4. I modelli organizzativi regionali - 5. Il ruolo del Terzo Settore nella rete di cure palliative - 6. Alcune esperienze significative: VIDAS e Associazione «Fabio Sassi» - 7. Le dimensioni critiche dell'intervento del Terzo Settore - 8. Considerazioni conclusive.

*National and regional regulations about palliative treatments, network of hospital and in-house services for terminal patients have appeared very recently in Italy. Just in 1999, Law 39th defined a program for financing hospice and an Health Department Act (DL 29th September 1999) approved the National Program for palliative treatments. Regions organised structures and services for patients based on different models with respect of roles of hospitals, districts and local services. In the network of palliative services the importance of non-profit organisations (NPOs) is growing: at present 200 NPOs are engaged in domestic and hospital services in all the country. The knowledge about the main characteristics of these NPOs is essential in order to define and to carry on programs of development and improvement in this sector. We discuss regulations and regional services for palliative assistance and investigate NPOs activities with regard to their relations with local health units (Asl) and trusts (Aziende Ospedaliere). These organisations support public services either managing hospices or with their own services for home patients. We pointed out a growing interest in involving these organisations in planning and defining palliative and assistance services.*

## 1. Introduzione

Le normative nazionali e i successivi provvedimenti regionali relativi a cure palliative, terapie del dolore e strutture dedicate a pazienti terminali sono un fenomeno relativamente recente nel nostro paese.

Dopo le prime sperimentazioni, in particolare quella presso l'Istituto nazionale per la diagnosi e la cura dei tumori di Milano (1), un impulso fondamentale allo sviluppo della cultura e delle pratiche dell'assistenza ai morienti è stato dato da due provvedimenti: il D.L. 450 del 1998, convertito nella legge 39/99, e il Decreto del Ministero della sanità del 28 settembre 1999. Con il primo provvedimento, il Ministero della sanità ha previsto finanziamenti per la realizzazione nel triennio 2000-2002 di strutture per le cure palliative, mentre con la seconda

disposizione è stato attivato il Programma nazionale per le Cure palliative - Rete per le cure palliative. A questi due provvedimenti hanno fatto seguito ulteriori disposizioni normative nazionali, tra le quali l'istituzione della Giornata del sollievo, e regionali. Queste ultime disposizioni hanno portato alla creazione di differenti modelli organizzativi che si possono ricondurre, da un lato, alla predisposizione di piani regionali specifici per le cure palliative, dall'altro a logiche che hanno sviluppato i servizi di cure palliative all'interno della rete di interventi domiciliari sanitari e assistenziali.

L'analisi della produzione normativa, nonché delle differenti articolazioni territoriali dei servizi di cure palliative, consente di individuare nelle organizzazioni *non profit* (o aziende *non profit*, in logica economico-aziendale)

l'interlocutore privilegiato degli operatori pubblici anche in questo ambito. Questo è indubbiamente il portato dell'attività di *pioneering* svolta dal Terzo Settore e dall'esistenza di consolidate relazioni tra il *non profit* e le aziende sanitarie e ospedaliere. Alla fine del 2003 risultavano, infatti, quasi 200 le organizzazioni *non profit* attive nel settore dell'assistenza a pazienti terminali di cui 46 aderenti alla Federazione delle Cure palliative, una Onlus di secondo livello che coordina le diverse iniziative sul territorio nazionale. Pur essendo strettamente legate ad uno specifico ambito territoriale, o spesso ad un'unica struttura ospedaliera, queste organizzazioni svolgono un insieme di attività differenziate che hanno al centro l'assistenza in ambito ospedaliero o domiciliare ai malati terminali.

Il presente lavoro intende fornire alcuni ulteriori elementi di conoscenza sulle relazioni Terzo Settore-Pubblica amministrazione in un ambito estremamente importante e delicato del settore socio-sanitario.

In particolare, l'attenzione si focalizzerà sui seguenti aspetti:

— la ricognizione del quadro normativo nazionale e regionale delle cure palliative;

— l'analisi delle indicazioni contenute nei Piani sanitari e regionali in merito alle cure palliative e al ruolo del Terzo Settore;

— le problematiche emergenti nell'ambito delle attività del Terzo Settore;

— l'analisi di alcune esperienze pilota.

Questi momenti non si possono scindere da una più generale valutazione delle differenti modalità di relazione delle aziende *non profit* con le Amministrazioni pubbliche. Relazioni che per alcune organizzazioni sono spostate sul versante dell'organizzazione ed erogazione di servizi in maniera autonoma tramite propri centri o proprie *équipe* specializzate, mentre per altre organizzazioni sono meno strutturate, più spostate sul versante dell'affiancamento dell'attività delle strutture sanitarie e dell'assistenza alle famiglie.

L'espansione del numero e delle attività di queste organizzazioni è un fenomeno relativamente recente, anche sulla base dei nuovi orientamenti legislativi, mentre in alcuni casi gli ultimi anni hanno visto un consolidamento delle attività da parte di istituzioni più radicate attraverso importanti cambiamenti rispetto alle modalità di intervento originarie.

La crescita del ruolo del Terzo Settore in questo particolare ambito sanitario può essere valutata come la conseguenza di diverse tendenze:

— un crescente coinvolgimento delle organizzazioni *non profit* nell'erogazione di servizi da parte di singole aziende sanitarie e ospedaliere che hanno inteso valorizzare l'intervento del volontariato e la sua carica valoriale;

— la ricordata produzione legislativa che ha dato impulso all'organizzazione dei servizi e delle strutture dedicate alle cure palliative e che contiene, come vedremo, specifici riferimenti alla necessità di instaurare relazioni a diversi livelli tra aziende del Ssn e organizzazioni *non profit*;

— una maggiore sensibilità da parte dei cittadini sulle tematiche del dolore e della cultura della sofferenza che si è espressa sia con forme di *voice* alle strutture sanitarie, sia con forme di concreto sostegno alle attività delle organizzazioni attive in questi ambiti. Basti ricordare la partecipazione a campagne specifiche di raccolta fondi promosse da alcune associazioni;

— la ancora limitata ma importante, sperimentazione di forme di gestione di strutture dedicate da parte delle istituzioni *non profit* che sono una componente essenziale della rete di cure palliative in alcune regioni italiane. Strutture che dimostrano, nonostante le inevitabili difficoltà iniziali, non solo di ordine economico, come le organizzazioni *non profit* siano in grado, per esperienza, motivazioni delle persone coinvolte, caratteristiche della gestione, di offrire una valida alternativa, non solo alla produzione «in economia» da parte del pubblico, ma anche agli interventi del privato «for profit».

In un contesto orientato al cambiamento delle logiche e delle finalità dell'intervento pubblico gli ambiti di azione delle Amministrazioni pubbliche si devono concentrare sugli elementi di debolezza del sistema *non profit*. Ci riferiamo in questa sede a due filoni di intervento:

— le modalità di inserimento delle iniziative delle organizzazioni *non profit* nella rete di cure palliative;

— gli aspetti più squisitamente finanziari legati alla valutazione e al rimborso della attività delle organizzazioni.

## 2. Un inquadramento normativo

Le normative nazionali e regionali sulle cure palliative e sulla realizzazione delle attività assistenziali ad esse connesse sono relativamente recenti. Solo negli ultimi anni si è sviluppata in sede legislativa una crescente consapevolezza dell'importanza delle tematiche del dolore, dell'assistenza ai pazienti nelle fasi terminali della vita, della creazione di strutture e servizi che affrontassero specificamente queste problematiche.

Alla base della produzione normativa occorre ricordare, innanzitutto, la legge 39 del 26 febbraio 1999 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000» (2). Questo provvedimento, accanto ad altre disposizioni di ordine finanziario, agli articoli 1 e 2 dava attuazione alcune linee programmatiche contenute nel Piano sanitario nazionale (3), focalizzando gli interventi su alcune linee di azione:

— la realizzazione, attraverso l'adozione di un programma su base nazionale, in ciascuna regione e provincia autonoma di una o più strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della vita e di quella dei loro familiari;

— il finanziamento alle regioni di 150 miliardi di lire da destinare all'as-



sistenza domiciliare con particolare riferimento ai pazienti in fase critica;

— l'integrazione delle nuove strutture e dell'assistenza domiciliare con le altre attività di assistenza sanitaria erogate in ambito regionale. Veniva richiesto alle regioni, infatti, di allegare ai progetti delle strutture di cure palliative un piano che assicurasse l'integrazione delle stesse con altre forme di assistenza sanitaria.

Con un successivo atto di indirizzo e coordinamento (4) sono stati definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative, mentre il decreto del 5 settembre 2001 contiene la ripartizione dei finanziamenti per gli anni 2000-2002 per la realizzazione di queste strutture.

I progetti ammessi al finanziamento e attivati o in fase di realizzazione sono stati 184 per importi complessivi di oltre 177 miliardi di lire e per un totale di 2.003 posti letto (5). La regione che ha avuto il maggior numero di progetti ammessi a finanziamento è stata la Lombardia (25 per un importo di poco meno di 22 miliardi di lire), seguita dall'Emilia-Romagna (21), Piemonte (19) e Sicilia (17) (6). Valle d'Aosta, Provincia di Bolzano e Molise hanno visto finanziata un'unica struttura (per quanto riguarda la distribuzione regionale delle strutture finanziate e dei posti letto si veda la tabella 1).

Sul versante programmatico, l'intervento del legislatore si è sviluppato dapprima con il Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative, contenuto nel decreto del Ministero della sanità del 28 settembre 1999 (7) ed, in seguito, con l'accordo tra il Ministero della sanità, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, i Comuni e le Comunità montane sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete di cure palliative (8).

Accanto a questi documenti è doveroso ricordare almeno due altri importanti momenti:

— il Ministero della sanità ha istituito nel settembre del 2000 una Commissione di studio, presieduta dal prof. Ventafridda, la cui attività è sfociata nelle linee guida per l'ospedale senza dolore (9);

— l'istituzione della «Giornata nazionale del sollievo», indetta con direttiva del Presidente del Consiglio Amato il 24 maggio del 2001 (10), con l'obiettivo di sensibilizzare i cittadini sulla cultura del sollievo della sofferenza fisica e morale dei malati terminali.

Con questa ultima direttiva le amministrazioni pubbliche, anche in coordinamento con gli organismi di volontariato, si impegnano ogni ultima domenica di maggio a testimoniare, attraverso iniziative di sensibilizzazione e solidarietà, la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica.

### 3. Le cure palliative nei Piani sanitari nazionali e regionali

Abbiamo sottolineato in precedenza come l'impulso fondamentale per la realizzazione di strutture e di servizi assistenziali destinati ai pazienti in fase terminale sia contenuto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000. All'o-

**Tabella 1 - Strutture residenziali per cure palliative e posti letto. Distribuzione regionale progetti finanziati 1998-2002**

Regione	Strutture	Posti letto
Valle d'Aosta	1	10
Piemonte	19	211
Liguria	7	69
Lombardia	25	245
Veneto	15	136
Trentino-Alto Adige	3	35
Friuli-Venezia Giulia	4	45
Emilia-Romagna	21	229
Toscana	16	166
Umbria	4	38
Marche	8	87
Lazio	8	137
Abruzzo	7	78
Molise	1	17
Campania	11	99
Basilicata	5	45
Puglia	5	40
Calabria	7	84
Sicilia	17	192
Sardegna	3	40
<b>Italia</b>	<b>184</b>	<b>2.003</b>

Fonte: Ministero della salute. Comitato per le cure palliative.

biiettivo IV di questo Piano viene affrontata la tematica delle forme di garanzia da assumere nei confronti dei soggetti deboli, vale a dire «tutti coloro che, trovandosi in condizioni di bisogno, vivono situazioni di particolare svantaggio e sono costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità». In questo documento i malati terminali sono inseriti, quindi, tra alcuni particolari gruppi di soggetti deboli accanto a stranieri immigrati, tossicodipendenti, malati mentali, bambini-adolescenti-anziani che presentano specifiche esigenze di tutela. Tra i documenti e i provvedimenti ritenuti prioritari per il triennio 1998-2000 troviamo, inoltre, la redazione di «linee guida per l'assistenza ai pazienti in fase terminale» da definire in accordo con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Nel Piano del 1998 si sottolinea come le persone affette da patologie evolutive irreversibili necessitino di un'assistenza finalizzata al controllo del dolore e ad essi «un'assistenza di buona qualità deve offrire la possibilità di trascorrere l'ultima parte della vita in famiglia o in strutture di ricovero adeguate alla natura dei problemi». Tra le azioni da privilegiare si indicano sia il necessario potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica domiciliare, e degli interventi di terapia palliativa accanto alla realizzazione di strutture dedicate (*hospice*).

Dopo il Piano del 1998 si sono susseguiti la proposta di Piano del 2001 e lo schema del 2002, fino a giungere finalmente all'approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005 attualmente in vigore.

La bozza di Piano sanitario nazionale 2001-2003, presentata dal Ministro Veronesi e approvata dal Consiglio dei ministri il 7 febbraio 2001, nel ricordare i provvedimenti presi in attuazione del precedente obiettivo IV

(il Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative e l'Atto di indirizzo per la realizzazione di strutture per le cure palliative), ricorda che le cure palliative sono identificate dall'Organizzazione mondiale della sanità fra le sei grandi priorità in campo sanitario e indica la necessità di un rapido e coordinato sviluppo della rete assistenziale, puntando sulla formazione degli operatori e il miglioramento delle conoscenze. Al centro di questa proposta di Piano per quanto concerne le cure palliative si pone la necessità di dotare le aziende sanitarie di una rete di assistenza domiciliare e residenziale, accessibile e gestita da personale idoneamente formato, in cui siano previste e favorite forme di collaborazione tra strutture pubbliche e private accreditate, in particolare tra la medicina di base e le strutture ospedaliere al fine di garantire una reale continuità assistenziale e terapeutica.

Lo schema di Piano sanitario 2002-2004, radicalmente differente dai precedenti piani come viene evidenziato fin dalle prime righe della presentazione, inserisce il tema delle cure palliative negli obiettivi di carattere generale (parte seconda) nell'ambito degli interventi per la promozione della salute, dopo aver tuttavia ricordato nell'ambito del progetto 2 («Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili») che «bisogna anche sviluppare la cosiddetta ospedalità a domicilio, ovvero trasferire a domicilio del paziente alcuni servizi oggi erogati solo dall'ospedale, *includere le cure palliative*». Nella parte relativa alle cure palliative attenzione particolare viene riservata ai trattamenti farmacologici antidolorifici. Si afferma, infatti, che l'Italia risulti all'ultimo posto in Europa nell'utilizzo di farmaci oppiacei e che circa l'80% del dolore da cancro possa esse-

re contenuto con farmaci poco costosi «che il paziente può autonomamente somministrarsi per bocca a intervalli regolari».

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 nella parte relativa alle cure palliative (paragrafo 3.2.3 sempre seguendo lo schema del Piano 2002 all'interno della parte seconda «Obiettivi generali» nell'ambito della promozione della salute e del contrasto alle malattie) riporta alcuni dati estremamente significativi ripresi da statistiche Istat del 1998: in Italia muoiono ogni anno oltre 159.000 persone a causa di una patologia neoplastica e il 90% di esse necessita di cure palliative. Accanto ai pazienti affetti da patologie neoplastiche si ricorda tuttavia che la fase terminale sia una costante della fase finale di vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo in ambito respiratorio, cardiocircolatorio, neurologico e di persone colpite da particolari malattie infettive come l'Aids. Si afferma, inoltre, che la filosofia delle cure palliative è tesa a produrre azioni finalizzate al miglioramento della qualità della vita. Azioni che:

- affermano la vita e considerano la morte un evento naturale;
- non accelerano né ritardano la morte;
- provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi;
- integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;
- aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte;
- sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto».

Obiettivi prioritari del sistema a rete per il triennio 2003-2005 sono quelli di implementare la rete assistenziale, attivare un sistema di valutazione, realizzare programmi di comunicazione e sensibilizzazione.

Detto questo, il documento riconosce che, a quasi un quinquennio dal-

l'emanazione dei primi provvedimenti specificamente dedicati alle cure palliative e alla creazione di una rete assistenziale territoriale su queste problematiche, i modelli organizzativi emergenti nelle varie regioni siano alquanto differenziati. Da una parte, infatti, molte regioni hanno elaborato programmi specifici per le cure palliative, mentre altre hanno inserito lo sviluppo delle cure palliative all'interno della rete di interventi domiciliari sanitari, socio-sanitari e di assistenziali (rete per la cura ed assistenza domiciliari). Il concetto di rete assistenziale per le cure palliative è stato declinato nei singoli contesti generali ponendo, in altri termini, come soggetto guida della rete o le diverse articolazioni delle Unità operative per le cure palliative presenti in ambito ospedaliero, oppure assegnando tale ruolo ai distretti socio-sanitari e alla medicina di base.

Rispetto a questi due modelli organizzativi, il Piano riconosce la necessità di adottare linee di intervento flessibili e articolabili in base alle scelte regionali, nonché di prevedere livelli assistenziali a complessità differenziata. Fondamentale diventa quindi programmare un sistema a rete capace di integrare modelli e livelli di intervento differenti e differenti soggetti coinvolti e basato sulla stretta integrazione tra rete sanitaria e socio-sanitaria con quella socio-assistenziale.

#### 4. I modelli organizzativi regionali

Per sintetizzare le differenze fra i modelli organizzativi sottolineate dal Piano sanitario nazionale 2003-2005 può essere utile far riferimento ad alcune esperienze regionali.

Il modello organizzativo proposto nella Regione Umbria prevede la creazione di Unità di valutazione Cure palliative (UVCP), composte da medico di medicina generale, medico esperto

di cure palliative, medico specialista, infermiere, psicologo, assistente sociale e coordinatore ADI, che definisce il piano assistenziale per il singolo paziente, e di specifici Servizi aziendali di Cure palliative (SACP). I medici di medicina generale assumono un ruolo centrale nell'attivazione della rete assistenziale e nella gestione del paziente rispetto alle varie alternative assistenziali (ospedale, domicilio, ambulatorio o *hospice*), appartengono automaticamente all'UVCP per assistito preso in carico e loro rappresentanti partecipano a livello di distretto all'elaborazione delle procedure delle dimissioni protette da ospedali Asl o da Aziende ospedaliere. L'integrazione dei servizi avviene attraverso la formulazione di protocolli tra i singoli SACP e i responsabili ADI di distretto, per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, mentre per quanto riguarda le aziende ospedaliere si rimanda a specifici protocolli tra singoli SACP e servizi specialistici delle Aziende.

La regione Emilia-Romagna è stata per molti versi all'avanguardia nell'organizzazione dei servizi di cure palliative avendo istituito con legge regionale 29 fin dal 1994 un programma di assistenza domiciliare per i pazienti terminali basato sull'attivazione dei NODO (Nuclei operativi domiciliari oncologici) che si sono evoluti successivamente nell'ambito degli interventi di Assistenza domiciliare integrata. Oltre ai diversi provvedimenti sulla rete di cure palliative e sulle strutture residenziali (11), il Piano sanitario regionale 1999-2001 (12) ha previsto due programmi speciali: «Le cure palliative e l'assistenza nella fase terminale della vita» e «Il programma *hospice*». La rete assistenziale si articola in interventi/strutture residenziali, ospedaliere, domiciliari a cui corrispondono diversi percorsi assistenziali (ADI, ospedalizzazione domiciliare, assistenza presso strutture di ricovero-

accoglienza specializzate in cure palliative, ricovero presso strutture di degenza ordinaria e *day hospital*). In ogni Azienda UsI è prevista l'attivazione di un Servizio di Cure palliative (SCP), pensato per favorire l'integrazione fra gli attori della rete e in particolare tra operatori territoriali e ospedalieri, che abbia tra l'altro gli obiettivi di:

- integrare la rete territoriale dei servizi;
- assicurare la continuità di cura;
- svolgere funzioni di supporto alla gestione dei casi più critici (13).

Nei SCP operano i diversi operatori coinvolti nei programmi assistenziali e direttamente, o attraverso l'integrazione con le Aziende ospedaliere, questi servizi svolgono tutta una serie di attività, dalla consulenza alla ospedalizzazione domiciliare alla gestione dell'assistenza specialistica ai pazienti ricoverati in *hospice* ospedalieri, che garantiscano la continuità assistenziale e il coinvolgimento di tutti i servizi e le strutture.

Il modello organizzativo lombardo risente dell'impostazione data al servizio sanitario in questa regione con la separazione tra soggetti erogatori di prestazioni di ricovero, ambulatoriali e specialistiche (le Aziende ospedaliere) e soggetti deputati al finanziamento di queste prestazioni e alla programmazione dei servizi territoriali (le Aziende sanitarie). La normativa regionale di riferimento, la del. G.R. 39990 del novembre 1998 «Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative», nell'anticipare notevolmente le iniziative legislative a livello nazionale, conteneva alcune rilevanti indicazioni che, seppur modificate parzialmente dopo l'approvazione della normativa nazionale di riferimento, consentono di differenziare le caratteristiche della rete assistenziale lombarda da altri modelli. In particolare, il modello lombardo prevede

l'attivazione, *all'interno della rete ospedaliera*, delle Unità operative di Cure palliative (UOCP) in numero di almeno una per provincia o ogni 500.000 abitanti. Per essere accreditate le UOCP devono erogare quattro livelli assistenziali: assistenza ambulatoriale, assistenza ospedaliera a ciclo diurno, assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria, cure domiciliari erogate direttamente dal medico o dall'*équipe* dell'UOCP, oppure all'interno di un programma ADI. La Delibera del 1998 disponeva che ciascuna UOCP organizzasse unità di ricovero autonome con un numero di posti letto compreso tra 10 e 15, mentre si rendeva possibile l'attivazione di piccole comunità per pazienti terminali, a carattere extra-ospedaliero presso strutture residenziali pubbliche e private accreditate, con un numero di posti letto compreso tra gli 8 e i 15, limite venuto meno con l'approvazione della normativa nazionale sui requisiti minimi (DPCM del 20 gennaio 2000).

Il carattere «ospedaliero» delle UOCP è stato rafforzato, in seguito, da una successiva del. G.R., la n. 1294 del 1999, che, istituendo a livello regionale 22 dipartimenti oncologici, stabiliva che le UOCP situate in strutture pubbliche o private, scegliendo di aderire ad un Dipartimento oncologico, ne diventavano parte integrante. Questa parte della del. G.R. ha favorito il sorgere di diverse UOCP all'interno dei Dipartimenti oncologici. Un simile orientamento è stato confermato dalla successiva del. G.R. 1884/2000, relativa agli adempimenti conseguenti all'attuazione del programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative ai sensi del decreto ministeriale del 28 settembre 1999, che ha approvato 25 progetti di cui 14 a carattere ospedaliero e 11 a carattere residenziale (14).

## 5. Il ruolo del Terzo Settore nella rete di cure palliative

Già a partire dal decreto del 28 settembre 1999 (Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le Cure palliative) e dallo stesso Piano sanitario 1998-2000 alle organizzazioni del Terzo Settore era riconosciuto un ruolo fondamentale nell'ambito delle iniziative tese a sviluppare una rete assistenziale per i pazienti terminali. Una delle priorità ricordate nel Piano era, infatti, quella di privilegiare azioni volte alla promozione e al coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali le quali potevano assumere un ruolo concreto anche nell'ambito della realizzazione e della gestione delle nuove strutture residenziali e diurne specializzate (*hospice*). Nell'allegato 1 del decreto del 28 settembre 1999 si afferma che «la rete di assistenza ai pazienti terminali è costituita da un'aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali e ospedalieri, sanitari e sociali, *che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale (...)*», demandando alle regioni e province autonome la definizione di indirizzi per la promozione di forme di collaborazione tra strutture, organizzazioni non lucrative di utilità sociale e organizzazioni di volontariato operanti nel settore specifico. Il successivo Atto di indirizzo e coordinamento per i centri residenziali di cure palliative del gennaio 2000 si concludeva significativamente affermando che nell'organizzazione dei centri per le cure palliative andasse promossa e valorizzata la presenza e la collaborazione delle associazioni di volontariato (15).

Il riferimento al Terzo Settore appariva come il necessario riconoscimento dell'attività delle numerose organizzazioni di volontariato operanti in maniera rilevante, seppur geografica-

mente in forma disomogenea, sul territorio nazionale nel settore sanitario. Il primo censimento Istat sulle istituzioni *non profit* in Italia (Istat, 2001) pubblicato nel 2001 ha consentito di approfondire la conoscenza di questo fenomeno nelle sue variabili principali. Le organizzazioni *non profit* attive nel settore sanitario risultavano 9.976 e presentavano queste principali caratteristiche:

— il 55,2% era localizzato nelle regioni dell'Italia settentrionale;

— la forma giuridica prevalente era rappresentata dalle «associazioni riconosciute» con il 55,2%, seguita dalle «associazioni non riconosciute» (36,0%) e dalle «cooperative sociali» (3,7%);

— il 38,2% risultava costituito dopo il 1990;

— volontari erano presenti nel 91,0% delle istituzioni con un numero complessivo nazionale di 318.894 unità, mentre i dipendenti erano presenti nel 17,1% delle organizzazioni con valori assoluti di 121.389 unità;

— 491 istituzioni *non profit* del settore sanitario avevano oltre 20 dipendenti;

— l'11,8% delle istituzioni dichiarava entrate annue superiori ai 500 milioni di lire.

All'interno del Terzo Settore le organizzazioni che intervengono nel settore sanitario e socio-sanitario rivolgono i loro servizi sia all'insieme della popolazione (es. donatori di sangue e di organi) sia alle categorie «deboli» (malati, anziani, portatori di *handicap*, persone in condizioni di disagio fisico o psichico) che rischiano di essere escluse o, comunque, di non essere pienamente integrate nelle diverse comunità di appartenenza (16). Impulso notevole allo sviluppo degli interventi di queste associazioni è il superamento degli effetti delle asimmetrie informative, poiché non vi sono finalità lucrative, che potrebbero incentivare

comportamenti opportunistici, e soprattutto per la presenza di una pluralità di soggetti (volontari, finanziatori, associati, istituzioni collegate) che interagiscono con l'associazione e verificano nel tempo l'efficacia degli interventi.

Nell'ambito del settore sanitario, le organizzazioni *non profit* attive nell'erogazione di servizi a pazienti terminali e di cure palliative sono una componente numericamente significativa. Nella tabella 2 sono riportati dati della Federazione Cure palliative (FedCP) in merito alla numerosità e alla distribuzione regionale delle organizzazioni *non profit* operanti sul territorio nazionale.

Le tipologie di intervento erogate in misura prevalente da queste organizzazioni sono sempre state quelle dell'assistenza domiciliare a pazienti terminali e del supporto in strutture ospedaliere a malati che presentino condizioni evolutive non più guaribili di patologie tumorali. La ricerca CERGAS per Regione Lombardia (17) del 1998 conteneva una parte specifica relativa a queste tipologie di intervento. I malati terminali seguiti dalle associazioni *non profit* erano stati nel 1997 solo in questa regione 3.208, di cui 391 da parte di associazioni prive di un rapporto convenzionale con le aziende sanitarie e ospedaliere, con un incremento del 55% rispetto agli assistiti nel biennio precedente. Oltre alle associazioni di volontariato, la problematica dell'assistenza a malati terminali rientrava anche nell'ambito degli interventi delle cooperative sociali di tipo A. In Lombardia si occupavano di questi interventi 14 cooperative sociali che avevano seguito sempre nel 1997 166 pazienti.

Accanto a queste attività tradizionali, la legge finanziaria del 2001 (legge 388 del 23 dicembre 2000) all'articolo 92, comma 17, ha comportato un ulteriore approfondimento delle pos-

sibili relazioni tra amministrazioni pubbliche e Terzo Settore in questo campo. Alle organizzazioni del Terzo Settore (istituzioni e organismi a scopo non lucrativo che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria) (18) veniva data la possibilità di candidarsi come soggetti proponenti alla realizzazione e alla gestione delle strutture sanitarie e assistenziali destinate ad accogliere i malati terminali, con il passaggio, quindi, da una visione di complementarità di queste organizzazioni ad una logica che favorisse l'assunzione da parte di queste ultime di un ruolo progettuale e gestionale negli interventi. In attua-

zione a quanto disposto dalla Legge Finanziaria 2001, la Regione Toscana, ad esempio, nella del. G.R. 1175 del 29 ottobre 2001 ha stabilito che le istituzioni e organismi non a scopo di lucro interessati al programma di realizzazione di centri residenziali di cure palliative ex D.P.C.M. 20 gennaio 2000 dovessero fornire adeguate informazioni in merito all'attività svolta, alla dotazione e alla qualifica del personale, impegnandosi a svolgere nelle strutture oggetto di finanziamento l'attività per almeno 30 anni e a compartecipare al finanziamento dell'intervento stesso. A questi progetti potevano partecipare, infine, solo coo-

**Tabella 2 - Organizzazioni non profit attive nel settore delle cure palliative \***

Regione	ONP	Di cui aderenti alla FedCP
Valle d'Aosta	8	0
Piemonte	23	8
Liguria	4	1
Lombardia	40	20
Veneto	14	4
Trentino-Alto Adige	0	0
Friuli-Venezia Giulia	0	0
Emilia-Romagna	17	4
Toscana	10	1
Umbria	8	0
Marche	9	1
Lazio	14	4
Abruzzo	2	0
Molise	0	0
Campania	7	0
Basilicata	2	0
Puglia	13	1
Calabria	4	1
Sicilia	9	1
Sardegna	4	0
<b>Italia</b>	<b>188</b>	<b>46</b>

\* Dati al 20 aprile 2004.

Fonte: Federazione Cure Palliative.

perative sociali e organizzazioni di volontariato iscritte da almeno 5 anni rispettivamente all'Albo regionale delle cooperative sociali e al Registro regionale delle Associazioni di volontariato. Per le restanti Onlus veniva richiesta la semplice iscrizione presso l'Anagrafe unica delle Onlus presso il Ministero delle finanze.

L'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, nel documento relativo ai requisiti specifici per l'accreditamento di strutture Residenziali di Cure palliative - Hospice (19), ricorda in premessa che la costruzione della rete di cure palliative veda impegnate, in modo sinergico, le istituzioni pubbliche, il privato sociale ed il volontariato e che la struttura dell'*hospice*, sia territoriale che ospedaliero, debba prevedere l'inserimento di volontari adeguatamente formati, i cui compiti saranno definiti «in accordo con la struttura stessa».

D'altro canto, per quanto riguarda il caso lombardo, lo stesso Presidente della Società italiana di Cure palliative, prof. Zucco, sostiene che una delle maggiori criticità dell'organizzazione e del funzionamento della rete assistenziale risiede nella «definizione dei livelli di integrazione fra soggetti pubblici e privati, erogatori di cure palliative, con particolare riferimento alle organizzazioni *non profit*» (20).

Accanto alla problematica dell'integrazione degli interventi delle organizzazioni *non profit* all'interno della rete assistenziale, si possono sottolineare in questa sede almeno due altri temi critici che assumono un forte rilievo nell'ambito dello sviluppo delle stesse organizzazioni:

— un aspetto molto rilevante, sempre sottolineato dalle organizzazioni, riguarda i livelli tariffari previsti in ambito regionale per il rimborso delle prestazioni erogate. Livelli tariffari non coerenti con le prestazioni erogate e con i costi di investimento, forma-

zione, materiali di consumo, di accesso al paziente, solo per citare i principali, sono destinati a limitare fortemente l'espansione delle attività delle organizzazioni impegnate in questo settore, malgrado l'utilizzo del grosso patrimonio umano e valoriale composto dal volontariato.

— Le conseguenze della diffusione di nuovi strumenti come i *voucher* socio-sanitari e i buoni assistenziali sulle modalità organizzative degli interventi.

Introdotta in via sperimentale nel 2002 in Lombardia nella Asl di Lecco e nella Asl 3 di Milano (21), il *voucher* socio-sanitario è un contributo economico che può essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata da organizzazioni accreditate comprese le *non profit*. L'assistenza socio-sanitaria domiciliare rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini aventi titolo e a totale carico del Ssn, secondo quanto stabilito dai D.P.C.M. del 14 febbraio 2001 e 29 novembre 2001. Nella scelta organizzativa delle forme di erogazione delle prestazioni domiciliari, l'opzione del *voucher* permette alle Asl di affiancare agli interventi delle proprie strutture territoriali anche l'attività di soggetti privati, *profit* e *non profit*, purché siano accreditati per l'erogazione di questo tipo di servizio, favorendo indirettamente lo sviluppo di una rete di soggetti impegnati in questo settore. Il *voucher* non è altro che una modalità di fruizione di cure domiciliari «programmate infermieristiche o riabilitative, prescritte dal Mmg ed attuate da personale sanitario e socio-sanitario» forniti dal soggetto accreditato sulla base della libera scelta del cittadino (22). Per quanto riguarda le cure palliative e l'assistenza ai malati terminali, si pone il problema del loro inserimento negli interventi ammessi allo strumento *voucher*. Se

l'assistenza a domicilio è sostanzialmente assimilabile per complessità e intensità alla ospedalizzazione domiciliare risulta, in effetti, esclusa una loro gestione attraverso questo strumento. L'assistenza al paziente terminale, negli altri casi, rientra nel profilo «intensivo» dei diversi *voucher* proposti, ad esempio, nella sperimentazione lombarda. Il valore su base mensile di questa tipologia di interventi era fissato per il 2002 a 619 euro. Nel valore del *voucher* sono comprese tutte le prestazioni e gli accessi delle diverse tipologie di operatori, nonché i materiali di consumo. Nell'ambito delle cure palliative, tuttavia, l'attività assistenziale domiciliare è necessariamente affiancata agli interventi delle strutture ospedaliere responsabili di questo tipo di trattamenti.

La logica del buono sanitario, anche questo introdotto in forma sperimentale in Regione Lombardia dapprima con del. G.R. 2857/2000 poi prorogato con del. G.R. 7955/2002, è di natura strettamente assistenziale anche se è previsto nella normativa lombarda la possibilità che l'importo erogato possa essere utilizzato anche per l'acquisto di prestazioni infermieristiche, riabilitative e medico-specialistiche. In questo caso, oltre ai fornitori accreditati di prestazioni socio-sanitarie, soggetti principali erogatori di servizi assistenziali sono i familiari, fino al terzo grado di parentela o un affine fino al secondo, che prestino l'assistenza richiesta. Il buono è riservato ad anziani non autosufficienti con oltre 75 anni di età ed era pari nella sperimentazione lombarda a 413 euro mensili.

Senza entrare nel merito sui risultati di queste sperimentazioni o sull'appropriatezza dell'utilizzo di queste forme di intervento nell'ambito delle cure palliative e dell'assistenza ai pazienti terminali, occorre rilevare il rafforzamento delle possibilità di ero-

gazione dei servizi da parte dei soggetti del *non profit*.

#### 6. Alcune esperienze significative: VIDAS e Associazione «Fabio Sassi»

Per cogliere l'importanza degli interventi delle organizzazioni *non profit* può essere utile far riferimento ad alcune esperienze. In questo senso l'evoluzione delle attività di organizzazioni come VIDAS e l'Associazione Fabio Sassi può essere considerata estremamente significativa dei percorsi sviluppati dal *non profit* sia nei rapporti con le aziende sanitarie sia nei processi di differenziazione delle attività svolte.

VIDAS è una *non profit* sorta nel 1982 che offre assistenza domiciliare gratuita a malati terminali di cancro. Dalla nascita a tutto il 2003 ha offerto a domicilio i propri servizi a oltre 13.000 pazienti, mentre su base annua i malati presi in carico sono passati dai 20 del 1982 a 1.432 nel 2.002. L'attuale capacità assistenziale è in media di 180 pazienti curati contemporaneamente a Milano e in 42 comuni della provincia. A livello organizzativo le attività dell'associazione si basano su un *équipe* composta da 66 operatori socio-sanitari a cui si affiancano 150 volontari (cfr. tabella 3). Le spese annue per l'assistenza domiciliare e l'attività formativa sono state nel 2003 pari a 5 milioni di euro con un costo per paziente preso in carico di oltre 3.500 euro. A queste spese l'associazione fa fronte con i contributi dei soci, di aziende private e enti pubblici e con un'intensa attività di *fund raising*.

Nel 1983 l'associazione VIDAS ha dato vita alla Fondazione omonima che ha la competenza sulle attività patrimoniali dell'associazione.

VIDAS ha attualmente un rapporto di convenzione con l'Asl 1 di Milano relativo alla presa in carico di pazienti

terminali su indicazione dei responsabili distrettuali dell'azienda.

Nel 2003 ha preso avvio il progetto Casa ospedale che prevede la realizzazione di una struttura residenziale polifunzionale da 20 posti di degenza per ricoveri protetti e che si affiancherà alla tradizionale assistenza domiciliare. L'*hospice*, il cui preventivo complessivo supera i 9 milioni di euro, è destinato a offrire servizi sanitari non solo ai pazienti terminali affetti da patologie tumorali, ma anche a malati terminali affetti da altre patologie. In particolare sono previsti servizi di:

- terapie a ciclo diurno (*day hospital*);
- attività ambulatoriale specialistica;
- fisioterapia.

Per la gestione della Casa ospedale è previsto un costo annuo di 1,8 milioni di euro con l'inserimento di ulteriori 36 figure di operatori socio-sanitari.

L'associazione «Fabio Sassi» di Merate (LC) opera dal 1989 a fianco dell'*équipe* di Cure palliative domiciliari della Asl di Lecco - Distretto di Merate con un numero di volontari superiori attualmente alle 140 unità. Il servizio di Cure palliative domiciliari

del distretto di Merate segue annualmente oltre 200 pazienti terminali avvalendosi della collaborazione dell'associazione.

La «Fabio Sassi» ha promosso e finanziato la costruzione dell'*hospice* «il Nespolo» di Aiuruno (23) diretto dal dott. Mauro Marinari. L'*hospice* è stato cofinanziato con i fondi *ex-lege* 39/1999.

L'*hospice*, costato complessivamente 3,7 milioni di euro, ha cominciato ad diventare operativo nel ottobre 2002 con autorizzazione della Asl di Lecco ed ha ricevuto l'accreditamento regionale con del. G.R. 14 luglio 2003 n. 7/13629. I costi di gestione sono valutabili attorno ad 1 milione di euro annui.

Le attività assistenziali della struttura sono seguite da un'*équipe* composta da operatori dell'*hospice* a cui si affianca una fisioterapista della Asl (si veda la tabella 4).

La formazione dei volontari prevede un corso specifico di 11 incontri a cui segue un colloquio di selezione e una fase di inserimento, mentre per quanto riguarda tutti gli operatori dell'*hospice* sono previsti corsi di formazione su base annua.

Tabella 3 - VIDAS. Operatori dedicati all'assistenza domiciliare nel 2003

Qualifica	Numero
Medici	24
Psicologi	4
Operatori igiene personale	9
Assistenti sociali	4
Assistenti alla presa in carico	2
Fisioterapisti	1
Coordinatori per la formazione e l'attività dei volontari	2
Direttore socio-sanitario	1
Volontari	150

Fonte: VIDAS.

Il sistema tariffario regionale lombardo riconosce a questa struttura residenziale per le prestazioni erogate una tariffa di 163,10 euro giornalieri, a cui si aggiungono 51,60 euro nel caso sia prevista la presenza di un accompagnatore all'interno dell'*hospice*. Queste tariffe sono state modificate e aumentate con del. G.R. 12904/03, anche su sollecitazione delle organizzazioni *non profit* che gestiscono strutture di *hospice* territoriali, avvicinandosi come livello a quelle degli *hospice* ospedalieri.

### 7. Le dimensioni critiche dell'intervento del Terzo Settore

L'analisi della legislazione nazionale e regionale e della letteratura esistente sulle forme di intervento delle organizzazioni del Terzo Settore nell'ambito delle cure palliative consentono di proporre le seguenti cinque dimensioni critiche:

— dimensione relazionale. Il riferimento è naturalmente alle modalità di relazione tra volontario-operatore del *non profit* con i pazienti e i loro familiari, nonché alle modalità di accesso/relazione alle strutture e ai servizi dell'organizzazione da parte degli stessi soggetti. In questi ambiti l'organizzazione deve necessariamente possedere una capacità di gestione di problematiche estremamente delicate e avere anche la capacità di trasmettere queste competenze a tutti gli operatori, siano essi volontari o collaboratori. Il tema non riguarda solo il livello di formazione continua da garantire ai partecipanti ai processi assistenziali, ma anche ed in maniera più ampia la capacità di inserire nella propria *mission* aziendale la condivisione di valori strettamente connessi con aspetti etici e l'adesione ad una cultura dell'assistenza basata sul senso più alto e vero della reciprocità e della solidarietà. Valori difficilmente «insegnabi-

li» e che devono essere continuamente oggetto di un'analisi critica da parte del singolo volontario/operatore come dell'intera organizzazione;

— dimensione territoriale. Ci riferiamo alla capacità da parte del volontario di «leggere» e in qualche modo rappresentare in logica di *advocacy* i bisogni, espressi e non, del territorio in cui opera e si riconosce. L'organizzazione agisce in un determinato territorio ed è ad esso strettamente connessa. Basti pensare solo al fatto che i protocolli per le cure palliative domiciliari fanno parte integrante degli Accordi di programma stipulati dai diversi soggetti pubblici e privati nell'ambito dei Piani di zona previsti dalla legge 328/2000. Ora, il processo di costruzione di questi Piani di zona vede il concorso attivo dei diversi soggetti per le proprie competenze e settore di intervento, sia esso sociale o socio-sanitario, in logica di rappresentanza e di partecipazione/condivisione alla definizione/progettazione degli interventi. L'organizzazione di volontariato è quindi spinta ad assumere il ruolo di *partner* della progettazione accanto a quello tradizionale di gestore degli interventi e di rappresentanza delle istanze dei pazienti e delle famiglie;

— dimensione progettuale. Le organizzazioni del volontariato hanno assunto sempre più un ruolo propositivo e progettuale nell'ambito della rete di servizi. Accanto all'erogazione di servizi, la progettazione e la gestione degli interventi in sede di convenzionamento con le Asl o di definizione dei Piani di zona è un momento critico per le organizzazioni. A questo si aggiunge, poi, la problematica delle crescenti forme di gestione delle strutture residenziali che assumono rilevanza, non solo per gli aspetti finanziari che coinvolgono, ma soprattutto per le competenze e le professionalità richieste per questo tipo di intervento;

— dimensione professionale. La cultura delle cure palliative nel nostro paese sconta notevoli ritardi sia a livello di formazione universitaria sia di diffusione di pratiche e protocolli assistenziali. I dati sui consumi di derivati oppiacei a scopo terapeutico sono da questo punto di vista estremamente significativi. Le organizzazioni *non profit* sono tutte impegnate nella diffusione del valore e della cultura delle cure palliative. Cultura che è soprattutto formazione (dei volontari e degli altri operatori) in un costante confronto con le aziende sanitarie e gli enti di ricerca al fine di elevare il livello pro-

**Tabella 4 - Hospice «Il Nespolo». Operatori presenti nella struttura al 22 aprile 2004**

Qualifica	Numero
Direttore socio-sanitario	1 <i>part-time</i>
Medici	2
Psicologi	1 <i>part-time</i>
Infermieri professionali	8
Assistenti sociali	1
ASA/OSS	7
Caposala	1
Volontari con funzioni assistenziali	20
Volontari con funzioni di accoglienza	25

Fonte: Direzione sanitaria.



fessionale degli interventi. Più di altri settori di intervento, il volontario che opera nell'ambito delle cure palliative e dell'assistenza a malati terminali deve disporre di un livello formativo in grado di garantire l'esplicitazione di una professionalità che è sia individuale sia riferibile all'organizzazione nel suo complesso;

— dimensione sociale. Le organizzazioni *non profit* impegnate in questo settore sono tra quelle considerate maggiormente meritorie di attenzione e di sostegno dalle amministrazioni pubbliche, dai familiari dei pazienti, dagli enti e istituti di ricerca, ma soprattutto dalla società nel suo complesso. Questa affermazione trova riscontro nell'elevato livello dell'attività di raccolta fondi richiesto dalla consapevolezza che le organizzazioni intervengono in percorsi assistenziali complessi e particolarmente costosi. L'affiancarsi alle tradizionali attività di assistenza domiciliare la realizzazione e la gestione di strutture residenziali viene ad essere, da questo punto di vista, un banco di prova della capacità del *non profit* di gestire in logica aziendale questo delicato passaggio evolutivo. Non si tratta di una semplice questione finanziaria o di reperimento di risorse finanziarie, quanto piuttosto il risultato atteso di un continuo processo di programmazione strategica dell'organizzazione in grado di individuare punti di forza e di debolezza delle varie alternative, definire piani strategici di lungo respiro, individuare fonti di finanziamento e risorse professionali di attivare, investendo tutta la struttura in un processo capace di rendere a livello sociale la *non profit* protagonista riconosciuta.

Appaiono queste, più che i tradizionali aspetti critici legati ai livelli di rimborso/tariffazione delle prestazioni, le sfide più rilevanti che le organizzazioni sono chiamate ad affrontare

dai nuovi scenari dei servizi sanitari e socio-sanitari.

### 8. Considerazioni conclusive

Dall'analisi effettuata appare evidente come le organizzazioni del Terzo Settore assumono nell'ambito della rete dei servizi assistenziali destinati ai pazienti terminali e alle cure palliative un ruolo riconosciuto e crescente.

Per numerosità, dimensioni organizzative, numero di pazienti assistiti, grandezze finanziarie e risorse umane coinvolte le organizzazioni *non profit* rappresentano per le Aziende sanitarie, ospedaliere e soprattutto per i pazienti e i loro familiari un riferimento spesso insostituibile per garantire il diritto a ricevere un'adeguata assistenza anche nelle fasi terminali dell'esistenza.

I forti legami con il territorio, con le organizzazioni sanitarie locali, permettono a queste organizzazioni di declinare i concetti di solidarietà, reciprocità e mutualità allargata attraverso un continuo rapporto sia con gli interessi pubblici rappresentati dalle Aziende sanitarie sia direttamente con i malati e le loro famiglie. Non è quindi solo con il venir meno o l'attenuarsi delle asimmetrie informative che si spiega il rapido sviluppo del *non profit*, anche in questo settore di intervento. La variabile principale risiede, infatti, nella forte presenza del volontariato che anzi si caratterizza come componente attiva, viva e insostituibile delle organizzazioni *non profit*.

Su un tessuto sociale, religioso e culturale tradizionalmente favorevole alla reciprocità e alla mutualità come quello presente in alcuni contesti regionali, in tutto il territorio nazionale, si sono negli ultimi anni innescate istanze e comportamenti che rimandano al tema più vasto dei diritti di cittadini-

za, della tutela delle nuove forme di disagio, del sostegno alle fasce deboli della popolazione residente e immigrata. Le nuove, grandi sfide in campo sanitario e socio-sanitario si chiamano assistenza ai malati terminali e agli anziani non autosufficienti, riabilitazione e sostegno per i portatori di *handicap*.

Una nuova area di intervento emerge, tuttavia, come quella su cui si concentrano gli interventi di numerose organizzazioni e delle loro risorse umane. Ci riferiamo alla gestione delle strutture residenziali per le cure palliative, una nuova realtà che sempre più si sta diffondendo nel panorama sanitario nazionale malgrado le enormi difficoltà, di ordine finanziario e soprattutto culturale, rispetto alla più volte sottolineata carenza nella pratica medica e, più in generale, nei servizi sanitari di una visione del controllo del dolore e del sollievo adeguata agli *standard* internazionali.

I dati sul numero di pazienti assistiti annualmente, sulla loro crescita nel corso degli anni e sulle aspettative per il futuro, quelli futuri, sul numero delle organizzazioni impegnate in questo tipo di interventi, sulle stesse modalità differenziate di erogazione (dal servizio di assistenza domiciliare all'ADI fino alla gestione di *hospice* in ambito ospedaliero o territoriale), permettono di indicare nelle organizzazioni del Terzo Settore un interlocutore privilegiato nelle politiche sanitarie e socio-sanitarie regionali.

(1) Il primo servizio italiano di cure palliative è stato creato, infatti, all'inizio degli anni '80 presso l'Istituto dei tumori di Milano durante la direzione sanitaria del prof. Umberto Veronesi sotto l'impulso del prof. Vittorio Ventafridda.

(2) Sta in *Gazzetta Ufficiale* n. 48 del 27 febbraio 1999.

(3) Il Piano sanitario nazionale all'obiettivo IV affronta il problema dell'assistenza alle persone della fase terminale della vita, sottolineando l'esigenza di un potenziamento degli interventi di cure palliative e la realizzazione di strutture residenziali dedicate. Cfr. D.P.R. 23 luglio 1998 «Approvazione del piano sanitario nazionale 1998-2000».

(4) D.P.C.M. del 20 gennaio 2000 in *Gazzetta Ufficiale* del 21 marzo 2000.

(5) Per alcune regioni (Lombardia, Umbria, Lazio, Campania e Puglia) non sono considerati i progetti da realizzare con le risorse del biennio 2000-2002 e il dato finanziario complessivo riportato nel testo si riferisce solo ai finanziamenti 1998-1999. Cfr. [www.ministerosalute.it/investimenti/approfondimento/sez.Approfondimento.jsp](http://www.ministerosalute.it/investimenti/approfondimento/sez.Approfondimento.jsp).

(6) Attualmente (aprile 2004), secondo l'elenco presente nel sito del Ministero della salute risultano attivate 46 strutture, ma il dato appare ampiamente sottovalutato a causa del mancato aggiornamento. Alle 18 strutture attivate in Lombardia secondo questo elenco corrispondono, infatti, i 29 hospice presenti per la stessa regione nell'elenco della Federazione Cure Palliative Onlus.

(7) Sta in *Gazzetta Ufficiale* n. 55 del 7 marzo 2000.

(8) Decreto della Conferenza unificata del 19 aprile 2001 in *Gazzetta Ufficiale* del 24 maggio 2001.

(9) Scopo della Commissione era quello di «approfondire la conoscenza, anche sulla base delle esperienze maturate presso alcune strutture italiane e di altri paesi, degli interventi che possono essere introdotti nell'ambito dei servizi e della pratica assistenziale al fine di contrastare il dolore e le sofferenze evitabili, causati dalle malattie e in particolare da malattie oncologiche». Il decreto per le Linee guida per l'ospedale senza dolore che contiene il testo della Conferenza Stato Regioni e Province autonome del 24 maggio 2001 è stato pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* n. 1490 il 29 giugno del 2001.

(10) In *Gazzetta Ufficiale* n. 163 del 16 luglio 2001.

(11) Del. G.R. 456/2000 «La rete delle cure palliative» con i relativi provvedimenti attuativi contenuti nelle del. G.R. 1602 e 2438 del 2000, del. G.R. 1716/200 sui requisiti degli hospice, nonché del. G.R. 540/2000 sull'assistenza sanitaria a favore dei pazienti in fase critica.

(12) Del. G.R. 456/2000.

(13) Cfr. l'intervento di E. Marri del servizio Presidi ospedalieri dell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna «La rete delle cure palliative e il programma Hospice della Regione Emilia-Romagna» in [\[nisterosalute.it/investimenti/resources/documenti/hospice/hospice\\\_emilia.pdf\]\(http://www.ministerosalute.it/investimenti/resources/documenti/hospice/hospice\_emilia.pdf\).](http://www.mi-</a></p></div><div data-bbox=)

(14) Per un approfondimento sul caso lombardo si rimanda al documento di F. Zucco (Direzione generale sanità della Regione Lombardia) e P. Meroni (Responsabile servizio qualità ed integrazione servizi sanitari della Regione) «Le normative della Regione Lombardia nelle cure palliative» in [www.ministerosalute.it/investimenti/resources/documenti/hospice/hospice\\_lombardia.pdf](http://www.ministerosalute.it/investimenti/resources/documenti/hospice/hospice_lombardia.pdf).

(15) Per quanto riguarda, ad esempio, la Regione Umbria C. Romagnoli e F. Tondi della Direzione regionale sanità e servizi sociali in un intervento di fine 2001 riconoscevano il supporto determinante fornito al Servizio sanitario regionale dalle associazioni di volontariato AELC nella Usl 1, «Con Noi per le Cure palliative» nella Usl 2, AGLAIA nella Usl 3, Associazione narnese per la lotta contro il cancro nella Usl 4, oltre ad AUCC nella Usl 2 e associazione «Orvieto contro il cancro» nell'orvietano. Interessante è notare come non tutte queste associazioni avessero un rapporto di natura convenzionale con le rispettive Usl. Cfr. degli autori citati «Organizzazione e funzionamento dei servizi di cure palliative nella Regione e bisogni informativi connessi» in [www.ministerosalute.it/investimenti/resources/documenti/hospice/hospice\\_umbria.pdf](http://www.ministerosalute.it/investimenti/resources/documenti/hospice/hospice_umbria.pdf).

(16) Per un approfondimento su queste tematiche si rimanda a: Gugiatti (1998 e 1999). Per un inquadramento più complessivo si veda Gugiatti (2003), in particolare il capitolo IV.

(17) CERGAS per le non-profit, «L'impresa solidale quale soggetto economico per creare nuove opportunità occupazionali in Lombardia», Milano, febbraio 1998.

(18) Tali organizzazioni devono disporre di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto per pazienti affetti da patologia neoplastica. I finanziamenti sono assegnati a strutture con vincolo di destinazione trentennale.

(19) Cfr. [www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditaemnto/doc\\_requisiti.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditaemnto/doc_requisiti.htm) il documento relativo agli hospice.

(20) Cfr. F. Zucco, P. Meroni, *cit.*

(21) Cfr. del. G.R. 9379 del 14 giugno 2002.

(22) Cfr., ad esempio, Asl di Cremona, Dipartimento ASSI, Progetto voucher socio sanitario anno 2003, parte 3, Linee guida dell'assistenza sociosanitaria domiciliare, in [www.aslcremona.it](http://www.aslcremona.it).

(23) Un'analisi delle caratteristiche costruttive e funzionali di questa struttura si può trovare nella rivista *Progettare la Sanità*, n. 79, gennaio/febbraio 2004.

## BIBLIOGRAFIA

- AMADORI D., DE CONNO F. (2002), *Libro italiano di cure palliative*, Poletto Editore, Milano.
- AMADORI D., MALTONI M., FABBRI M. (1999), *Cure palliative ed assistenza domiciliare in oncologia medica*, Il pensiero scientifico, Roma.
- ASSOCIAZIONE EUROPEA DI CURE PALLIATIVE (1993), *Cure palliative*, Ariete, Milano.
- BARBETTA G.P. (A CURA DI) (1996), *Senza scopo di lucro. Dimensioni economiche, legislazione e politiche del settore non profit in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- BORGONOV E. (1993), «Elementi di teoria per le aziende non profit», in *Il futuro dei servizi sociali in Italia: il ruolo della cooperazione sociale nei processi di depubblicizzazione*, Istituto Italiano di Studi Cooperativi «L. Luzzatti», Roma.
- BORGONOV E. (1995), «Aziende non profit: problemi teorici, profili giuridici e politiche di indirizzo», in AA.VV., *Le aziende non profit tra Stato e mercato*, Clueb, Bologna.
- BORZAGA C., FIORENTINI G., MATA CENA A. (1996), *Nonprofit e sistemi di welfare*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- COSTANTINI B., DE BENEDETTO D., MORELLI G. (1999), «L'assistenza domiciliare ai malati terminali: il ruolo dello psicologo», *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 36-37, gennaio-agosto, pp. 62-67.
- DI MOLA G. (A CURA DI) (1988). *Cure palliative. Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*, Masson, Milano.
- FIORENTINI G. (1997), *Organizzazioni non profit e di volontariato. Direzione, marketing e raccolta fondi*, Etas Libri, Milano.
- GUGIATTI A. (1998), «Il ruolo del Terzo Settore nell'offerta di servizi socio-sanitari e assistenziali. Il caso lombardo», *Mecosan*, 28.
- GUGIATTI A. (1999), «I rapporti tra terzo settore e enti locali: dalla complementarità alla partnership», *Azienda Pubblica*, 3.
- GUGIATTI A. (2003), *Il lavoro civile. L'occupazione nel Terzo Settore*, Egea, Milano.

- IRER (1999, 2001), *Il malato terminale: l'intervento attivo del medico di medicina generale*. Rapporto di ricerca. Prima e seconda fase.
- ISTAT (2001), «Istituzioni nonprofit in Italia. I risultati della prima rilevazione censuaria. Anno 1999», *Informazioni*, n. 50.
- MAZZOLI G., TARCHINI V. (2000), *Il riposizionamento strategico degli attori del Terzo Settore nella ridefinizione del Welfare Locale*, Enaip, Reggio Emilia.
- MERCADANTE S., RIPAMONTI C. (2003), *Medicina e cure palliative in oncologia. Aspetti clinici, assistenziali e organizzativi*, Masson, Milano.
- RANCI C. (1999), *Oltre il welfare State*, Il Mulino, Bologna.
- ZAMAGNI S. (1996), «Verso un'economia civile», in *Il Terzo Settore. Una prospettiva associativa per rinnovare lo stato sociale*, Gruppo parlamentare DS Ulivo, INFO quaderni, n. 19-24, Roma.

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 salute

## 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.

# SISTEMI TARIFFARI PER LA REMUNERAZIONE DEL LONG-TERM CARE

Mariafrancesca Sicilia, Emilio Tanzi

CERGAS - Bocconi

**SOMMARIO:** Premessa - 1. I meccanismi di pagamento dei servizi pubblici: una lettura critica delle alternative percorribili - 2. I sistemi di pagamento delle RSA - 3. Alcune considerazioni per la corretta applicazione di un Sistema di pagamento prospettico (SPP) nel *long-term care*.

*The services offered to older people in nursing home have to be financed by the Region for the sanitary part and by the local authorities or older people themselves for social part. This article suggest, after a brief description on the funding system for public services, some reflections on the perspective payment for long term care services taking in count two ongoing regional experience (Lombardia e Marche) and the problem arising from the application of the Drg system in the National Health Services.*

## Premessa

Nell'ambito dei processi di rinnovamento che dagli anni '90 hanno interessato la Pubblica amministrazione italiana, elemento di discontinuità rispetto al passato è stata la separazione tra funzione di governo (riconosciuta, nel caso dei servizi socio-sanitari in capo all'ente regionale) e funzione di produzione (attribuita a soggetti autonomi, pubblici e privati) e la progressiva specializzazione degli attori coinvolti nel sistema d'offerta (1). Tra i differenti strumenti introdotti per governare al meglio le relazioni tra «attori regolatori» ed «attori produttori», un ruolo strategico può essere riconosciuto ai meccanismi di finanziamento. Se però già da circa dieci anni questa tematica è stata analizzata e approfondita per quanto riguarda i servizi a connotazione strettamente sanitaria (introduzione dei sistemi di pagamento Drg), oggi la stessa sta assumendo sempre più rilevanza anche per i servizi socio-sanitari, in particolare modo per i servizi *long-term care*, os-

sia i servizi residenziali e semi residenziali extra-ospedalieri.

La crescente importanza di questi servizi si può spiegare attraverso il quadro socio-demografico caratterizzante le società industrializzate e l'introduzione di nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche in ambito sanitario. Gli elementi di novità che si stanno profilando in questo scenario possono essere così sintetizzati:

— un incremento delle patologie cronico-degenerative, soprattutto legate all'invecchiamento della popolazione, e un aumento della speranza di vita di molte tipologie di pazienti affetti da alterazioni o *deficit* disabilitanti (malattie cromosomiche, metaboliche, traumi; etc.) e una diffusione di malattie cronico-stabilizzate (malattie oncologiche; malati cardiopatici stabilizzati; etc.);

— un indebolimento del tessuto di assistenza informale tradizionalmente garantito dalla famiglia del paziente, conseguente a una ridefinizione dei modelli culturali di riferimento (nuovo ruolo della donna nel mondo del la-

voro; riduzione del numero medio dei membri del nucleo familiare; mutamento delle abitudini di vita sociale);

— una progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso un modello assistenziale altamente specialistico e tecnologico, adatto ad affrontare le fasi acute della malattia e/o a realizzare interventi diagnostico-terapeutici di elevata complessità e costo.

Conseguentemente a ciò, si sta assistendo a una progressiva polarizzazione del sistema di offerta (con la specializzazione della rete ospedaliera verso la cura della fase acuta della malattia) e lo sviluppo di una rete di servizi territoriali, all'interno della quale operano diversi attori (strutture residenziali; servizi di assistenza domiciliare; centri diurni; medici di medicina generale; etc.), la cui funzione è quella di gestire utenti che si trovano nella fase di convalescenza post-chirurgica e/o con problematiche non adeguatamente trattabili in strutture ospedaliere o autonomamente dalle singole famiglie.

All'interno di questo quadro d'offerta, le Residenze sanitarie assisten-

ziali (RSA) (2) svolgono un ruolo di primaria importanza. Tali strutture hanno una duplice anima nel senso che si caratterizzano per la commistione di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) e di assistenza sociale (tutelare ed alberghiera), che trova espressione anche nelle ripartizione del finanziamento loro riconosciuto. Infatti, il D.P.C.M. 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», prevede il 50% del costo della prestazione erogata a carico del Ssn e il restante 50% a carico del Comune di residenza dell'utente, che potrà poi rivalersi sull'ospite se questi possiede i mezzi finanziari necessari al pagamento del servizio residenziale. Le RSA per poter operare devono essere autorizzate al funzionamento, ovvero deve essere accertato il possesso di prefissati requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi. Tuttavia per poter beneficiare del finanziamento regionale, che si configura come un corrispettivo per le prestazioni sanitarie offerte, è necessario che le RSA siano accreditate con l'Asl di riferimento, in altri termini riconosciute come rispettose di quell'insieme di *standard* qualitativi che i fornitori del Ssr devono osservare (3).

Il presente contributo intende essere un momento di riflessione sulle problematiche riguardanti alcune esperienze di tariffazione sperimentate nell'ambito del *long-term care*, partendo da una più generale analisi dei sistemi di finanziamento attivabili dalla Pubblica amministrazione nei confronti degli enti che provvedono all'erogazione di servizi pubblici.

### **1. I meccanismi di pagamento dei servizi pubblici: una lettura critica delle alternative percorribili**

La scelta di un meccanismo di pagamento attraverso cui finanziare le prestazioni erogate da terzi può essere

affrontata partendo da due questioni di fondo (Zangrandi, 2003):

— la determinazione dell'entità del finanziamento da erogare, ossia l'ammontare complessivo di risorse che la Regione intende impiegare in un determinato settore d'intervento;

— i criteri e le modalità attraverso cui tale fondo verrà ripartito.

La definizione del fondo da distribuire è una scelta che sicuramente ha una connotazione politica, ma che deve essere ancorata anche a delle considerazioni di natura economica. La valenza politica della decisione si esprime nel momento in cui — a fronte di risorse scarse rispetto ai bisogni da soddisfare — il decisore politico dovrà per forza di cose scegliere su quali aree di bisogno agire prioritariamente (anziani; infanzia; immigrazione; ecc.). La definizione della capienza complessiva del fondo deve, però, essere messa in relazione alla quantità e alla qualità dell'*output* desiderato e considerando quali impatti economici avrà sulle aziende erogatrici. Infatti la Regione non può ignorare le conseguenze che l'applicazione delle regole di finanziamento producono sugli equilibri economici dei produttori, considerando la rilevanza che i servizi offerti hanno per la collettività. In altri termini, ci si dovrà domandare se — data una certa struttura d'offerta — la stessa sarà in grado di sopravvivere (ossia di essere economicamente in equilibrio) o se la definizione delle risorse messe in campo — data la loro esiguità — non determinerà la fuoriuscita di alcuni produttori dal mercato, a meno che siano facilmente sostituibili nella medesima attività.

Il secondo aspetto riguarda, invece, la scelta del criterio di ripartizione che si vuole utilizzare. Essa risulta essere molto importante perché — definendo la quantità di risorse a disposizione dei produttori — ne può condizionare la gestione e i comportamenti. Questa

scelta dovrà quindi avvenire in modo tale da garantire l'emergere di comportamenti individuali coerenti con le politiche, i programmi e gli obiettivi generali che i soggetti finanziatori intendono realizzare. Anche in questo caso — come già evidenziato al punto precedente — sarà indispensabile prendere delle decisioni avendo ben presente l'equilibrio economico-finanziario dei soggetti erogatori e quindi conoscendo le logiche che ne governano i comportamenti produttivi. Nel momento in cui si devono definire le logiche attraverso cui ripartire il fondo disponibile, questa scelta dovrà essere fatta seguendo due differenti chiavi di lettura:

— individuando «a che cosa collegare il finanziamento»: in questo caso la letteratura economica distingue i pagamenti erogati in base alla domanda, dai pagamenti legati all'offerta;

— definendo «in che modo determinare la singola quota di finanziamento»: in questo caso si distinguono i criteri di definizione *ex-ante* o prospettici, dai criteri *ex-post*.

I criteri di finanziamento della domanda prevedono che le risorse vengano trasferite in ragione delle esigenze della popolazione lette secondo determinati parametri. Il finanziamento delle Asl tramite quota capitaria è un finanziamento che risponde a tale logica. Il finanziamento dell'offerta invece prende come riferimento le singole strutture d'offerta, che vengono finanziate in base alla loro capacità produttiva, opportunamente misurata attraverso dei parametri di riferimento. Un esempio di finanziamento dell'offerta è rappresentato dal trasferimento di risorse in relazione ai fattori produttivi impiegati. La scelta di applicare un finanziamento legato alla domanda o all'offerta ha delle ripercussioni sulle modalità di ripartizione del rischio finanziario tra il soggetto finanziatore e il soggetto produttore.

Infatti, nel primo caso (finanziamento della domanda) il rischio resta in capo al produttore, il quale si impegna a dare risposta a un certo bisogno della popolazione per un dato periodo di tempo, a fronte di una quantità complessiva di risorse ricevute: si potranno verificare dei cambiamenti nel numero delle prestazioni erogate, ma l'entità del finanziamento riconosciuto dovrebbe risultare invariata (4). Nel secondo caso (finanziamento dell'offerta), è il finanziatore a dover sopportare il rischio finanziario, rischio connesso al possibile aumento dei volumi da parte del produttore. Tale rischio sarà tanto maggiore quanto più rigida è la struttura dei costi del produttore, il quale sarà spinto ad aumentare il livello di produzione fino a saturare tutta la propria capacità produttiva.

I trasferimenti acquirente-produttore possono essere definiti a «valori *ex-ante*» o a «valori consuntivi». Il criterio del pie' di lista è il classico esempio di pagamento a consuntivo, in quanto realizzato sulla base delle spese effettivamente sostenute dall'ente produttore. Per lungo tempo tale meccanismo è stato utilizzato dal nostro sistema per ripianare i disavanzi di bilancio delle aziende pubbliche, generando dei comportamenti fortemente deresponsabilizzanti da parte di queste ultime che potevano — in tale modo — attribuire a un terzo soggetto le conseguenze finanziarie derivanti dalle loro decisioni. I meccanismi di finanziamento basati sul criterio prospettico prevedono, invece, l'attribuzione di una quantità prefissata di risorse, indipendentemente da quanto viene effettivamente impiegato per la produzione dei servizi dovuti. I sistemi prospettici consentono, quindi, d'introdurre degli incentivi al contenimento dei costi e al perseguimento dell'efficienza. Tuttavia la massimizzazione del margine di contribuzione può anche spingere all'a-

dozione di comportamenti opportunistici nell'erogazione delle prestazioni, dei quali l'ente finanziatore dovrà tenere conto in fase di implementazione e utilizzo del sistema di finanziamento stesso.

I meccanismi di tipo prospettico possono essere ricondotti a due tipologie:

— trasferimento in quota fissa, o a *budget* globale: la quantità di risorse allocate è legata alla generica necessità di soddisfare un bisogno (finanziamento prospettico della domanda);

— finanziamenti a tariffa per caso trattato o per giornata di ricovero. Il primo meccanismo prevede che i soggetti produttori siano finanziati in base ad un prezzo prefissato per singolo episodio di ricovero; il secondo presuppone il pagamento di una somma fissa per ogni giornata di degenza, variabile a seconda della patologia dei pazienti ricoverati. Si fanno rientrare in questa tipologia anche i finanziamenti a diaria, in quanto le risorse non sono trasferite *in toto*, ma attraverso un prezzo per giornata di degenza, variabile a seconda della patologia dei pazienti.

I sistemi di finanziamento a tariffa possono essere applicati solo nel momento in cui la domanda sia divisibile in singole prestazioni. Quindi, per implementare un tale sistema, il primo fondamentale passo da effettuare deve essere l'individuazione delle unità di prestazione che si intendono remunerare. Tali unità — per essere utilizzate come base del sistema del finanziamento — dovranno essere:

— mutuamente esclusive, in modo che a ciascuna corrisponda una ed una sola tariffa;

— contenute nel numero, in modo che il sistema di finanziamento sia facilmente gestibile;

— significative, ossia il numero degli eventi attribuiti a ciascuna cate-

ria di prestazione sia sufficientemente elevato;

— derivabili da informazioni rilevabili attraverso sistemi informativi semplici, da utilizzarsi nelle normali attività assistenziali.

Le tariffe possono essere fisse, nel momento in cui sono definite centralmente e risultano valide per tutti gli attori del sistema, oppure flessibili, nel momento in cui l'entità della tariffa è lasciata alla contrattazione fra finanziatore e singolo produttore. L'utilizzo di tariffe fisse presenta alcuni vantaggi, ma anche una serie di possibili inconvenienti. Tra i vantaggi la letteratura indica la maggiore stabilità del sistema tariffario e la maggiore facilità di gestione dello stesso, dal punto di vista amministrativo e contabile. Tra gli inconvenienti, invece, si devono segnalare:

— il rischio di favorire delle posizioni di rendita per alcuni produttori, i quali, in presenza di tariffe fisse, non trasferirebbero al sistema gli eventuali scostamenti positivi tra costi sostenuti e tariffe ricevute;

— la necessità di provvedere a un frequente aggiornamento del valore delle singole tariffe, al fine di mantenerle coerenti al tipo di tecnologia disponibile e alla correlata riduzione dei costi di produzione;

— l'impossibilità di sviluppare una competizione tra i produttori.

Viceversa, un sistema basato su tariffe flessibili dovrebbe consentire di trasferire in capo ai finanziatori e al complessivo sistema le efficienze realizzate dai singoli produttori i quali — per accrescere il proprio potenziale competitivo e acquisire maggiori quote di mercato — sono disponibili a negoziare tariffe più basse rispetto al tariffario, ossia tariffe che riflettano i loro minori costi di produzione (Taroni, 1996).

## 2. I sistemi di pagamento delle RSA

Prima di entrare nel merito dei sistemi di tariffazione attualmente sperimentati in due contesti regionali (Sistema SOSIA nella Regione Lombardia; Sistema RUGs nella Regione Marche), può essere utile presentare in sintesi la situazione del sistema di offerta dalle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), anche alla luce del quadro demografico caratterizzante il nostro Paese.

Partendo dai dati forniti dal Ministero della salute (Ministero della salute, 2003) e facenti riferimento all'anno 2000, il numero dei soggetti compresi tra i 65-74 anni ammontano a circa a 5.863.157, mentre gli *over 74* anni ammontano a 4.507.331 unità. Secondo le indicazioni fissate con il Progetto obiettivo anziani (POA) del 1992, l'obiettivo che si doveva raggiungere entro il 1995 era quello di garantire a livello nazionale una presenza di posti letto nelle RSA pari al 2% del totale anziani ultra sessantacinquenni, ovvero 207.410 posti letto. Nonostante siano trascorsi cinque anni dalla data presa a riferimento per tale obiettivo e nonostante la percentuale definita nel POA non sia stata mai aggiornata, i dati ministeriali (tabella 1) evidenziano come vi sia un ritardo e una generale inadeguatezza sul fronte dell'offerta di assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti (104.292 posti letto vs 207.410 posti letto) e come questa situazione sia particolarmente diversificata a livello territoriale: infatti, vi sono contesti regionali dove tale tipo di strutture è totalmente assente (Valle d'Aosta, Molise e Basilicata) e contesti dove vi è la massima concentrazione di offerta (Lombardia, Veneto, Toscana ed Emilia-Romagna).

### 2.1. Il sistema SOSIA della Lombardia

Il sistema SOSIA, evoluzione di un sistema di qualità delle cure applicato nella città di Milano (Sirchia *et al.*, 2001), è il nuovo sistema di classificazione e di finanziamento dei pazienti anziani degenti in strutture residenziali introdotto dalla Regione Lombardia che sostituirà progressivamente il precedente meccanismo basato sulla classificazione dei posti letto accreditati in NAT (Non autosufficienti totali), NAP (Non autosufficienti parziali) e Alzheimer, che rimarrà in vigore per i soli ospiti già presenti nelle strutture alla data del 30 aprile 2003. L'esigen-

za di tale cambiamento è nata dalla volontà della Regione di meglio rappresentare le diverse tipologie di utenti e il conseguente diverso grado di assorbimento delle risorse, anche nella prospettiva di aumentare la percezione di equità nella distribuzione dei finanziamenti regionali.

Il sistema SOSIA nasce come strumento epidemiologico per la classificazione degli ospiti secondo una logica isogravità. Con esso si individuano otto categorie omogenee di pazienti, relativamente alla gravità delle loro condizioni psico-fisiche. L'attribuzione degli ospiti a una delle suddette classi avviene in base al loro

**Tabella 1 - Strutture residenziali sanitarie per anziani. Anno 2000**

	Numero strutture	Numero posti letto	Giornate di degenza
Piemonte	193	7.447	2.138.521
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	491	41.969	14.678.421
Provincia autonoma di Bolzano	15	1.444	475.895
Provincia autonoma di Trento	44	4.145	1.512.925
Veneto	240	18.906	6.366.668
Friuli-Venezia Giulia	59	4.592	1.932.929
Liguria	49	1.188	345.392
Emilia-Romagna	231	10.193	3.530.916
Toscana	237	8.659	2.667.107
Umbria	27	1.244	362.559
Marche	27	817	240.765
Lazio	38	2.347	690.895
Abruzzo	5	251	60.831
Molise	-	-	-
Campania	9	200	38.770
Puglia	2	148	39.420
Basilicata	-	-	-
Calabria	12	573	185.095
Sicilia	7	154	35.595
Sardegna	1	15	321
<b>Italia</b>	<b>1.687</b>	<b>104.292</b>	<b>35.303.025</b>

Fonte: Ministero della salute (2003: 11).



livello di non autosufficienza opportunamente valutato dal medico della struttura attraverso tre indicatori (tabella 2):

- la mobilità;
- la cognitività e il comportamento;
- la comorbilità.

In dettaglio si individuano i seguenti passaggi:

— il medico esprime un giudizio sui singoli fattori in cui sono articolati i tre suddetti indicatori, scegliendo uno dei valori corrispondenti inseriti nella scheda SOSIA;

— i valori scelti sono trasformati in un parametro numerico, moltiplicati per un coefficiente di conversione prefissato e sommati tra di loro;

— il punteggio così ottenuto per ogni indicatore consente di assegnare agli utenti uno stato di compromissione della salute grave o moderato;

Pertanto la classificazione degli ospiti nelle otto classi SOSIA rispecchia il diverso combinarsi di stati di salute gravi e moderati in corrispondenza degli indicatori di mobilità, cognitività e comportamento e comorbilità (tabella 3).

Con l'introduzione di tale nomenclatore la Regione ha inteso perseguire l'obiettivo di monitorare la composizione e l'evoluzione del *case mix* trattati dalle strutture. A tal fine è stato anche previsto un aggiornamento semestrale del livello di fragilità degli ospiti.

Il passo successivo fatto dalla Regione Lombardia è stato quello di utilizzare questa classificazione non solo come strumento informativo di carattere epidemiologico, ma anche come riferimento per l'introduzione di un nuovo tipo di remunerazione delle prestazioni e per la loro verifica. In questo modo ci si propone, come spiega il Presidente Roberto Formigoni,

**Tabella 2 - Indicatori del sistema SOSIA per la classificazione degli utenti**

Indicatori	Fattori
Mobilità	Trasferimenti letto-sedia Deambulazione Locomozione su sedia a rotelle Igiene personale Alimentazione
Cognitività e comportamento	Confusione Irritabilità Irrequietezza
Comorbilità	Cardiaca Ipertensione Vascolari Respiratorie O.O.N.G.L. Apparato G.I. superiore Apparato G.I. inferiore Epatiche Renali Altre patologie genito-urinarie Sistema muscolo-scheletrico e cute Sistema nervoso centrale e periferico Endocrine-metaboliche Psichiatrico-comportamentali

**Tabella 3 - Articolazione del sistema SOSIA**

Classe	Mobilità	Cognitività e comportamento	Comorbilità
1 (M1C1S1)	Grave	Grave	Grave
2 (M1C1S2)	Grave	Grave	Moderata
3 (M1C2S1)	Grave	Moderata	Grave
4 (M1C2S2)	Grave	Moderata	Moderata
5 (M2C1S1)	Moderata	Grave	Grave
6 (M2C1S2)	Moderata	Grave	Moderata
7 (M2C2S1)	Moderata	Moderata	Grave
8 (M2C2S2)	Moderata	Moderata	Moderata

«di passare da un sistema statico che prendeva come riferimento la struttura e finanziava il servizio con un contributo fisso per posto letto, a un sistema dinamico che mette al centro la persona e quindi mette a disposizione risorse via via proporzionate a qualità e quantità dei servizi erogati per rispondervi» (www.regione.lombardia.it).

L'idea di utilizzare la classificazione SOSIA come riferimento per il sistema di finanziamento delle RSA significa che è stata ipotizzata la sovrapposizione tra il concetto di gravità psico-fisica e complessità assistenziale, nel senso che si è ipotizzato che gli ospiti più compromessi dal punto di vista motorio, cognitivo e clinico richiedano maggiori cure e quindi un più elevato impiego di risorse.

A fronte di queste considerazioni la Regione Lombardia ha ritenuto opportuno riconoscere una tariffa giornaliera differente secondo la classe di appartenenza degli ospiti. Tale tariffa si compone di due parti:

— la remunerazione base, che corrisponde allo stato di salute migliore (valutazione moderata per tutti gli indicatori), pari a 23 euro;

— la remunerazione incrementale, differenziate per indicatore, in corrispondenza degli stati di salute gravi. La mobilità grave vale 10,50 euro, la cognitività grave 10,00 euro e la comorbilità grave 4,00 euro.

Come già accennato, queste nuove tariffe sono applicate solo ai nuovi ingressi a partire dal 1° maggio 2003 mentre, per gli anziani già presenti in struttura a suddetta data, verranno corrisposte le precedenti remunerazioni distinte per posti letto NAT e NAP. I nuclei Alzheimer (5) non rientrano nella nuova classificazione e continueranno ad essere pagati secondo un'unica tariffa e pari a 52,00 euro.

## 2.2. Il sistema RUGs delle Marche

Il sistema RUG (*Resource Utilization Groups*) è un algoritmo di definizione del *case-mix* assistenziale delle strutture per l'assistenza post-acuta e residenziale, che opera attraverso la classificazione dei pazienti in gruppi a diverso assorbimento di risorse (Brizioli, 1999). Sperimentato da un gruppo di ricercatori americani, dalla seconda metà degli anni '80 è stato inizialmente utilizzato dalla Health Care Financing Administration (HFCA) come meccanismo di pagamento delle *Nursing Home* in quasi tutti gli stati degli USA e successivamente è stato introdotto in molti contesti nazionali, tra cui il Canada, il Giappone e altri stati europei. Anche in Italia, dal 1996, è in atto una sperimentazione dei RUGs finanziata dal Ministero della sanità e che vede coinvolte nel gruppo di ricerca la Regione Marche, la Regione Lazio, l'INRCA e la Cattedra di Geriatria dell'Università Cattolica di Roma (Brizioli *et al.*, 2000; Brizioli *et al.*, 2001).

Il presupposto sul quale si basa tutto il funzionamento del sistema RUG (giunto ormai alla sua terza versione - RUGs III) è che a *case-mix* più complessi, viene a corrispondere un maggior consumo di fattori produttivi e, conseguentemente, agli stessi si dovranno riconoscere maggiori finanziamenti.

Il sistema è stato costruito sulla base informatica del *Resident Assessment Instrument* (RAI), strumento di valutazione multidimensionale che — attraverso il *Minimum Data Set*

(MDS) — indaga le principali aree problematiche dei pazienti e ne definisce i piani di trattamento individuali. Partendo da questo sistema (che nella versione italiana prende la denominazione di VAOR-RSA), il paziente viene inserito, attraverso un processo scalare, in una delle sette categorie decrescenti che compongono il sistema: il paziente che non possiede le caratteristiche minime per essere inserito nella classe più alta (ossia nella classe che presenta una più alta problematicità assistenziale), scatta nella classe inferiore e così via, sino all'ultima delle sette classi nel caso in cui siano presenti solo delle problematiche di non autosufficienza e di limitate funzioni motorie. Una volta inserito all'interno di uno dei sette raggruppamenti assistenziali, il paziente sarà valutato mediante una scala di disabilità — costruita sulla base delle indicazioni dell'*Activity on Daily Living* (ADL) — e in base al livello di disabilità registrato, inserito in uno specifico gruppo RUG.

Nella fase di validazione del sistema, attraverso la rilevazione «tempi e metodi», si è determinato il tempo medio giornaliero di assistenza imputabile a ogni singolo RUG e il tempo medio di assistenza calcolato sui complessivi 44 RUG. Ponendo pari a uno quest'ultimo tempo medio, è stato possibile trasformare i valori dei singoli RUG in numeri indice maggiori o minori di uno (ossia nei pesi assistenziali riconosciuti a ciascuno di essi). Per la determinazione delle risorse assorbite, sono stati considerati tre differenti fattori produttivi: a) il tempo de-

**Tabella 4 - Tariffe applicate al sistema SOSIA. Anno 2003**

Classe SOSIA	1	2	3	4	5	6	7	8
Tariffa 2003	47,50	43,50	37,50	33,50	37,00	33,00	27,00	23,00

dicato all'assistenza riabilitativa; b) il tempo dedicato all'assistenza infermieristica; c) il tempo dedicato all'assistenza ausiliaria.

Quindi, il sistema RUG viene utilizzato seguendo due differenti criteri di valutazione del paziente:

a) un criterio gerarchico (utilizzato nella fase di assegnazione raggruppamento assistenziale), che ha come obiettivo la produzione delle informazioni necessarie per valutare e misurare lo stato epidemiologico del *case-mix* trattato;

b) un criterio valorizzativo (utilizzato nella fase di attribuzione del paziente al gruppo RUG), che serve per alimentare il sistema di finanziamento delle strutture.

Una volta a regime, il sistema di classificazione sarà alimentato attraverso la compilazione di un'apposita scheda di rilevazione composta da 109 *items*, in base alla quale si indagheranno le principali condizioni cliniche e di autonomia del paziente, in rapporto al carico assistenziale che la struttura deve garantire per la gestione dello stesso. Il tempo necessario per la corretta compilazione di questa scheda è stimato attorno ai 20 minuti circa ed avverrà ad opera degli infermieri di reparto, appositamente formati per lo svolgimento di tale mansione. La valutazione del paziente viene effettuata all'ingresso in struttura, ogni 90 giorni, alla dimissione e dopo ogni significativa modifica delle condizioni cliniche e assistenziali.

La trasformazione dei pesi in tariffa giornaliera è stata realizzata applicando un apposito algoritmo di calcolo e adottando l'approccio del costo pieno di produzione, calcolato a valori standard. Nello specifico, le tariffe sono state costruite in base a due aggregazioni di costo:

1) i costi speciali, direttamente modificati dal RUG, articolati a loro volta in: a) costi variabili di assistenza

e di consumi direttamente imputabili al paziente e totalmente dipendenti dal *case-mix* della struttura; b) costi variabili parzialmente modificati dal *case-mix*, riferiti all'organizzazione di servizi intermedi, alla dotazione tecnologica della struttura, ai costi di formazione, ecc.;

2) i costi generali, non influenzati dai RUG, riferiti ai servizi generali, alberghieri puri, amministrativi, remunerativi del capitale e genericamente non modificati dalle caratteristiche dei pazienti.

### 3. Alcune considerazioni per la corretta applicazione di un Sistema di pagamento prospettico (SPP) nel *long-term care*

L'applicazione di sistemi di finanziamento rappresenta per l'ente regionale un'importante leva attraverso cui orientare i comportamenti delle aziende produttrici operanti sul territorio. In quest'ottica la progettazione e l'introduzione dei meccanismi di remunerazione prospettici di tipo tariffario, come quelli precedentemente descritti

**Tabella 5 - Criteri di costruzione del sistema RUGs**

Raggruppamento per problematica assistenziale	Gruppi RUGs. Articolati per scala di disabilità
1. Special Rehabilitation	14 gruppi isorisorse
2. Extensive Care	3 gruppi isorisorse
3. Special Care	3 gruppi isorisorse
4. Clinically Complex	6 gruppi isorisorse
5. Cognitive Impairment	4 gruppi isorisorse
6. Behaviour Problems	4 gruppi isorisorse
7. Reduced Physical Functions	10 gruppi isorisorse

**Tabella 6 - Scheda di rilevazione sistema RUGs**

Sezioni	Items
1. Stato cognitivo	4
2. Comunicazione	1
3. Umore e comportamento	21
4. Funzione fisica	8
5. Continenza	2
6. Diagnosi di malattia	8
7. Condizioni di salute	7
8. Stato nutrizionale	5
9. Condizioni della cute	19
10. Attività	3
11. Farmaci	3
12. Trattamenti e procedure speciali	25
13. Supplementare	3

ti, deve avvenire coerentemente con gli obiettivi che la stessa Regione vuole perseguire. Nello specifico caso dei SOSIA e dei RUGs, come in termini più generali per qualsiasi sistema a tariffa prospettica, gli obiettivi che si voglio conseguire sono (Del Vecchio, Jommi, 2004: 16):

- spingere verso una maggiore efficienza produttiva;
- stimolare una lettura più analitica dell'attività svolta;
- aumentare la percezione dell'equità del sistema;
- indurre, attraverso il sistema competitivo, una maggiore attenzione all'utenza.

L'applicazione di meccanismi tariffari deve, però, avvenire tenendo in debita considerazione le possibili distorsioni che possono generarsi e che la letteratura economica e le stesse applicazioni sul campo (vedasi l'introduzione dei Drg in ambito ospedaliero) hanno da tempo evidenziato. Infatti, bisogna ricordare come il rapporto che si viene a instaurare tra la Regione soggetto finanziatore e la struttura d'offerta, può essere letto attraverso la teoria dei «rapporti d'agenzia» (figura 1). Secondo questo modello, il principale (ossia la Regione) non è sempre in grado di osservare totalmente le condizioni nelle quali l'agente (ossia il produttore) eroga la prestazione oggetto di scambio (per effetto delle c.d. asimmetrie informative), con il rischio che il produttore massimizzi, a suo vantaggio, la propria funzione obiettivo (Fabbri, Ugolini, 1999; Siege *et al.*, 1992). Pertanto potrebbe crearsi un *trade-off* tra gli obiettivi della Regione (garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e controllare la spesa sanitaria in termini di LEA e di vincoli economico-finanziari definitivi dal Fondo socio-sanitario) e gli obiettivi della singola RSA (massimizzare la propria funzione di utilità). Nella pratica, i comportamenti oppor-

tunistici che possono derivare da tale situazione possono manifestarsi attraverso differenti azioni tra cui (Levaggi, Capri, 2003) (6):

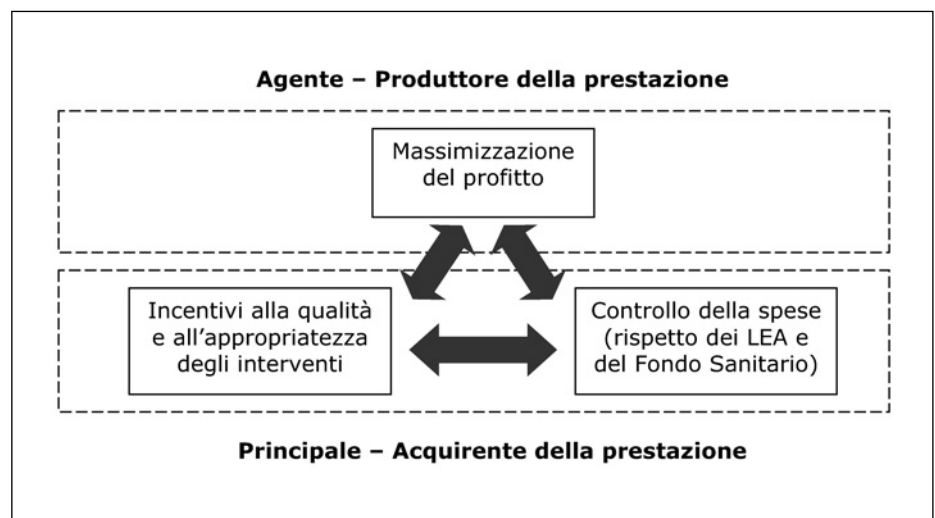
- a) azioni di *dumping* e di selezione del *case-mix*, ossia il rifiuto da parte di alcune strutture di trattare alcune tipologie di pazienti e/o di patologie caratterizzate da elevati costi di trattamento e/o da margini unitari bassi;
- b) l'erogazione di trattamenti di elevata qualità a pazienti con costi effettivi più bassi della media di una certa tariffa (*cream skimming*) e di trattamenti di qualità più bassa ai pazienti maggiormente costosi (*skimping*) al fine di attirare i primi e scoraggiare i secondi;
- c) l'adozione di metodi di trattamento standardizzati, indipendentemente dalla gravità della casistica, con la conseguente riduzione del livello qualitativo medio (in termini di intensità di trattamento) delle prestazioni erogate;
- d) azioni di *upcoding*, ossia un'errata classificazione dei casi trattati al fine di attribuire un maggior numero di pazienti a quelle classi caratterizzate da diagnosi concomitanti e/o

complicanti e, quindi, maggiormente remunerate.

Alcuni dei comportamenti opportunistici appena individuati possono manifestarsi in modo ancora più evidente in un contesto produttivo come quello delle RSA, caratterizzato dal trattamento di patologie cronico degenerative (e quindi non risolvibili attraverso la semplice erogazione di una prestazione di ricovero) e da un sistema di remunerazione che potremmo definire misto (ossia composto da una quota sanitaria e da una quota sociale):

— collegando l'entità del finanziamento al *case-mix* c'è il rischio che la singola struttura d'offerta ottenga un maggiore vantaggio nel selezionare quelle classi di utenti che risultano maggiormente remunerative e/o sia incentivata a garantire le sole attività quotidiane, piuttosto che realizzare programmi assistenziali specifici e personalizzati (come, per esempio, attivare o meno una nutrizione parenterale, una terapia infusiva, interventi di riabilitazione, ecc.), con la conseguente riduzione della qualità erogata (Rebba, 2000);

**Figura 1 - Il trade-off tra gli obiettivi dell'ente finanziatore e il soggetto produttore della prestazione**



— un *deficit* di intensità assistenziale erogata a un utente cronico sottoposto a un'azione di *upcoding* potrebbe, in breve tempo, vedersi premiata dal peggioramento delle condizioni dell'utente, tale da renderle coerenti con la classificazione adottata;

— la possibilità di trasferire sull'utente eventuali inefficienze aziendali. Infatti, qualora la tariffa riconosciuta dalla Regione non remunerasse totalmente i costi sanitari della singola struttura, una parte degli stessi potrebbe essere ricompresa nella retta applicata agli utenti. Pertanto gli stimoli all'efficienza, perseguiti con un sistema di finanziamento prospettica basato sul *case mix*, risulteranno mitigati (7).

Partendo da queste osservazioni e avendo come obiettivo il conseguimento di risultati efficienti (rispetto dei vincoli di spesa) ed efficaci (appropriatezza dei ricoveri; qualità delle prestazioni; equità nella distribuzione delle risorse), si possono individuare alcuni interventi per ridurre gli incentivi all'assunzione di comportamenti opportunistici:

— la Regione può scegliere di non ancorare strettamente la definizione delle tariffe ai costi di produzione, rendendo maggiormente remunerativi quei profili assistenziali rispetto ai quali si vuole favorire l'istituzionalizzazione e garantire programmi assistenziali specifici. A tal proposito risulta prioritario verificare in che misura i costi collegati alle classi definite dal nomenclatore dipendono dalla tipologia di utenza o siano piuttosto determinati dal modello assistenziale adottato. Infatti, in presenza di costi esclusivamente variabili, l'equilibrio economico del singolo caso trattato coincide con l'equilibrio economico della struttura, pertanto la flessibilità dei comportamenti rispetto agli stimoli introdotti dalle tariffe è assoluta. Viceversa, in presenza di costi esclusivamente fissi, l'equilibrio economico

non può essere realizzato per singolo caso trattato, ma solo sull'insieme delle prestazioni erogate e la variabilità dei comportamenti assistenziali è limitata. La prevalenza di costi variabili permette quindi una rapida conversione delle prassi assistenziali, mentre la prevalenza di costi fissi, in situazioni di capacità produttiva utilizzata, orienta verso l'equilibrio economico di struttura e non di singolo caso: l'impatto di un cambiamento nelle tariffe per caso trattato non incide direttamente sul trattamento della singola tipologia di utente, ma è mediato dalla struttura nel suo insieme. Una composizione dei costi di produzione prevalentemente costituita da costi fissi rende meno credibile l'ipotesi di assestamento dei comportamenti assistenziali in funzione della differenziazione tariffaria, mentre una composizione dei costi di produzione in cui abbia molto peso la componente di costi variabili rende più credibile tale ipotesi. Da tali considerazioni, la scelta di strutturare un sistema tariffario deve avere come iniziale punto di riferimento la funzione di costo delle varie strutture d'offerta, in quanto è a partire da questa che il singolo produttore definirà i propri processi di scelta.

Inoltre, con l'obiettivo di orientare le strutture verso un modello assistenziale personalizzato (ossia rispondente alle specifiche esigenze del singolo ospite) è importante definire «che cosa remunerare», ossia quali servizi includere nella tariffa, quali rimborsare a parte e quali non rimborsare affatto. Ad esempio il gruppo di ricerca che sta sperimentando l'introduzione del sistema RUGs, ha ipotizzato l'adozione di un sistema di pagamento misto, nel quale la remunerazione dell'attività riabilitativa verrà pagata con uno specifico fondo *ad hoc* (Brizioli *et al.*, 2002).

Quanto più forti sono gli incentivi al perseguimento dell'efficienza pro-

duuttiva perseguiti con il sistema tariffario, tanto più attenti e strutturati dovranno essere i sistemi per il controllo che la stessa Regione dovrà adottare per il governo dell'intero sistema di offerta e della relativa qualità garantita (per esempio, l'adozione di un sistema di accreditamento diversificato per le differenti strutture; l'introduzione di un sistema informativo e di valutazione del *case mix* presente in ciascuna struttura; ecc.).

Da quanto detto sinora, si può ritenere che ogni sistema di finanziamento basato su delle tariffe definite *ex ante* «produce un insieme di incentivi che possono riflettersi tanto in comportamenti virtuosi, quanto in effetti perversi» e che la sua introduzione deve essere interpretata «come una tecnologia di pagamento a disposizione del legislatore e dei finanziatori per raggiungere scopi e soddisfare domande che hanno origine altrove» (Fabbri, 2000) e che «possono essere ostacolati o rinforzati da altri sistemi di decisione» (Del Vecchio, Jommi, 2004: 12).

(1) Al riguardo, Borgonovi (2002) distingue tra titolarità della funzione ed esercizio della funzione, definendo la prima come il potere e la responsabilità rispetto al soddisfacimento di un bisogno pubblico e il secondo come l'organizzazione e l'attivazione dei processi necessari per attuare la funzione e, quindi, soddisfare il bisogno.

(2) Introdotta con la legge n. 67/1988, le Residenze sanitarie assistenziali sono definite come «presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare ed alberghiera» (D.P.R. del 14 gennaio 1997). Le stesse rientrano nella più ampia categoria delle residenze extraospedaliere (a sua volta distinta in sanitarie e assistenziali), unitamente ai presidi di riabilitazione, ai centri residenziali di cure palliative (i c.d. *hospice*), alle strutture residenziali psichiatriche e alle strutture di riabilitazione ed educativo-assistenziali

per i tossicodipendenti. Coerentemente con il processo di regionalizzazione della sanità italiana, è bene sottolineare come le singole legislazioni regionali — pur inquadrando le RSA nell'ambito definitorio precedentemente descritto — abbiamo configurato le stesse secondo differenti modelli assistenziali (tipologia d'utenza; finalità assistenziali; *standard* organizzativi e strutturali; durata media di degenza) e abbiamo introdotto un'ampia varietà terminologica per indicarle (case di riposo; case albergo; comunità alloggio; etc.). Per un'esauriva panoramica della situazione nazionale, si rinvia a Pesaresi (2002: 52-72).

(3) Istituito con il D.L.vo 502/1992, l'accreditamento istituzionale rappresenta «l'atto attraverso il quale, a conclusione di un procedimento valutativo» le strutture autorizzate (pubbliche o private [...] acquisiscono lo *status* di soggetto idoneo a erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Ssn». Infatti, l'autorizzazione al funzionamento non comporta automaticamente il riconoscimento della struttura a far parte dei soggetti fornitori del Ssn, ma questo passaggio può avvenire solo attraverso un riconoscimento regionale che — sommandosi all'autorizzazione — verifichi la presenza di ulteriori requisiti (strutturali e organizzativi), monitori i risultati conseguiti e valuti la funzionalità dell'attività svolta dall'azienda rispetto agli indirizzi di programmazione della Regione. Anche relativamente a questo istituto giuridico, si devono registrare profonde differenze tra i vari contesti regionali. Infatti, vi sono realtà regionali nelle quali lo strumento dell'accreditamento non è stato ancora regolamentato dalla normativa (come per esempio la Regione Veneto e la Regione Emilia-Romagna, nelle quali si fa riferimento all'istituto della convenzione) o contesti regionali (vedasi, per esempio, il territorio lombardo) nei quali è stato introdotto da tempo. Per un approfondimento sul tema dell'accreditamento delle RSA e un'analisi ragionata di questo strumento rispetto all'autorizzazione e al convenzionamento si rinvia alla lettura di Battistella (2001: 129-177).

(4) In merito a questo, il maggior o minor orientamento delle aziende al rispetto dei vincoli economico finanziari è legato alla «circostanza che eventuali disavanzi delle stesse siano più o meno trasferibili sui livelli sovra-ordinati del sistema» (Del Vecchio, Jommi, 2004: 11) e che quindi siano previsti dei meccanismi di finanziamento a piè di lista.

(5) Si può definire il Nucleo Alzheimer come un ambiente speciale per dementi realizzato nelle RSA e che presenta particolari caratteristiche rispetto alle seguenti dimensioni: ambiente fisico (riduzione degli stimoli rumorosi,

garantire la sicurezza durante il vagabondaggio, appropriate stimolazioni sensoriali), approccio del personale all'assistenza (piani di cura individualizzati, approccio «di gruppo» ai pazienti, riduzione delle condizioni fisiche e farmacologiche, enfasi posta alla dignità del paziente ed allo stato funzionale), programmi terapeutici (attività adeguate alle condizioni cognitive e funzionali dei singoli pazienti, attenzione posta alle *resident strengths familiar activities*, terapia occupazionale di gruppo, programmi di attività fisiche, attività individuali) e coinvolgimento delle famiglie (fornire informazioni e supporto di gruppo, incoraggiare i familiari alla partecipazione alle attività ed all'assistenza).

(6) Un ulteriore comportamento opportunistico riscontrato in ambito sanitario a seguito dell'introduzione dei Drg è riconducibile alla dimissione anticipata e alla conseguente riduzione del tempo medio di degenza. Tale scelta, che ha l'obiettivo di aumentare il numero dei ricoveri effettuati e conseguentemente remunerati, non appare come comportamento opportunistico assumibile in un contesto dove la tariffa è legata non al caso trattato, ma alla singola giornata di ricovero.

(7) Questo comportamento opportunistico trova un limite nell'esistenza di reali fenomeni competitivi tra le strutture che si concretizzerà in un'offerta di posti letto superiore rispetto alla domanda e nella possibilità da parte dell'utente di poter esercitare la propria libertà di scelta.

#### BIBLIOGRAFIA

- AMIGONI M., MARCHETTI C., MERLINO L., ZANGRANDI A. (1998), «Offerta di sistemi sanitari, regole di finanziamento e sistema competitivo in Regione», *Mecosan*, 27.
- BARILETTI A., FRANCE G. (1996), «Innovazioni nei sistemi di finanziamento e riforme in sanità», *Mecosan*, 19.
- BATTISTELLA A. (2001), «Potenzialità e criticità dell'accreditamento istituzionale come strumento regolativi dei servizi residenziali», in Gori C. (a cura di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, Franco Angeli, Milano.
- BORGONOV E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano.
- BRIZIOLI E. ET AL. (2000), «Validazione del sistema RUG in Italia», *Bollettino delle ricerche del Ministero della salute*, 2.
- BRIZIOLI E. ET AL. (2001), «Criticità e prospettive per il trasferimento dei RUGs alle regioni italiane», *Bollettino delle ricerche del Ministero della salute*, 1.
- BRIZIOLI E., FERRUCCI L., MASERA F., GREGHI F. (2002), «Sistemi di remunerazione e di analisi del *case-mix* delle RSA», in Trabucchi M., Brizioli E., Pesaresi F. (a cura di).
- BRIZIOLI E. (1999), «La transizione verso un sistema di cure *long-term* e a bassa complessità», *Tendenze Nuove*, 4.
- DEL VECCHIO M., JOMMI C. (2004), «I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel Servizio sanitario nazionale», *Mecosan*, 49.
- DEL VECCHIO M. (1994), «Mercati e tariffe nella riforma del Ssn», *Mecosan*, 9.
- FABBRI D., UGOLINI C. (1999), «Pagamento prospettico, modelli sanitari regionali e funzioni di controllo nelle prestazioni ospedaliere», in Fabbri D., Fiorentini G. (a cura di), *Regolamentazione e finanziamento dei servizi pubblici*, Edizione Carocci, Roma.
- FABBRI D. (2000), «Comportamenti opportunistici e riforma sanitaria: ricoveri ripetuti e trasferimenti negli ospedali dell'Emilia-Romagna», in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia. Anno 2000*, Edizione Il Mulino, Bologna.
- FATTORE G. (1996), «Sistemi di competizione amministrativa nel Ssn: modelli di finanziamento a tariffa e modelli negoziali», *Mecosan*, 19.
- FILIPPINI M. (1998), «Efficienza di costo nell'offerta di servizi assistenziali residenziali per anziani», *Economia Pubblica*, 5.
- LEVAGGI R., CAPRI S. (2003), *Economia sanitaria*, Franco Angeli, Milano.
- LONGO F., BALDINO L. (1996), «Calcolo dei costi e determinazione delle tariffe in un contesto di scarsità di informazioni: una metodologia operativa per le aziende sanitarie», *Mecosan*, 17.
- LONGO F. (1997), «I servizi per gli anziani in Italia: una rete di aziende in un gioco competitivo a somma negativa. Ipotesi per un nuovo sistema di relazioni», *Mecosan*, 23.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2003), Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana. Anno 2000, [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).
- MONTANELLI R., FOSTI G. (2000), «Sistema di finanziamento e livelli di esternalizzazione nei servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia», *Mecosan*, 36.
- PESARESI F., SIMONCELLI M. (2001), «Quali sfide per le RSA in Italia», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 10.
- PESARESI F. (2002), «L'evoluzione normativa nazionale e la classificazione delle regioni», in Trabucchi M., Brizioli E., Pesaresi F. (a cura di).

- REBBA V., RIZZI D. (2002), «Un'analisi dell'efficienza e dei costi delle strutture residenziali per anziani della Regione Veneto», *Politiche Sanitarie*, 2.
- REBBA V. (1996), «Tariffe ROD e regolamentazione della qualità delle prestazioni ospedaliere», *Mecosan*, 19.
- REBBA V. (2000), «Le residenze sanitarie assistenziali nel processo di integrazione dei servizi sociali e sanitari», Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia. Anno 2000*, Edizione Il Mulino, Bologna.
- REBBA V. (2001), «Le RSA nella rete integrata dei servizi», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 11.
- SIEGE C. ET AL. (1992), «A Risk-Based Prospective Payment System That Integrates Patients in Hospital and National Costs», *Journal of Health Economics*, 2.
- SIRCHIA G., TRABUCCHI M., ZANETTI E., CAMPARI M. (2001), «Un modello per la rilevazione della qualità nelle residenze sanitarie assistenziali», *Tendenze Nuove*, 1.
- TARONI F. (1996), *Drg-ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- TRABUCCHI M., BRIZIOLI E., PESARESI F. (2002), *Residenze sanitarie per anziani*, Edizioni Il Mulino, Bologna.
- ZANGRANDI A., RAMPONI C., FRANCESCANI A. (1994), «Le tariffe come sistema di finanziamento della sanità pubblica», *Mecosan*, 11.
- ZANGRANDI A. (2002), «Il finanziamento nella logica dello sviluppo e della sussidiarietà», in Vittadini G. (a cura di), *Liberi di scegliere*, ETAS, Milano.
- ZANGRANDI A. (2003), *Management pubblico e crisi finanziaria*, EGEA, Milano.

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 salute

## 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.



# L'ANALISI DI COSTO SOCIALE. QUALE RUOLO PER IL MANAGEMENT E L'ECONOMIA SANITARIA?

Rosanna Tarricone

CERGAS - IPAS - SDA Bocconi, Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Evoluzione del concetto di costo sociale - 3. Tipologie di analisi di costo sociale - 4. Prospettiva dello studio - 5. Definizione del protocollo di studio - 6. Conclusioni.

*COI was the first economic evaluation technique used in the health field. The principal aim was to measure the economic burden of illness to society. Its usefulness as a decision-making tool has however been questioned since its inception. The main criticism came from welfare economists who rejected COIs because they were not grounded in welfare economic theory. Other attacks related to the use of the Human Capital Approach (HCA) to evaluate morbidity and mortality costs since it was said that the HCA had nothing to do with the value people attach to their lives. Finally, objections were made that COI could not be of any help to decision makers and that other forms of economic evaluation (i.e. CBA, CEA) would be much more useful to those taking decisions and ranking priorities. Conversely, it is here suggested that COI can be a good economic tool to inform decision makers if it is considered from another perspective. COI is a descriptive study that can provide information to support the political process as well as the management functions at different levels of the health care organisations. To do that, the design of the study must be innovative, capable of measuring the true cost to society; to estimate the main cost components and their incidence over total costs; to envisage the different subjects who bear the costs; to identify the actual clinical management of illness at a national level; and to explain cost variability.*

## 1. Introduzione

L'oggetto di questo capitolo è l'analisi di costo sociale.

Gli studi di costo sociale sono stati e sono tuttora oggetto di grande dibattito in economia sanitaria perché non è chiaro quale ruolo possano avere come strumento di *management* e/o di politica sanitaria.

Obiettivo principale di questo lavoro è di mettere in luce le diverse posizioni e fornire un paradigma concettuale innovativo attraverso cui interpretare questi studi e i risultati che ne derivano, aggiornando il lavoro precedentemente svolto sul costo sociale da Cavallo e Tarricone (1996). Per conseguire questo scopo, si parte dall'evoluzione del concetto di costo sociale ripercorrendo le origini storiche di queste analisi e illustrando gli obiettivi che si intendevano perseguire con

esse. Si propongono successivamente nuove e più recenti tipologie di studio in risposta ai maggiori limiti evidenziati dalle analisi tradizionali con la convinzione che l'utilizzo di approcci differenti da quello tradizionale possa rendere questa tecnica economica un utile strumento di supporto al processo di definizione delle politiche e dei programmi sanitari.

## 2. Evoluzione del concetto di costo sociale

Le analisi di costo sociale hanno rappresentato la prima forma di valutazione economica in sanità. Obiettivo principale era quello di determinare il peso economico di una malattia per la società nel suo complesso in termini di costi diretti, costi indiretti (o perdite di produttività) e costi intangibili. I costi

diretti si riferiscono al consumo di risorse sanitarie e non sanitarie relative alla diagnosi e al trattamento delle malattie. Esempi di costi diretti sanitari sono i ricoveri, gli accessi ambulatoriali, l'assistenza domiciliare, le visite specialistiche, le analisi di laboratorio, i farmaci, i trattamenti riabilitativi. I costi diretti non sanitari si riferiscono invece principalmente ai costi di trasporto e all'assistenza informale, al tempo cioè dedicato da familiari o amici per assistere il paziente.

I costi indiretti misurano la perdita di produttività a causa della disabilità o mortalità prematura, mentre i costi intangibili si riferiscono al generale deterioramento della qualità della vita a causa della malattia.

L'ipotesi implicita era che il costo sociale della malattia — dato dalla somma dei costi diretti, indiretti e in-

tangibili — rappresentava i benefici economici del programma sanitario che avrebbe eliminato la malattia stessa. La logica sottostante era cioè di tipo comparativo e metteva a confronto i costi di nuovi programmi in ambito preventivo ad esempio, con i costi della malattia che si sarebbero potuti evitare in risposta alla prevenzione. Se i costi del programma erano minori dei costi della malattia, il programma era ritenuto ammissibile a successivo finanziamento ed attuazione.

Tradizionalmente, gli studi di costo sociale consideravano intere categorie di malattia (es. malattie cardiovascolari) e la rilevazione dei costi avveniva sulla base della prevalenza. Più specificatamente, la spesa sanitaria nazionale — classificata per tipo di assistenza (es. spesa ospedaliera, specialistica, farmaceutica, ...) — veniva allocata tra le sedici categorie di malattia della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) (Rice, 1966). Questo approccio — definito *top-down* — è stato ad esempio utilizzato da Cooper e Rice (1976) per fornire un quadro globale del peso economico delle diverse malattie negli Stati Uniti. Per condurre l'analisi, gli autori hanno utilizzato stime di costo (diretto e indiretto) già esistenti e disponibili a livello nazionale e hanno ripartito questi costi tra le 16 categorie di malattie, sulla base dei dati di prevalenza.

Un vantaggio di questo approccio è che la somma dei costi di ciascuna malattia è esattamente pari alla spesa totale nazionale (Drummond, 1992). Si evita così il rischio di calcolare costi la cui somma è maggiore di quanto effettivamente speso a livello centrale. Tuttavia, ammesso che questo sia un vantaggio reale, questo approccio presenta numerosi altri svantaggi. In primo luogo, la spesa sanitaria nazionale può sottostimare o sovrastimare i costi diretti totali. A seconda, infatti, di come vengono aggregate le componenti

di spesa a livello nazionale, es. spesa ospedaliera, specialistica, farmaceutica, si può incorrere in una sovrastima o sottostima di alcune categorie di costo (1). In secondo luogo, l'esclusione di alcune componenti di costo che non sono comprese tra le voci della spesa sanitaria nazionale (es. trasporto, assistenza informale) è un ulteriore fonte di errore in quanto esistono malattie che assorbono una quantità rilevante di risorse non strettamente sanitarie. In uno studio di costo sociale sulla schizofrenia condotto in Italia (Tarricone *et al.*, 2000) ad esempio, è emerso che il 34% dei costi sociali era dovuto all'assistenza informale. Infine, questo metodo alloca la spesa alla diagnosi primaria. Questo è un problema rilevante se si considera che in molti casi le dimissioni ospedaliere coinvolgono diagnosi multiple. L'entità dell'errore è difficile da misurare. Alcune malattie aggravano altre. Un diabetico che ha ad esempio la polmonite o l'appendicite resterà probabilmente più a lungo in ospedale rispetto a un paziente solo con polmonite. Ancora, con questa metodologia tutti i costi verranno attribuiti alla polmonite o all'appendicite determinando una sovrastima dei costi della polmonite o dell'appendicite e una sottostima dei costi del diabete. Alcune malattie provocano altre. L'alcolismo può portare alla cirrosi epatica, il diabete a malattie del rene. In questi casi, tutti i costi verrebbero attribuiti alla cirrosi o alle malattie del rene, quando invece sarebbe opportuno allocare la totalità dei costi all'alcolismo o al diabete. Si può quindi concludere che l'approccio *top-down* di allocazione della spesa sanitaria attribuisce i costi alle malattie in modo assai impreciso. Questo rende i dati economici non del tutto rappresentativi del fenomeno e di limitata utilità per i decisori pubblici.

La rilevazione e la misurazione delle perdite di produttività si basavano

sull'approccio del capitale umano, e seguivano la stessa logica dei costi diretti, consideravano cioè dati aggregati a livello nazionale. Secondo questo approccio, le perdite di produttività (ad esempio per morte prematura) sono misurate in base al reddito atteso nell'ipotesi che esso rifletta il contributo dell'individuo all'economia, o più precisamente che il salario del lavoratore equivalga al valore del suo prodotto marginale. Questo significa che il costo di un anno di lavoro perduto a causa della malattia è equivalente ad un anno di salario lordo.

I costi intangibili non sono mai stati monetizzati, in alcuni casi non sono stati neanche identificati. In pochissimi studi, gli analisti hanno inserito un valore monetario (alle volte simbolico, alle volte in proporzione ai costi sociali globali) attribuendolo arbitrariamente ai costi intangibili con l'obiettivo di richiamare l'attenzione sugli aspetti psicologici della malattia piuttosto che di riprodurre la sofferenza umana in termini monetari.

A conclusione dell'illustrazione del paradigma concettuale su cui si fondano gli studi di costo sociale tradizionali, si può affermare che queste analisi si caratterizzano per essere statiche, prive di informazioni rilevanti per i decisori pubblici se non addirittura distorcenti. Questi studi consistono in realtà in un esercizio aritmetico teso a ripartire sulla base di algoritmi più o meno sofisticati, la spesa sanitaria nazionale nelle grandi categorie di malattia e a stimare, sulla base anche questa volta di ipotesi più o meno sostanziate da evidenze empiriche, il valore monetario delle giornate (o anni) lavorative perdute. Alla luce di un'attenta riflessione, emerge tuttavia che il valore aggiunto di questi dati è giudicato spesso assai poco rilevante dai decisori pubblici. In primo luogo, perché le informazioni contengono dati già esistenti (es. categorie di spesa sanitaria

già disponibili a livello nazionale), riaggregati in modo diverso. In secondo luogo perché, ammesso che il lavoro di riaggregazione sia ritenuto utile, esso viene condotto sulla base di ipotesi ed algoritmi non conformi alla realtà e quindi poco convincenti.

Un altro grande errore è stato quello di considerare questa tecnica economica una sotto categoria dell'analisi costo-beneficio (ACB), che valuta i benefici in termini monetari attraverso la misurazione della disponibilità a pagare degli individui per usufruire dei benefici del programma sanitario. In questo modo, la maggior parte degli sforzi compiuti dagli analisti economici negli ultimi 30 anni è stata diretta o a dimostrare quanto lontano fosse il costo sociale dai principi dell'approccio della disponibilità a pagare, o a cercare qualche tipo di relazione tra l'approccio della disponibilità a pagare e gli studi di costo sociale nel tentativo di dare credibilità a questi ultimi.

Si ritiene invece che gli studi di costo sociale possono assumere maggiore rilevanza solo se li si considera da un'altra prospettiva. Essi sono diversi dalle ACB e dalle altre analisi di valutazione economica principalmente perché non comparano i costi con gli effetti sulla salute. Sono studi descrittivi che possono diventare rilevanti per i decisori pubblici se perseguono i seguenti obiettivi.

1. Calcolare il peso economico delle malattie per la società nel suo complesso. Questo dà informazioni sulla quantità di risorse (scarse) che vengono assorbite da una malattia e, insieme ai dati epidemiologici di morbilità e mortalità possono aiutare ad ordinare le malattie in base al loro peso globale. Questo aspetto è stato definito come caratterizzato da circolarità, si rischia cioè di perpetuare errori passati nell'allocazione delle risorse. Le analisi di costo sociale rischiano così di dare priorità a quelle malattie che sono

apparentemente costose perché una quantità rilevante di risorse è stata destinata in passato. Se decisioni passate di allocazione di risorse sono state fatte in modo irrazionale, i risultati degli studi di costo sociale non fanno altro che spingere i decisori a perpetuare ed amplificare l'errore iniziale. D'altra parte, anche se ciò fosse vero, se cioè una quantità di risorse rilevante e non equivalente al reale valore prodotto fosse stata destinata in passato alla malattia, il problema è quello di trovare strumenti operativi per modificare le decisioni. È in base alle informazioni fornite da studi come quelli sul costo sociale delle malattie che i decisori pubblici possono procedere ad analisi successive con l'obiettivo di verificare se l'attuale allocazione delle risorse sia razionale; ed è sempre in base alle stesse informazioni che possono attivare processi di aggiustamento.

2. Identificare le maggiori componenti di costo e la loro incidenza sui costi totali. Questo aiuta i decisori a definire ad esempio politiche di contenimento dei costi per quelle componenti che pesano maggiormente sul totale; e controllare la concreta applicazione di politiche definite in passato. Nel caso della schizofrenia ad esempio, è emerso che il processo di deistituzionalizzazione iniziato in Italia a partire dal 1978 con la legge Basaglia non è stato uniforme a livello nazionale e che in alcune aree del paese la presenza di strutture territoriali non era adeguata a coprire i bisogni (Tarricone *et al.*, 2000). In questi casi si è rilevato un trasferimento dei costi dal Ssn alle famiglie che hanno dovuto sostenere costi precedentemente a carico del Ssn (es. assistenza infermieristica) a causa della applicazione inefficiente e inefficace della politica sanitaria in materia di salute mentale.

3. Identificare il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affetti dalla malattia a livello nazionale. Questo

aiuta i decisori ad analizzare la funzione di produzione utilizzata dalle aziende per combinare le risorse necessarie ad erogare la singola prestazione sanitaria o l'intero percorso diagnostico-terapeutico. Dai risultati possono emergere evidenze circa l'esistenza di funzioni inefficaci o inefficienti che rappresentano la base per la re-impostazione dell'intero processo in caso di inefficienze, e di rivalutazione delle strategie cliniche. L'affermazione di linee-guida può ad esempio essere il prodotto di questo processo di revisione, tutte le volte cioè che l'identificazione della gestione clinica corrente della malattia dovesse far emergere vuoti di efficacia o diversità di applicazione nello stesso paese.

4. Spiegare la variabilità dei costi. In questo caso si possono condurre analisi statistiche per verificare se esiste una relazione tra la variabilità dei costi osservata nello studio ed elementi quali i fattori relativi alla malattia (es. gravità), al paziente (es. caratteristiche demografiche) o alla struttura d'offerta (es. cliniche universitarie vs. ospedali di distretto). Queste informazioni possono servire ai *manager* delle aziende sanitarie per rendere più rigoroso il processo di programmazione e pianificazione.

Per conseguire questi obiettivi e rendere lo strumento economico un utile supporto al processo decisionale in ambito di *management* e politica sanitaria è fondamentale ripensare l'intero paradigma concettuale posto alla base degli studi di costo sociale e proporre tipologie di studio diverse da quella tradizionale.

### 3. Tipologie di analisi di costo sociale

Le analisi di costo sociale possono essere descritte a seconda di:

1) dati epidemiologici utilizzati: studi di *prevalenza* vs. studi di *incidenza*;

2) relazione temporale tra l'inizio dello studio e la raccolta dei dati: studi *retrospettivi* vs. studi *prospettivi*;

3) metodo scelto per stimare i costi: studi *bottom-up* vs. studi *top-down*;

4) numero di strutture di offerta coinvolte: studi *monocentrici* vs. studi *multicentrici*.

### 3.1. Studi di prevalenza e di incidenza

La prevalenza e l'incidenza sono misure di frequenza delle malattie (Hennekens, Buring, 1987).

La prevalenza misura il numero di individui che ha contratto la malattia in un determinato periodo (es. giorno, mese, anno) e fornisce una stima della probabilità (rischio) di ammalarsi.

L'incidenza misura invece il numero di *nuovi* casi di malattia che si sono sviluppati in una popolazione *a rischio* in un periodo di tempo definito. L'incidenza fornisce una stima della probabilità che un individuo a rischio sviluppi la malattia in uno specifico periodo di tempo.

Gli studi di costo sociale possono essere di prevalenza o di incidenza (Hartunian *et al.*, 1980). Gli studi di prevalenza misurano i costi per la totalità di pazienti affetti dalla malattia in un periodo di tempo definito, mentre gli studi di incidenza misurano i costi della malattia solo per i nuovi casi. Nella prima ipotesi, il periodo temporale rilevante è generalmente pari ad 1 anno (anche se questo non esclude periodi più brevi). Nel secondo caso, il periodo temporale rilevante è quello intercorrente tra l'insorgenza dei nuovi casi fino alla scomparsa della malattia per guarigione o morte dei pazienti.

Negli studi di prevalenza vengono identificati e misurati i costi diretti (sanitari e non sanitari) e le perdite di produttività per disabilità e mortalità prematura che si verificano nell'anno di riferimento a causa della malattia. Viceversa, negli studi di incidenza è il flusso di costi lungo l'intero decorso della malattia (dall'insorgenza alla guarigione) che deve essere identificato e misurato e assegnato all'anno in cui il flusso ha origine (quando cioè il nuovo caso insorge). Tutti i costi diretti e le perdite di produttività vengono cioè scontati e assegnati all'anno in cui la malattia è comparsa (Hartunian *et al.*, 1981).

I costi calcolati sulla base dei dati di prevalenza sono più alti dei costi calcolati con l'approccio di incidenza. Questo soprattutto se si tratta di malattie che hanno manifestazioni continue nel lungo periodo. Se invece la malattia è limitata nel tempo, gli anni in cui i costi sono sostenuti saranno sostanzialmente gli anni in cui la malattia è insorta cioè gli anni dell'incidenza, che a loro volta sono gli anni in cui si verifica la mortalità. Con queste ipotesi, i due approcci produrranno risultati molto simili. Infine, la differenza tra la prevalenza e l'incidenza cresce con la durata media della malattia. Questo riflette il fatto che alcuni costi che non sono scontati nell'approccio di prevalenza vengono invece scontati con l'approccio di incidenza.

Si può concludere quindi che, il rapporto tra i costi stimati con l'approccio di prevalenza e i costi stimati con l'approccio di incidenza per una specifica malattia sarà generalmente maggiore (a parità di altre condizioni): (1) quando l'incidenza è in diminuzione (l'approccio di prevalenza in questo caso misura i costi delle malattie croniche dalle più grandi coorti di casi incidenti dei primi anni); (2) quando i costi diretti e le perdite di produttività per disabilità diminuiscono col tempo

(ciò perché l'analista riflette questa tendenza nel calcolo dei costi futuri dei casi incidenti attuali); e (3) quando i costi diretti annuali e le perdite di produttività per disabilità annuali crescono durante il corso della malattia (perché gli ultimi e maggiori costi verranno scontati con l'approccio di incidenza ma non con l'approccio di prevalenza).

Da ciò emerge che la scelta tra i due approcci deve essere coerente con l'obiettivo dell'analisi. Gli studi di prevalenza forniscono un quadro complessivo dei costi relativi ad una malattia in un determinato momento storico e in uno specifico paese. I costi si riferiscono a varie tipologie di pazienti, nel senso che l'approccio di prevalenza per definizione considera tutti i casi a prescindere dallo stadio della malattia. Questo significa che in uno studio di prevalenza coesistono nuovi casi, pazienti cronici e pazienti in fase terminale. Il consumo di risorse e la stima dei costi per queste varie categorie di pazienti possono essere in alcuni casi assai diversi. Ci sono malattie che assorbono una quantità di risorse notevoli all'inizio, nella fase cioè successiva alla diagnosi mentre tendono a stabilizzare il consumo di risorse nelle fasi seguenti. In uno studio recente sui costi sociali dell'*ictus* in Italia (Gerzeli *et al.*, 2004) è emerso che il 53% dei costi diretti si riferisce alla fase acuta della malattia (es. ospedalizzazione), mentre solo il 32% è da attribuire alla fase di riabilitazione.

In conclusione si può affermare che gli studi di costo sociale basati su dati di prevalenza sono particolarmente utili quando scopo dell'analisi è quello di:

1) attirare l'attenzione dei decisori pubblici, del mondo delle imprese e dell'intera collettività su malattie i cui costi — per motivi diversi — si ritiene siano stati sottovalutati o non apprezzati nella loro interezza;

2) sostenere programmi di politica sanitaria tesi ad esempio al contenimento dei costi.

Esempi nel primo caso sono la depressione e l'Aids. Intorno alla metà degli anni '90 è nato un grande interesse sui costi della depressione a livello internazionale e nazionale. In diverse parti del mondo sono state condotte analisi economiche tese a stimare i costi della malattia (Greenberg *et al.*, 1993; Kind, Sorensen, 1993; Rice, Miller, 1995). Uno spinta in questo caso è sicuramente arrivata da alcune grandi imprese farmaceutiche che in quegli stessi anni hanno introdotto sul mercato nuove molecole antidepressive per la cura della malattia. Obiettivo era, infatti, quello di sensibilizzare i decisori pubblici attraverso dati economici oggettivi sui costi della depressione al fine di informare il processo decisionale circa la rimborsabilità dei nuovi farmaci. Per quanto riguarda l'Aids, studi sul costo sociale della malattia condotti in alcune aree ad altissima prevalenza come la Namibia ad esempio (Ojo, Delaney, 1997), hanno invece l'obiettivo di sensibilizzare le grandi imprese farmaceutiche multinazionali ed i governi ad attuare rispettivamente adeguamenti delle politiche di prezzo dei farmaci e politiche finanziarie a sostegno delle famiglie colpite dalla malattia.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo, si ricorda che gli studi di prevalenza forniscono un quadro globale dei costi delle malattie in un dato periodo storico ed evidenziano le maggiori componenti di costo che incidono sul totale. L'identificazione delle maggiori componenti di costo aiuta così a definire le possibili aree di intervento per politiche sanitarie di contenimento dei costi. L'applicazione di queste politiche in aree dove si concentrano i costi maggiori produr-

rebbe infatti i massimi risultati. Da uno studio sulla depressione condotto in Italia (Tarricone *et al.*, 2000) ad esempio era emerso che i costi sopportati dal Ssn per il trattamento farmacologico della malattia erano meno del 20% dei costi totali. Questo dato suggeriva quindi che eventuali politiche di contenimento dei costi avrebbero dovuto essere indirizzate su altre componenti di costo per risultare efficaci. In quelli stessi anni si discuteva in Italia dell'opportunità di rimborsare i nuovi farmaci antidepressivi (SSRI) che per i maggiori costi d'acquisto avrebbero sicuramente inciso sulla spesa farmaceutica pubblica. Considerazioni probabilmente simili a quelle discusse nel lavoro sulla depressione hanno indotto i decisori pubblici ad inserire i nuovi farmaci tra quelli con piena rimborsabilità.

Se viceversa, obiettivo è quello di valutare delle misure preventive, gli studi di prevalenza sono inappropriati e si suggerisce l'approccio di incidenza. In questo caso, i costi si riferiscono ad una categoria di pazienti assai più omogenea rispetto agli studi di prevalenza. Solo i nuovi casi, infatti, vengono considerati e solo i costi attribuibili ai nuovi casi sono identificati e misurati. I costi possono essere suddivisi oltre che in diretti (sanitari e non sanitari) e di produttività, anche in base ai diversi stadi della malattia. Dato che il periodo di osservazione va dall'esordio alla remissione (o morte del paziente), è possibile distinguere i costi nella fase (1) di diagnosi, (2) di trattamento, e (3) di *follow-up*; o ancora tra fase acuta e fase non acuta. In questo caso, i risultati identificano il costo del percorso diagnostico-terapeutico della malattia.

In realtà anche gli studi di prevalenza possono prestarsi a tale scopo se vengono rispettati alcuni requisiti fondamentali e se si effettuano analisi di sottogruppo. In altre parole, dato

che gli studi di prevalenza considerano tutti gli individui affetti dalla malattia a prescindere dallo stadio in cui si trovano, è possibile classificare i pazienti in tante sub-categorie quante sono le fasi rilevanti della malattia (es. diagnosi, primo trattamento, trattamento della cronicità, trattamento in fase terminale). Diventa così possibile eseguire analisi di sottogruppo con l'obiettivo di identificare e misurare il consumo di risorse separatamente per ciascuna categoria di paziente. Tuttavia, affinché l'identificazione e la misurazione del consumo di risorse siano rappresentative per ciascun sottogruppo, è necessario che il numero di pazienti osservati in ciascuna sotto-categoria sia sufficientemente ampio. Una volta condotte le analisi per sottogruppo, è possibile quindi ricostruire artificialmente (senza aver cioè osservato sul campo la progressione della malattia), il percorso diagnostico-terapeutico mettendo in sequenza i risultati ottenuti per ciascun sotto-gruppo in termini di costo e consumo di risorse a partire dalla fase iniziale fino alla guarigione (o morte dei pazienti). I risultati così ottenuti devono tuttavia essere considerati con cautela e solo come una prima possibile approssimazione del reale percorso diagnostico-terapeutico seguito dai pazienti in un paese specifico. Questo perché il consumo di risorse di alcuni sottogruppi (es. pazienti in fase cronica e in fase terminale) può essere stato influenzato da (e quindi riflettere) modalità di trattamento prevalentemente utilizzate in passato ma considerate obsolete nella corrente pratica clinica (*bias* temporale). Durante il periodo di studio cioè (es. 1 anno) si possono osservare modalità di diagnosi e trattamento innovativi e tradizionali a seconda della durata della malattia. Più lunga è la durata della cronicità (es. l'epatite C ha un decorso di circa 30-40 anni) e

più sarà probabile osservare nello stesso periodo gruppi di pazienti il cui consumo di risorse risponde a protocolli di cura assai differenti (si pensi ai pazienti che vengono osservati oggi ma che si sono ammalati 25 anni fa). La ricostruzione quindi del percorso diagnostico-terapeutico della malattia in uno studio di prevalenza non è sempre un perfetto sostituto di quello osservabile in uno studio di incidenza dove non esiste il *bias* temporale perché i pazienti — essendo tutti dei nuovi casi — si trovano nella medesima fase della malattia (quella iniziale) nello stesso momento. Da ciò consegue che se in uno studio di incidenza emergono differenze tra i pazienti nel consumo di risorse e nel percorso diagnostico-terapeutico, queste non sono riconducibili al *bias* temporale.

Gli studi di costo sociale con l'approccio di incidenza sono particolarmente adeguati quando l'obiettivo è quello di:

1) valutare l'impatto di un nuovo programma sull'incidenza della malattia (es. un programma di corretta educazione alimentare tende a ridurre nel tempo l'incidenza di tutte quelle malattie, come l'ipertensione, in cui la scorretta alimentazione è un fattore di rischio principale) o sul decorso della stessa (es. programmi o tecnologie con l'obiettivo di ridurre il periodo di disabilità);

2) studiare il percorso diagnostico-terapeutico correntemente seguito in un paese o area geografica e analizzare i costi attribuibili alla gestione clinica della malattia. In questo caso obiettivo finale è spesso quello di valutare la gestione clinica della malattia rispetto a *standard* internazionali e linee-guida al fine di reimpostare l'intero percorso e i costi ad esso collegati nella ricerca di soluzioni più efficienti.

### 3.2. Studi prospettici vs. studi retrospettivi

Gli studi di costo sociale possono essere prospettici o retrospettivi a seconda della relazione temporale intercorrente tra l'inizio dello studio e il periodo di riferimento dei dati.

Uno studio retrospettivo è quello che prende in considerazione dati del passato. Questo significa che il processo di raccolta dei dati è stato già effettuato quando lo studio ha inizio. Viceversa, in uno studio prospettico gli eventi devono ancora verificarsi quando lo studio inizia. Questo significa che il processo di raccolta dati deve essere condotto man mano che i pazienti vengono seguiti durante lo studio.

Il vantaggio maggiore degli studi retrospettivi è che sono meno costosi e richiedono meno tempo di quelli prospettici perché la fase di raccolta dati è già stata completata. All'analista rimane il compito di selezionare e sistematizzare — tra i dati raccolti — quelli di interesse per lo studio. Tuttavia, gli studi retrospettivi possono essere condotti solo se i dati necessari sono disponibili nella forma richiesta dall'analista. Questo non sempre si verifica. Capita spesso che i dati siano stati raccolti per scopi diversi da quelli richiesti da uno studio di costo sociale. O ancora, può succedere che il consumo di risorse sanitarie sia stato registrato ma solo a livello locale o di singola azienda, rendendo così difficile la generalizzazione dei risultati. Quasi sempre inoltre diventa impossibile trovare informazioni sul consumo di risorse non sanitarie quali ad esempio l'assistenza informale prestata dai familiari e le perdite di produttività, e sanitarie ma esterne al controllo delle strutture pubbliche di offerta quali il trasporto o le spese sostenute privatamente dai pazienti. Queste infatti sono categorie di costo esterne per le strut-

ture pubbliche di erogazione dei servizi per le quali non è prevista alcuna modalità routinaria di raccolta.

Gli studi retrospettivi possono inoltre presentare distorsioni a causa della scarsa capacità di ricordare degli intervistati (*recall bias*). I clinici e i pazienti possono non ricordare esattamente il tipo e la quantità di risorse consumate per la diagnosi e il trattamento della malattia. Questo provoca una allocazione scorretta dei costi. Il *recall bias* può tuttavia essere minimizzato cercando di selezionare strutture di offerta che abbiano un sistema informativo efficiente dove cioè le informazioni sono state registrate elettronicamente. Per le risorse che non sono registrate negli archivi delle strutture di offerta quali ad esempio il trasporto, le spese a carico dei pazienti, l'assistenza informale e le giornate lavorative perse dai pazienti si può ricorrere all'utilizzo di diari. In questi casi specifici, e sempre per ridurre il *recall bias*, l'analisi retrospettiva può riferirsi ad un periodo temporale precedente (es. sei stato visitato privatamente da uno specialista nelle ultime 4 settimane?), nell'ipotesi che il consumo sia costante nel tempo e che quindi sia sufficiente rilevarlo in un periodo limitato (es. 1 mese) per proiettarlo lungo l'intero periodo di studio (es. 1 anno). In alternativa, e tutte le volte in cui non sia possibile procedere nel modo appena descritto (può essere infatti particolarmente difficile rintracciare i pazienti), l'analisi può essere condotta prospetticamente assumendo che il consumo di risorse sanitarie per quelle categorie di costo non cambino da un periodo all'altro. Si tratta cioè di selezionare un gruppo di pazienti con le stesse caratteristiche della popolazione oggetto di studio e osservare prospetticamente il consumo di specifiche risorse (es. visite specialistiche nel settore privato) per un periodo definito (es. 1 mese). I dati così raccolti

vengono utilizzati per completare l'analisi economica che rimane di tipo retrospettivo nell'ipotesi che non siano intervenuti fattori che possano aver modificato il comportamento di consumo dei pazienti nei due periodi presi a riferimento.

Viceversa, negli studi prospettici l'analista può disegnare il sistema di raccolta dati più adatto alle sue necessità. Questo viene fatto generalmente attraverso la strutturazione e la predisposizione di questionari e schede raccolta dati studiate appositamente per raccogliere i dati di consumo necessari per lo scopo dell'analisi. In questo modo si raggiunge un livello di accuratezza adeguato in quanto tutte le attività vengono registrate. Inoltre si possono predisporre dei diari dove i pazienti registrano il consumo di risorse che altrimenti non verrebbero registrate dalle aziende di erogazione delle prestazioni. In questo modo diventa possibile e relativamente semplice raccogliere dati sul trasporto, sull'assistenza informale e sulla perdita di produttività dei pazienti e dei familiari.

Gli studi di costo sociale di prevalenza e di incidenza possono essere sia prospettici che retrospettivi. Tuttavia, se la malattia è cronica e ha un decorso particolarmente lungo, gli studi prospettici di incidenza diventano molto costosi e praticamente insostenibili

### 3.3. Studi bottom-up vs. studi top-down

Un'altra differenza tra gli studi di costo sociale riguarda il metodo di rilevazione dei costi. Come si è già detto, la rilevazione dei costi negli studi tradizionali era condotta dall'alto, allocando cioè una parte della spesa sanitaria alla malattia sulla base della prevalenza della stessa. Questo approccio è stato definito *top-down*. Viceversa, l'approccio *bottom-up* è quel-

lo che rileva i costi attraverso l'identificazione puntuale e la successiva aggregazione delle varie componenti di costo per singolo paziente.

Nell'approccio *bottom-up*, la stima dei costi può essere divisa in due fasi. La prima fase riguarda l'identificazione e la misurazione delle quantità di risorse utilizzate, mentre la seconda fase concerne la stima dei costi unitari. I costi totali derivano quindi dalla moltiplicazione delle quantità per i costi unitari. I dati necessari per condurre studi di questo tipo variano a seconda dell'oggetto dello studio. L'approccio *bottom-up* può essere utilizzato sia negli studi di prevalenza che in quelli di incidenza. In entrambi i casi, infatti, è possibile rilevare in modo analitico e cioè per ciascun paziente i costi, il consumo di risorse sanitarie e non sanitarie a causa della malattia. Questo vale anche per gli studi retrospettivi e prospettici. Nello studio sulla schizofrenia (Tarricone *et al.*, 2000), un campione di 100 casi prevalenti è stato selezionato e con il supporto dei centri di salute mentale coinvolti è stato possibile ricostruire per ciascun singolo paziente la tipologia di risorse sanitarie consumate (es. visite specialistiche, psicoterapia, terapia farmacologica, ...) in un anno. Viceversa nello studio sulla depressione (Tarricone *et al.*, 2000), 532 pazienti con un nuovo episodio di depressione maggiore (casi incidenti) sono stati seguiti prospetticamente fino a remissione dell'episodio e per ciascun paziente è stato misurato il consumo di risorse e le componenti di costo.

### 3.4. Studi multicentrici vs. studi monocentrici

Si è detto che gli studi di costo sociale misurano il consumo di risorse sanitarie e non sanitarie a causa della malattia. Le risorse sanitarie sono quelle direttamente coinvolte nel pro-

cesso di diagnosi e cura del paziente e consistono quindi in prestazioni sanitarie specifiche (es. ricoveri, analisi strumentali, ...), e indirettamente coinvolte nel processo di cura come ad esempio il tempo dedicato dai medici alla ricerca e ad attività di formazione ed aggiornamento. Da ciò emerge che tra i soggetti rilevanti per l'analisi economica — in aggiunta ai pazienti e ai familiari — vi sono le strutture di offerta (pubbliche e private).

Per questo motivo è fondamentale che uno studio di costo sociale coinvolga almeno una struttura di offerta. In primo luogo perché esse sono il mezzo per arrivare ai pazienti. Non sarebbe possibile analizzare i costi dei pazienti con *ictus* senza coinvolgere almeno un ospedale. In secondo luogo perché rappresentano la fonte primaria di dati circa il consumo di prestazioni sanitarie e di altre attività non correlate direttamente al paziente. La scelta è quindi tra una o più strutture. La variabile critica in questi casi è la generalizzabilità dei risultati. Se l'obiettivo è quello di studiare fenomeni per trarre conclusioni generalizzabili all'intero paese ad esempio, le strutture devono essere molteplici e sparse sull'intero territorio nazionale. Se inoltre i risultati tendono ad essere rappresentativi delle varie modalità di cura, allora la selezione deve anche tenere conto dei diversi modelli di struttura esistenti sul territorio (es. clinica universitaria vs. ospedale) come discusso nel paragrafo 3.

Sono molti gli studi che tuttavia sono condotti con il supporto di una sola struttura. Questo avviene generalmente perché i tempi e il *budget* a disposizione del ricercatore non permettono analisi più estese. In questi casi i risultati devono essere considerati con cautela e riferiti esclusivamente al contesto specifico in cui l'analisi è stata effettuata. Questo è un punto rilevante se si considera che il costo della malat-

tia viene stimato dal prodotto del costo medio per paziente per il numero di pazienti affetti dalla malattia in un determinato periodo. La maggiore differenza tra uno studio multicentrico e uno monocentrico è che nell'ultimo caso non è corretto calcolare il costo della malattia come prodotto del costo medio per paziente per il numero di pazienti in quanto il costo medio per paziente non può essere ritenuto rappresentativo del consumo medio di risorse a livello nazionale. Il risultato di uno studio monocentrico deve quindi limitarsi a fornire indicazioni sul costo medio per paziente e deve riportare chiaramente quali sono le caratteristiche dei pazienti e delle strutture di offerta studiati in modo da poter riferire il costo solo a quella categoria specifica di pazienti.

#### 4. Prospettiva dello studio

La prospettiva di uno studio di costo sociale delle malattie deve essere quella della società nel suo complesso. Deve identificare cioè l'impatto economico che la malattia ha su tutte le componenti della società: i pazienti, il sistema sanitario, le strutture di offerta di servizi non sanitari (es. servizi socio-assistenziali erogati dai Comuni) e l'economia nel suo complesso. L'esclusione di alcune componenti può fornire informazioni errate ai decisori pubblici influenzando così arbitrariamente il processo decisionale. Sostituire l'assistenza ospedaliera con quella domiciliare può migliorare la qualità di vita dei pazienti e ridurre i costi per il Ssn, ma può aggravare il peso sopportato dai familiari se non è organizzata in modo efficace ed efficiente. L'esclusione dei costi per l'assistenza informale fornirebbe in questo caso una visione parziale dei veri costi della malattia e quindi inadeguata per una valutazione dell'impatto

che hanno avuto certe politiche sanitarie.

#### 5. Definizione del protocollo di studio

Il protocollo di studio o di ricerca è il documento che illustra gli obiettivi dell'analisi di costo sociale e i metodi per conseguirli. Esso è il risultato della fase di ideazione e progettazione dell'analisi economica e fornisce indicazioni su quali sono gli strumenti operativi per la conduzione dello studio.

Si compone delle seguenti sezioni:

- 1) razionale;
- 2) definizione degli obiettivi;
- 3) identificazione della popolazione di studio e del punto di osservazione;
- 4) definizione dei casi;
- 5) strumenti per la raccolta dei dati di consumo delle risorse;
- 6) valutazione dei costi;
- 7) strumenti statistici.

##### 5.1. Razionale

La prima fase è propedeutica alla definizione degli obiettivi e consiste nella individuazione delle aree di ricerca scoperte e/o di quelle il cui stato dell'arte non è sufficiente a spiegare in pieno l'esistenza di alcuni fenomeni. Il razionale dello studio deve avere come risultato finale l'identificazione quindi del quesito di studio. Per conseguire tale obiettivo è necessario rivedere sistematicamente la letteratura di riferimento per quanto riguarda:

- 1) i dati epidemiologici (es. misure della frequenza della malattia);
- 2) la storia naturale della malattia (es. individuazione dei diversi stadi della malattia);
- 3) la pratica clinica corrente nel paese oggetto di studio;

4) l'esistenza di linee-guida e/o *standard* nazionali o internazionali per la gestione clinica della malattia;

5) i dati economici circa il costo della malattia.

Più specificatamente, mentre le prime quattro fasi rappresentano il *background* dell'analisi di costo sociale, è l'ultima fase quella che fornisce le informazioni chiave per individuare il quesito di studio. È cioè dall'analisi sistematica della letteratura economica che si possono evidenziare aree di ricerca interessanti o non sufficientemente esplorate per uno studio sui costi di una malattia.

L'analisi della letteratura deve rispettare i seguenti requisiti per poter essere definita sistematica:

- individuazione delle maggiori fonti di dati;
- raccolta degli studi e creazione di un *database*;
- definizione di una griglia di analisi;
- revisione degli studi raccolti sulla base della griglia di analisi;
- analisi puntuale degli studi così identificati.

Le maggiori fonti di dati sono individuabili nelle:

— banche dati internazionali in ambito clinico ed economico (es. Medline, Econlit) che devono essere consultate attraverso la combinazione di appropriate parole chiave (es. *costs AND depression*, nell'esempio dello studio sulla depressione);

— analisi sistematiche della letteratura condotte precedentemente;

— bibliografia degli studi raccolti attraverso le prime due fonti.

Il prodotto di questa fase è la raccolta di un numero più o meno ampio di lavori che pur essendo indicativo della rilevanza dell'oggetto di studio a livello generale non è tuttavia ancora un indicatore puntuale dello sviluppo delle conoscenze circa l'oggetto di studio a livello specifico.



In seguito, gli studi raccolti vengono inseriti in un *database*. A questo scopo, si procede ad un primo lavoro di revisione per escludere quelle analisi che non sono palesemente collegate all'oggetto di studio (2) e/o pubblicazioni che non riportano risultati originali (es. lettere, editoriali, ...). Il *database* può essere organizzato in modo da evidenziare quanti e quali studi sono stati pubblicati per anno e per tipologia di rivista (es. economica o clinica).

La definizione della griglia di analisi rappresenta lo strumento operativo per selezionare gli studi e identificare solo quelli strettamente rilevanti per l'oggetto dell'analisi economica. La griglia deve contenere quindi i requisiti necessari affinché uno studio possa essere ritenuto ammissibile alla fase successiva. Se si tratta ad esempio di raccogliere dati sui costi sociali della malattia, la griglia dovrà includere tra i requisiti fondamentali l'esistenza dei costi diretti e delle perdite di produttività.

Una volta definita la griglia di analisi, gli studi raccolti nel *database* vengono rivisti alla luce dei criteri identificati. Se l'obiettivo è sempre quello di raccogliere dati sul costo della malattia, saranno esclusi tutti gli studi che si sono focalizzati ad esempio sulla valutazione dei costi di trattamenti alternativi (es. analisi costo-efficacia).

Infine, gli studi che rimangono saranno analizzati in modo puntuale con l'obiettivo finale di identificare il quesito di studio e quindi il razionale dell'analisi economica che si intende condurre.

### 5.2. Definizione degli obiettivi

La definizione degli obiettivi è una fase strettamente dipendente dalla precedente, dall'identificazione cioè delle aree di ricerca in cui è possibile

apportare un contributo scientifico innovativo e deve quindi porsi l'obiettivo di esplicitare chiaramente cosa si intende studiare.

In uno studio di costo sociale, l'obiettivo deve essere sempre quello di identificare, misurare e valutare i costi della malattia con la prospettiva della società nel suo complesso, ma ulteriori e più specifici obiettivi possono essere i seguenti:

- identificare e misurare le diverse componenti di costo al fine di valutare l'incidenza delle stesse sui costi totali;
- identificare il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affetti dalla malattia;
- spiegare la variabilità dei costi.

Sono infatti questi ultimi obiettivi quelli che rendono l'analisi di costo sociale uno strumento economico rilevante ai fini decisionali in ambito di politica e *management* sanitario e che lo contraddistinguono dall'approccio tradizionale discusso nel secondo paragrafo.

### 5.3. Identificazione della popolazione di studio e del punto di osservazione

Sulla base degli obiettivi dichiarati, si deve identificare la popolazione di studio rilevante per l'analisi. Se tra gli obiettivi dell'analisi c'è quello di identificare il percorso diagnostico-terapeutico di pazienti affetti dalla malattia, è la popolazione incidente che dovrà essere considerata come popolazione rilevante (3). In questa fase bisogna inoltre identificare qual è il punto di osservazione attraverso cui studiare la popolazione di pazienti. A seconda della malattia oggetto di analisi, i pazienti possono essere osservati attraverso le strutture ospedaliere, le strutture territoriali o la medicina di base. In uno studio sui nuovi casi di *ictus*, il punto di osservazione naturale è l'ospedale perché è lì che i pazienti

afferiscono in caso di attacco acuto. Nel caso della depressione, i punti di osservazione possono essere due: le strutture di salute mentale sul territorio e/o i medici di base in quanto la malattia viene trattata in entrambi i livelli di cura. Deve essere chiaro che la scelta del punto di osservazione caratterizza in modo sostanziale lo studio di costo sociale e la misurazione dei costi. I pazienti affetti da depressione trattati nelle strutture specialistiche hanno infatti un percorso di cura e un consumo di risorse differente da quelli trattati esclusivamente in medicina generale. Ancora, nel caso dei pazienti con *ictus*, mentre la scelta del punto di osservazione è obbligata nel senso che tutti i pazienti con *ictus* accedono al pronto soccorso di un ospedale, la scelta tra le tipologie di strutture ospedaliere (es. ospedali con la divisione di neurologia, *stroke units*, ...) influenza fortemente i dati di consumo e di costo della malattia. È stato infatti rilevato che i pazienti con *ictus* ricoverati nelle *stroke units* hanno un costo sanitario diretto maggiore di quello dei pazienti ricoverati nelle divisioni di medicina generale negli ospedali privi delle neurologie e *stroke units* (Gerzeli *et al.*, 2004). Questo perché il tipo e la quantità di risorse sanitarie consumate durante il ricovero (es. numero e tipologia di analisi strumentali e di laboratorio, tempo dedicato dallo staff medico ed infermieristico, ...) sono estremamente differenti nei tre modelli di cura.

Se lo studio è inoltre prospettico, il punto di osservazione diventa ancora più rilevante. La maggiore fonte di *bias* negli studi prospettici è la perdita di pazienti nel periodo di *follow-up*, più lungo il *follow-up* maggiore la probabilità di perdere dei pazienti. Se il numero di pazienti persi al *follow-up* è grande, intorno al 30-40% (Hennekens, Buring, 1987), sorgono dubbi legittimi sulla validità dei risul-

tati dello studio. Poiché è molto difficile prevedere i fattori che determineranno la perdita dei pazienti, il metodo migliore per eliminare questo *bias* è cercare di tenere le perdite più basse possibili. Per minimizzare le perdite al *follow-up*, è consigliabile selezionare popolazioni circoscritte (Hennekens, Buring, 1987), come ad esempio la popolazione di pazienti afferenti ad una specifica struttura (o tipologia di struttura) sanitaria.

In conclusione, la definizione della popolazione di studio deve essere in primo luogo coerente con gli obiettivi dell'analisi economica e, in secondo luogo, deve prendere in considerazione un punto di osservazione specifico, in modo da identificare chiaramente i soggetti su cui si intende procedere successivamente con la fase di raccolta dei dati di costo.

Una volta identificata la popolazione di studio, si procede alla costruzione del campione delle strutture di offerta che saranno deputate alla selezione dei pazienti oggetto di studio (es. casi prevalenti di schizofrenia). Dato che il campione deve essere rappresentativo della totalità delle strutture esistenti sul territorio, è necessario che vengano eseguite le seguenti due fasi:

1) mappatura delle strutture sanitarie identificate come punto di osservazione rilevante (4) (es. tutti i CSM presenti sul territorio nazionale);

2) estrazione casuale del campione.

In alcuni casi, l'estrazione casuale del campione può essere stratificata. Può cioè rispettare criteri aggiuntivi a quello della casualità, quali ad esempio l'area geografica o la tipologia di struttura d'offerta. Se il campione che si intende selezionare è piccolo (es. 10 CSM) e si vuole tuttavia esser certi che l'estrazione sia rappresentativa delle maggiori aree geografiche del paese e/o delle tipologie di strutture di

offerta esistenti per la cura di una specifica malattia (es. Divisioni di neurologia e *Stroke units* per l'*ictus*), allora l'estrazione del campione deve esser fatta tenendo conto di queste ulteriori variabili.

Il prodotto finale di questa fase è quindi quello di identificare la popolazione di studio e il campione rappresentativo delle strutture di offerta che agisce come punto di osservazione e che è quindi deputato alla selezione del campione di pazienti rappresentativo della popolazione originaria.

#### 5.4. Definizione dei casi

Una volta identificato il campione delle strutture di offerta deputate alla selezione dei pazienti, questi devono essere selezionati in base a specifici criteri. Si devono cioè identificare i casi.

Generalmente questa fase è condotta sulla base delle opinioni dei clinici che suggeriscono criteri di selezione più o meno restrittivi in base agli obiettivi dell'analisi e alle caratteristiche stesse della malattia.

Nel caso dello studio della depressione ad esempio, il *panel* di esperti ha suggerito di selezionare solo i pazienti affetti da depressione primaria, escludendo cioè le depressioni secondarie (es. depressioni comparse in seguito ad eventi quali lutti o malattie croniche) in modo da non inquinare i dati di costo con la rilevazione del consumo di risorse indotto dalle comorbidità. Altri esempi di criteri di selezione sono quelli relativi all'età dei pazienti e all'esistenza di situazioni cliniche (es. gravidanza, allattamento) o di comportamenti (es. abuso di sostanze stupefacenti) che possono impedire o limitare l'osservazione.

Una volta definiti i criteri di selezione, si procede all'arruolamento dei casi che può essere effettuato retrospettivamente o prospetticamente.

Nell'ultima ipotesi, bisognerà identificare anche il periodo e il criterio di arruolamento (es. tutti i casi che si presentano alla struttura di offerta nel periodo di arruolamento o solo quelli che si presentano nei giorni dispari).

#### 5.5. Strumenti per la raccolta dei dati di consumo delle risorse

Gli strumenti di studio hanno l'obiettivo di raccogliere i dati di consumo delle risorse sanitarie e non sanitarie al fine di (i) identificare il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti arruolati nello studio e, (ii) calcolare i costi diretti e le perdite di produttività. Gli strumenti possono avere la forma di questionari e/o di schede raccolta dati. I questionari sono spesso utilizzati per la raccolta dei dati di tipo sanitario e sono compilati dai responsabili delle strutture di offerta coinvolte nello studio sulla base delle cartelle cliniche se lo studio è retrospettivo oppure ogni volta che i pazienti accedono alla struttura se si tratta di uno studio prospettico. In uno studio sulla schizofrenia, i pazienti sono stati arruolati retrospettivamente e i dati sulle prestazioni erogate dai CSM sono stati raccolti dagli psichiatri dei centri coinvolti sulla base delle cartelle cliniche elettroniche. Viceversa, nello studio sulla depressione, i pazienti sono stati arruolati prospetticamente e i dati sul consumo di servizi e prestazioni sono stati raccolti dallo psichiatra ogni volta che il paziente si recava al CSM.

Questionari diversi possono essere utilizzati per la raccolta dei dati di consumo di risorse sanitarie ma non di pertinenza della struttura di offerta coinvolta nello studio, come nel caso di prestazioni acquistate nel mercato privato o dell'assistenza informale. Questi questionari sono compilati direttamente dai pazienti e possono avere la forma di diari nel caso di studi prospettici. Se i pazienti non sono in

grado di compilare il questionario, è possibile consegnarlo al *caregiver*. Questo è avvenuto ad esempio per alcuni dei pazienti schizofrenici e dei pazienti con *ictus*.

### 5.6. Valutazione dei costi

Una volta identificati i servizi e le prestazioni sanitarie e non sanitarie consumate dai pazienti affetti dalla malattia, la fase successiva è quella relativa alla identificazione dei costi unitari per poter calcolare i costi complessivi (quantità \* costo unitario).

#### Costi diretti

La valorizzazione dei costi diretti deve essere condotta in modo da esprimere il costo opportunità delle risorse consumate. Il costo opportunità di un bene o servizio è dato dal prezzo del bene o servizio in un mercato perfettamente concorrenziale. Tuttavia, poiché il mercato in sanità non rispetta i requisiti del modello di concorrenza perfetta, i prezzi spesso non riflettono il costo opportunità delle risorse consumate (servizi e prestazioni) o semplicemente non esistono. In tutti questi casi si procede ad una analisi specifica dei costi dei servizi e delle prestazioni, sulla base dei principi di contabilità economica.

A seconda del tipo di studio (es. retrospettivo o prospettico) e della rilevanza della componente di costo oggetto di valutazione, si può adottare un approccio analitico: *micro-costing*, o un approccio più approssimativo: *gross-costing* (Gold *et al.*, 1996).

Con il primo metodo, la stima del costo di ogni prestazione o servizio avviene sommando il costo di ogni singola risorsa che contribuisce alla produzione ed erogazione del servizio o prestazione. Se ad esempio la prestazione oggetto di calcolo è il ricovero ospedaliero, il costo del ricovero sarà

dato dalla somma del costo delle risorse consumate per produrre il ricovero stesso, quali ad esempio il tempo del personale medico ed infermieristico, il consumo di farmaci, di analisi, pasti e così via. L'approccio è di tipo *bottom-up* nel senso che il processo di calcolo avviene dal basso, attraverso l'identificazione e la misurazione del consumo delle risorse (*input*) che hanno contribuito alla produzione della prestazione (*output*). L'approccio *micro-costing* è l'approccio teoricamente preferibile — anche se più costoso — perché molto accurato e deve quindi essere considerato come il *gold standard* della valutazione dei costi nelle analisi economiche.

Viceversa, con l'approccio *gross-costing*, la stima del costo della prestazione o servizio avviene dall'alto (*top-down*), ripartendo cioè il costo totale dell'unità di produzione per il numero di prestazioni erogate in un determinato periodo (es. 1 anno). Tornando all'esempio del ricovero, il costo unitario viene stimato dividendo il costo totale della Divisione ospedaliera per il numero totale di ricoveri erogati dalla Divisione in 1 anno.

In entrambi i casi l'obiettivo è di calcolare il costo unitario della prestazione, ma il livello di precisione raggiunto con i due metodi è assai diverso. La scelta tra i due approcci dipende dall'obiettivo dell'indagine e dalla rilevanza della prestazione di cui si vuole conoscere il costo. L'approccio *micro-costing* evidenzia l'intensità del consumo di risorse da parte di una specifica categoria di pazienti differenziandola così da altre categorie di pazienti.

Si consideri nuovamente il caso del ricovero e si ipotizzi di dover calcolare il costo del ricovero per *ictus* nella Divisione ospedaliera di neurologia.

Se la stima del costo unitario avviene con l'approccio *gross-costing*, di tipo *top-down*, non si terrà conto nel

procedimento di calcolo del costo dell'intensità di assorbimento di risorse da parte dei pazienti con *ictus* rispetto agli altri pazienti ricoverati nella Divisione, perché il costo che ne risulta (costo medio) sarà identico per qualsiasi ricovero a prescindere dalla diagnosi.

Se invece il costo unitario viene calcolato con un approccio più analitico (*micro-costing*), di tipo *bottom-up*, allora la stima di costo rifletterà il consumo di risorse effettivamente indotto dalla specifica malattia e sarà diverso dal costo medio di ricovero calcolato nel primo caso.

In molti studi di valutazione economica, i costi unitari vengono identificati con le tariffe, e la valorizzazione dei costi totali delle prestazioni e dei servizi avviene moltiplicando le quantità consumate per le tariffe.

Le tariffe tuttavia spesso non riflettono il costo pieno dei servizi e delle prestazioni perché sono create per conseguire obiettivi diversi, come quello di finanziare l'attività produttiva delle strutture di offerta.

Per questo motivo il loro utilizzo deve essere scoraggiato soprattutto quando il costo del servizio o prestazione incide in maniera rilevante sui costi diretti totali della malattia. L'uso delle tariffe può invece essere utilizzato — senza con questo creare gravi distorsioni all'analisi economica complessiva — tutte le volte in cui l'incidenza dei costi sul totale è modesta.

In alcuni casi e solo per alcune categorie di beni e servizi (es. farmaci) è possibile utilizzare i prezzi di mercato. Fino a poco tempo fa in Italia, le possibilità di utilizzo dei prezzi di mercato erano davvero assai limitate perché i servizi e le prestazioni venivano erogate principalmente dal sistema pubblico di offerta, in assenza del pagamento di un corrispettivo. Più recentemente gli ambiti di possibile utilizzo dei prezzi di mercato si stanno

ampliando poiché è aumentato il numero delle strutture private di offerta e perché è sempre più comune trovare strutture pubbliche che erogano le prestazioni anche in regime privatistico, a fronte cioè del pagamento di un prezzo. In questi casi ci si chiede se ha ancora senso condurre analisi di costo pieno generalmente impegnative per il ricercatore e se non vale la pena rifarsi ai prezzi di mercato, nell'ipotesi che essi rappresentino il costo opportunità.

Il problema maggiore dei prezzi di mercato è che spesso essi contengono una quota rilevante di profitto, e quando questa quota supera ciò che si può definire il giusto ritorno sull'investimento e la giusta compensazione del rischio imprenditoriale, allora il prezzo non può più essere considerato una buona approssimazione del costo opportunità. Una soluzione a questo problema spesso utilizzata negli Stati Uniti, è di aggiustare i prezzi di mercato per la componente di profitto in eccedenza attraverso la tecnica del *cost-to-charge*. Si tratta in altre parole di calcolare il rapporto tra costo e prezzo della prestazione per stimare di quanto il prezzo può essere ridotto per riflettere il reale costo opportunità delle risorse (Gold *et al.*, 1996). Tuttavia, nonostante ci possano essere in futuro maggiori ambiti di applicazione, si può concludere che i prezzi di mercato vengono utilizzati molto raramente nelle valutazioni economiche e che ancor meno frequente è l'uso del *cost-to-charge* per aggiustare i prezzi.

### *Perdite di produttività*

Le perdite di produttività si riferiscono al tempo lavorativo perduto per disabilità o mortalità prematura. La stima dei costi di produttività si basa sulla *teoria del capitale umano*. Il tempo lavorativo perduto viene valorizzato in base al reddito atteso nell'ipotesi

che esso rifletta il contributo dell'individuo all'economia, o più precisamente che il salario del lavoratore equivalga al valore del suo prodotto marginale. Nonostante la nascita dei principi della teoria del capitale umano risalgano almeno al diciassettesimo secolo, lo sviluppo dell'approccio è avvenuto nei primi anni '60. Il lavoro più importante di quel periodo in sanità è di Mushkin (1962) che sottolineava l'importanza di tradurre la perdita di vite umane e di salute in termini economici, al fine di persuadere i decisori politici ad aumentare i fondi stanziati per la sanità. Mushkin sosteneva ancora che la risorsa guadagnata come risultato della prevenzione o della cura delle malattie è il lavoro, e che gli effetti della malattia sul lavoro possono essere di tre tipi:

- 1) morte (perdita del lavoratore);
- 2) disabilità (perdita di tempo lavorativo);
- 3) perdita di capacità produttiva mentre si è al lavoro.

Secondo l'approccio del capitale umano, le perdite di produttività sono stimate applicando i redditi medi per età e sesso al tempo lavorativo perduto (Rice, 1966). I costi di produttività per mortalità prematura consistono nel reddito da lavoro atteso nell'intero arco della vita lavorativa di un individuo poiché, se l'individuo non fosse morto avrebbe continuato ad essere produttivo per tutto il periodo fino al pensionamento.

Dato che l'approccio del capitale umano non considera la perdita di produttività di individui che operano al di fuori del mercato, come ad esempio le casalinghe e i volontari, sono state apportate correzioni al metodo al fine di poter dare un valore anche a coloro il cui lavoro non è remunerato nel mercato. La categoria che ha ricevuto più attenzione è stata quella delle casalinghe (Rice, 1966; Brody, 1975). I servizi delle casalinghe possono infatti

essere valutati sulla base del valore corrispondente nel mercato, usando cioè *l'approccio del valore di rimpianto*. Con questo approccio, si considera cioè il valore di mercato che si sarebbe corrisposto per acquistare sul mercato gli stessi servizi prodotti dalla casalinga (es. valore di mercato corrisposto alla domestica). Un altro approccio è quello del *costo opportunità*. L'approccio del costo opportunità assume che il valore economico del lavoro non retribuito debba essere almeno uguale al salario lordo che lo stesso individuo avrebbe ricevuto se avesse optato per un lavoro retribuito. In pratica, se una donna sceglie di essere casalinga rispetto ad un impiego nel mercato, l'attività di casalinga deve essere remunerata almeno quanto avrebbe guadagnato se avesse scelto di entrare nel mercato (Gronau, 1973; Murphy, 1978). Tuttavia, questo approccio non è coerente con quello utilizzato per stimare il tempo perso di coloro che lavorano nel mercato dove ciò che conta è quello che si fa e non quello che uno avrebbe potuto fare (Cooper, Rice, 1976).

Secondo la teoria del capitale umano, gli individui che sono troppo malati per lavorare o per governare la casa vengono considerati alla stessa stregua della forza lavoro della popolazione generale. L'ipotesi implicita è che se questi individui entrassero nella forza lavoro del paese non modificherebbero il tasso di occupazione né il livello medio di reddito (Cooper, Rice, 1976). Il tempo perduto può essere quindi valorizzato utilizzando il salario medio nazionale. Questa considerazione è comunque fonte di dibattito ed è stata criticata ad esempio da Smith e Wright (1996) nella loro rassegna di studi di costo sociale sulle malattie mentali. In primo luogo, gli autori non accettano l'ipotesi di occupazione piena (Rice, 1966; Mushkin, 1962), e in secondo luogo dubitano

fortemente che le perdite di produttività di pazienti affetti da gravi malattie mentali debbano entrare nel calcolo dei costi di produttività. Essi dubitano in sostanza che gli individui affetti da queste malattie avrebbero potuto lavorare se non fossero state malate, a causa degli alti tassi di disoccupazione.

Si può tuttavia sostenere che entrambe le posizioni sono estreme. Se l'ipotesi di piena occupazione è irrealistica anche in anni di crescita economica, l'ipotesi che gli individui troppo malati per poter lavorare non avrebbero potuto lavorare comunque (se non fossero stati malati) è altrettanto irrealistica e perlomeno pessimistica. Una posizione intermedia può essere quella di applicare il tasso di disoccupazione alla popolazione di pazienti troppo malata per poter lavorare — ma potenzialmente appartenenti alla forza lavoro — e valutare le perdite di produzione solo per la popolazione restante. Le perdite di produzione verrebbero calcolate nel modo seguente [3]:

$$PPNL = PNL * (a) * (1-u) * RAN \quad [3]$$

PPNL = Perdite di produzione dei non lavoratori

PNL = numero totale dei Pazienti non lavoratori (forza lavoro teorica)

a = percentuale da applicare alla forza lavoro teorica per stimare la forza lavoro attiva (5)

u = tasso di disoccupazione nazionale (5)

RAN = (popolazione generale) Reddito lordo annuale nazionale

#### Criticità del metodo del capitale umano: l'approccio del Friction Cost

Il metodo del capitale umano è stato da sempre oggetto di discussione da parte di alcuni economisti sanitari (Lindgren, 1981; Williams, 1985; Drummond, 1987, 1992; Gerard, 1989; Levin, Jönsson, 1992) che sostengono che non sia in grado di stimare le vere perdite di produzione per la società. Più recentemente, il dibattito

si è focalizzato sul fatto che il metodo del capitale umano sovrastima le perdite di produttività in una economia con un tasso di disoccupazione inferiore alla piena occupazione. Koopmanschap e van Ineveld (1992) sostengono che il metodo del Capitale Umano stima la produzione perduta *potenziale*, mentre la perdita *reale* per la società è molto inferiore ed è equivalente al periodo necessario alle imprese per riaggiustare il processo produttivo. In generale, gli autori affermano che le perdite di produzione possono riguardare le seguenti categorie:

- A. brevi assenze dal lavoro;
- B. lunghe assenze dal lavoro;
- C. riduzione di produttività mentre si è al lavoro;
- D. lavoro non retribuito.

#### A. Brevi assenze dal lavoro

Per assenze brevi dal lavoro, la produzione di un individuo può essere recuperata da un collega o dallo stesso individuo al suo rientro. Inoltre, le imprese hanno sempre eccesso di capacità proprio per coprire l'assenteismo. Così, le perdite per brevi assenze possono eventualmente rappresentare un costo per l'individuo ma non per la società.

Tuttavia questo ragionamento è troppo semplicistico. Se è vero che la produzione di un individuo può essere recuperata da un altro individuo o dallo stesso nel futuro, è anche vero che la relazione tra assenza e perdita di produzione dipende dalla professione svolta dall'individuo, dal tipo di organizzazione e dal processo produttivo. Inoltre se l'eccesso di capacità produttiva è strutturale all'interno delle imprese, si può sostenere che almeno parte di questo eccesso e dei costi che ne derivano è proprio dovuto all'assenteismo (Koopmanschap, Rutten, 1993).

#### B. Lunghe assenze dal lavoro

Per assenze lunghe dal lavoro (come può essere nel caso di morte prematura), il lavoro perduto di un individuo può essere svolto da qualcuno tra i disoccupati. Quindi, mentre l'assenza rappresenta un danno per il lavoratore, non rappresenta un costo per la società nel suo complesso (Drummond, 1992). In questo caso il costo reale si riferisce solo al periodo di tempo necessario per cercare il sostituto del lavoratore assente e per riorganizzare l'intero processo produttivo. Questo periodo porta il nome di *friction period* (periodo di adattamento) (Koopmanschap, van Ineveld, 1992). La lunghezza del *friction period* dipende dalla disponibilità nel mercato di personale qualificato e dal livello di disoccupazione. Durante questo periodo la produzione si riduce o rimane uguale ma a costi maggiori. Conseguentemente, i costi di produttività sono proporzionali alla lunghezza del *friction period*.

In uno studio pubblicato di recente, i costi di produttività del mal di schiena sono stati stimati utilizzando entrambi i metodi: il capitale umano e il *friction cost* (Hutubessy *et al.*, 1999). I risultati di questo studio dimostrano che i costi di produttività stimati con l'approccio del capitale umano sono tre volte maggiori di quelli stimati con l'approccio del *friction cost*.

Tuttavia, bisogna sottolineare che (i) per stimare il *friction period* è necessario raccogliere una quantità rilevante di informazioni (es. elasticità del tempo lavorativo rispetto alla produttività sul lavoro) (6) che difficilmente sono disponibili a livello nazionale; e che (ii) i risultati cambiano col passare del tempo all'interno dello stesso paese poiché la lunghezza del *friction period* dipende dal contesto macroeconomico. Nello studio del mal di schiena ad esempio, gli autori

hanno dichiarato che quando lo studio è stato realizzato (1990) il tasso di disoccupazione era dell'8.2% in Olanda, e che il *friction period* risultava essere di 2,8 mesi. Più recentemente, il tasso di disoccupazione è sceso al 4,5%, ciò induce a ritenere che il periodo di adattamento sarà aumentato e che i costi di produttività sono maggiori rispetto a quanto stimato nel 1990 (Hutubessy *et al.*, 1999).

### C. Riduzione di produttività mentre si è al lavoro

Le perdite di produzione mentre si lavora sono potenzialmente importanti ma spesso non considerate nelle valutazioni economiche. Malattie croniche non gravi o l'inizio di malattie infettive (es. influenza) sono esempi di situazioni in cui gli individui non sono in perfetta forma e non producono come in condizione di buona salute, ma non sono così ammalati da abbandonare il posto di lavoro. Esistono pochi tentativi in letteratura di stima della perdita di produttività mentre si è al lavoro (Conley *et al.*, 1967; Greenberg *et al.*, 1993). Recentemente, sono state sviluppate delle tecniche per misurare e valutare le perdite di produttività al lavoro interrogando direttamente gli individui. Il primo è il metodo O di Osterhaus *et al.* (1992), successivamente adattato da Van Rooijen *et al.* (1996); il secondo è il metodo VR di Van Rooijen *et al.* (1995).

Il metodo O consiste nel chiedere agli individui malati quanti giorni nelle due settimane precedenti — ad esempio — ci si è recati al lavoro pur soffrendo di problemi di salute e qual è stata l'efficienza media in quei giorni. Il metodo VR consiste nel chiedere agli intervistati di indicare per quanti giorni — nelle scorse due settimane — si sono sentiti meno efficienti del normale sul lavoro, e di quante ore extra avrebbero avuto bisogno per re-

cuperare il lavoro perduto in quei giorni.

Mentre il metodo O tende a sovrastimare le perdite di produttività perché il termine efficienza può evocare nell'intervistato anche perdite di qualità e non solo di produzione, il metodo VR tende a sottostimare le perdite perché viene chiesto solo il numero di ore extra. Le perdite di produttività che vengono recuperate durante l'orario normale di lavoro non vengono contate infatti come perdite di produzione. Spostare la produzione da un giorno all'altro viene quindi considerata un'operazione senza costo.

Un altro metodo sperimentale è stato sviluppato da Brouwer *et al.* (1999): il metodo QQ. Il metodo QQ si pone l'obiettivo di misurare le perdite di produttività mentre si è al lavoro in termini quantitativi e qualitativi. In primo luogo, giornalmente, agli intervistati viene chiesto di indicare su una scala che va da 1 a 10 quanto lavoro hanno realmente svolto durante il normale orario di lavoro rispetto a situazioni di normalità (buona salute). Diventa quindi una questione di produzione piuttosto che di efficienza. In secondo luogo, la qualità del lavoro svolto viene indicata su una scala da 1 a 10 (scala qualitativa). La moltiplicazione della componente quantitativa con quella qualitativa può fornire una indicazione della *performance* totale. Paragonando i tre metodi tra loro, emerge che il metodo O misura la capacità produttiva dell'intervistato, ciò porta ad una indicazione di massima delle perdite di produttività. Il metodo VR misura la quantità recuperabile di lavoro perduto che non è stato recuperato. Questo dà una stima minima delle perdite di produzione. Il metodo QQ si trova esattamente nel mezzo (Brouwer *et al.*, 1999).

Questi lavori — anche se a livello sperimentale — rappresentano i pochi tentativi compiuti finora di misurare la

riduzione di produttività senza assenza dal lavoro che in alcuni casi può rappresentare una quota rilevante delle perdite di produttività totali.

### D. Lavoro non retribuito

Rispetto al lavoro non retribuito, si è già detto che questo può essere misurato con il metodo del valore di rimpiazzo, usando cioè il reddito lordo che il lavoratore (es. casalinga) avrebbe dovuto corrispondere ad un professionista (es. domestica) per recuperare la produzione perduta. Se si volesse utilizzare l'approccio del *friction cost* per valorizzare il tempo lavorativo non retribuito perduto, il problema è nella sostanziale mancanza di dati. Il metodo proposto da Koopmanschap e van Ineveld (1992) non differisce da quello utilizzato per i lavoratori retribuiti. La stima però del *friction period* diventa molto più difficile perché non esistono dati su cosa succede quando un lavoratore non retribuito si ammalia. Se l'assenza è breve, il lavoro può essere rimandato a un momento successivo. Tuttavia, nel caso dell'attività domestica, questo non è sempre possibile. Attività quotidiane come la preparazione dei pasti e l'igiene personale non possono essere rimandate a momenti successivi.

Se l'assenza è lunga, il lavoro può essere sostituito da un professionista — che sarà valutato con i prezzi di mercato — o da un familiare o amico. Nel primo caso si adotterà l'approccio del valore di rimpiazzo, nel secondo caso, si tratta di valutare l'assistenza informale, discussa nel prossimo paragrafo.

In conclusione, si può affermare che la determinazione del *friction period* per i lavoratori non retribuiti sul mercato è ancora più difficoltosa di quella per i lavoratori retribuiti. Per questo motivo si suggerisce di adottare il metodo tradizionale, in attesa che

il metodo venga maggiormente sviluppato e che maggiori dati si rendano disponibili. In particolare, la stima della ridotta produttività può essere effettuata interrogando direttamente i pazienti circa il tempo perduto (es. in ore) a causa della malattia o del programma terapeutico, o definendo la quantità di attività perduta in modo deduttivo, come nell'esempio riportato nello schema 1.

Nello schema 2, sono state riportate in sintesi le varie componenti delle perdite di produttività e le diverse modalità di valorizzazione.

#### Tempo libero

È questione molto controversa quella relativa alla valorizzazione del tempo libero perduto a causa della malattia. I principi alla base del metodo del capitale umano e del *friction cost* non considerano questa possibilità perché la perdita di tempo libero non ha effetti diretti sulla produzione economica (ma può avere effetti sui processi di consumo e quindi indirettamente sulle attività di produzione). Tuttavia, nonostante questa argomentazione sia pienamente condivisibile, è innegabile che la malattia incida non solo sulla quantità di tempo libero a disposizione dell'individuo ma anche e soprattutto sulla qualità. Questo tuttavia non può essere oggetto di valutazione monetaria e una sua modificazione deve essere incorporata in misure di qualità di vita. Se tuttavia il tempo libero perduto è quello del *caregiver*, una valutazione monetaria può essere condotta. In questo caso si tratta di valutare una specifica componente del costo dell'assistenza informale.

#### Assistenza informale

L'assistenza informale è quella prestata da non professionisti. Più specificatamente, i *caregiver* informali

possono essere identificati nei familiari, amici, conoscenti, o vicini che assistono il paziente senza avere una controprestazione in denaro per questo (Brouwer *et al.*, 1999). L'assistenza informale è una componente dei costi diretti, anche se i metodi per la sua valorizzazione sono simili a quelli utilizzati per stimare i costi di produttività.

La valutazione dell'assistenza informale è complessa perché i *caregiver* non perdono solo parte del loro tempo, ma sperimentano effetti intangibili quali ad esempio stanchezza, stress e minori contatti sociali. Il primo problema è misurare quindi esattamente il tempo dedicato all'assistenza del paziente. Durante lo stesso tempo, si possono infatti svolgere attività normali (Brouwer *et al.*, 1999); ci può essere cioè una produzione congiunta, come nel caso dell'attività di sorveglianza che non impedisce al *caregiver* di svolgere le normali attività di vita quotidiana. In questo caso, può diventare difficile distinguere le attività normali da quelle di assistenza. Prepa-

rare e servire i pasti può essere definita un'attività normale, ma aiutare qualcuno a mangiare non lo è. Questo problema può essere risolto usando delle interviste strutturate o dei questionari nei quali i *caregiver* devono indicare il tipo di assistenza prestata e specificare se hanno perduto tempo lavorativo retribuito, non retribuito o tempo libero.

Se l'assistenza informale è stata prestata a spese del tempo di lavoro retribuito, allora sarà valorizzata in base al costo del lavoro del *caregiver*, allo stesso modo dei costi di produttività. Se invece l'assistenza è prestata a spese del tempo lavorativo non retribuito e/o del tempo libero, la valorizzazione non è così semplice. Così come per i pazienti, se l'assistenza assorbe tempo lavorativo non retribuito nel mercato (se cioè il *caregiver* è ad esempio una casalinga), la valorizzazione può essere fatta utilizzando l'approccio del valore di rimpiazzo, usando cioè il reddito che il *caregiver* avrebbe dovuto corrispondere a un professionista (es. domestica) per svolgere il lavoro per-

#### Schema 1 - Esempio di stima dell'attività produttiva (domestica) perduta a causa della depressione

La misurazione del tempo lavorativo non retribuito perso a causa della depressione si riferiva principalmente alle casalinghe. La raccolta dei dati sul numero di giornate perse era stata condotta chiedendo ai pazienti — durante ciascuna visita — se a causa della malattia l'attività domestica fosse cambiata in qualche modo. In caso di risposta affermativa, i pazienti potevano scegliere una delle tre opzioni seguenti al fine di quantificare il carico di lavoro:

- leggermente ridotto;
- notevolmente ridotto;
- nessuna attività.

A queste tre opzioni è stato dato dai ricercatori un valore arbitrario ma tuttavia cautelativo: (1) se la riduzione dell'attività domestica era stata lieve, questa fu quantificata pari a 0,5 ore perse al giorno; (2) se la riduzione era stata notevole, questa fu quantificata pari a 1 ora perse al giorno; e in ultimo (3) se nessuna attività domestica era stata condotta, si assunse che le ore perse erano tre al giorno. Il numero di ore (0,5 - 3) perse al giorno fu moltiplicato per il numero di giorni intercorsi tra l'ultima visita e l'attuale così da stimare il numero totale di ore perse. Queste furono successivamente moltiplicate per il valore di mercato di un'ora di attività domestica pagata alle collaboratrici domestiche, equivalente a € 6 (Cavallo, Fattore, 1997).

duto. Se il *caregiver* rinuncia a del tempo libero questo può essere valorizzato utilizzando il reddito netto (7) che avrebbe guadagnato se avesse offerto l'attività di assistenza sul mercato. Non esiste comunque consenso su questo punto. Brouwer (*et al.*, 1999) suggerisce ad esempio che il tempo libero può essere valutato in termini di qualità di vita e non monetariamente. La valutazione monetaria del tempo libero perduto può essere comunque fatta a patto che le ipotesi vengano esplicitate chiaramente.

Una modalità alternativa è quella di valorizzare (tutto) il tempo perduto

per l'assistenza informale in base al reddito che si sarebbe dovuto corrispondere a un assistente professionista. Questo approccio ha il vantaggio di essere meno complesso perché la valutazione monetaria prescinde dal tipo di tempo perduto (lavorativo retribuito, lavorativo non retribuito, libero), ma potrebbe sovrastimare il costo dell'assistenza in quanto la quantità di tempo perduta da un *caregiver* informale per assistere il paziente è presumibilmente maggiore di quella impiegata da un professionista (più efficiente) per erogare lo stesso tipo di servizio. Bisogna considerare tuttavia,

che il costo sopportato dal *caregiver* non è espresso solo in termini di quantità di tempo perduto ma anche in termini di deterioramento della qualità di vita e che quest'ultimo aspetto non viene tenuto in alcuna considerazione dalle tecniche di valorizzazione presentate prima. Da ciò consegue che il costo dell'assistenza informale è in realtà una stima parziale del costo complessivo sopportato dal *caregiver* (e dalla società nel suo complesso). Sulla base di queste considerazioni si può affermare che il secondo approccio, quello che valuta il costo dell'assistenza sulla base dell'*output* (mone-

**Schema 2 - Le perdite di produttività con l'approccio del Capitale umano e del *Friction cost***

	Capitale umano	<i>Friction cost</i>
<b><u>Tempo lavorativo retribuito</u></b>		
Assenze brevi	Quantità del tempo perduto * reddito lordo nazionale (o reddito medio specifico per settore economico e per età)	
Assenze lunghe (inclusa la morte prematura)	Quantità del tempo perduto * reddito lordo nazionale (o reddito medio specifico per settore economico e per età) (valore attuale dei redditi futuri nel caso di morte prematura)	<i>Friction period</i> * reddito lordo nazionale (o reddito medio specifico per settore economico e per età)
<b><u>Tempo lavorativo non retribuito</u></b>		
Assenze brevi	Valore di rimpiazzo (valore di mercato * quantità di tempo perduto)	
Assenze lunghe	Valore di rimpiazzo (valore di mercato * quantità di tempo perduto)	<i>Friction period</i> * valore di rimpiazzo (valore di mercato)
<b><u>Riduzione di produttività sul lavoro</u></b>		
Valore dell'efficienza perduta		Metodo O
Valore del tempo necessario a recuperare la produzione perduta		Metodo VR
Valore della produzione perduta e della ridotta <i>performance</i>		Metodo QQ



tizzazione del servizio offerto in base al valore che si sarebbe dovuto corrispondere nel mercato per acquistare un servizio simile) è sufficientemente valido ed è un giusto compromesso tra precisione e rilevanza del dato economico.

### 5.7. Analisi statistica

A presentazione dei risultati finali dello studio viene generalmente supportata da statistiche descrittive quali costi medi, mediani, valori minimi e massimi.

Viceversa, al fine di spiegare la variabilità dei costi osservata tra i pazienti è necessario utilizzare analisi degli scostamenti (analisi bivariate) e regressioni. Da ciò emerge che bisogna identificare a priori un *set* di variabili esplicative da inserire nel modello di regressione multipla. Queste possono riferirsi alle caratteristiche socio-demografiche dei pazienti (es. sesso, età, titolo di studio, stato civile, ...), alle caratteristiche cliniche (es. gravità della malattia), alle tipologie di struttura (clinica universitaria, ospedale pubblico) o all'area geografica (es. nord, centro, sud).

L'analisi bivariata è utilizzata quando l'obiettivo è quello di comparare due o più gruppi di pazienti per ciascuna delle variabili esplicative identificate al fine di misurare eventuali differenze circa il consumo di servizi e prestazioni. Si possono comparare ad esempio gruppi di pazienti in base al sesso o a classi di età, tuttavia non è detto che le differenze siano completamente ascrivibili al sesso o all'età perché altre variabili possono aver contribuito a creare la differenza tra i gruppi di pazienti. È l'analisi multivariata che riesce ad isolare l'impatto di ciascuna variabile sui costi totali. Attraverso modelli di regressione lineare è infatti possibile spiegare il contributo di ciascuna variabile a pa-

rità di tutte le altre condizioni. Se ad esempio dall'analisi di regressione multipla emerge che i costi diretti aumentano di 1.000 euro ad ogni incremento unitario dell'età dei pazienti, si può essere relativamente certi che questo risultato è indipendente dalle altre variabili inserite nel modello. Per essere definite statisticamente significative, la relazione tra la variabile dipendente (es. costi diretti) e quella indipendente (es. età) deve essere associata ad un valore del *p-value* generalmente inferiore a 0,05. Questo indica che la relazione tra le due variabili (dipendente ed indipendente) può essere dovuta al caso con una probabilità del 5% e che nel restante 95% dei casi, la relazione è del tipo causa-effetto. Da ciò emerge che più basso il *p-value*, maggiore la probabilità che ci sia una reale relazione causa-effetto tra le due variabili.

Le analisi di regressione multipla (tecnica dei minimi quadrati) sono utilizzate comunemente nel *management* e in economia sanitaria per spiegare la variabilità dei consumi e dei costi tra i pazienti (Diehr *et al.*, 1999). Tuttavia queste si basano sull'ipotesi che la distribuzione dei costi risponda a determinati requisiti tra cui quello di avere una distribuzione normale (Osborn, 1999). Spesso tuttavia i costi non hanno una distribuzione normale ma si presentano con una lunga coda a destra a causa di una minoranza di pazienti che consuma una quantità rilevante di risorse (Barber, Thompson, 2000). In questi casi, il problema diventa quanto significativo possa essere il costo medio per paziente data la concentrazione dei costi su una porzione ridotta degli stessi. Una soluzione a questo problema viene indicata nella trasformazione dei dati (es. trasformazione logaritmica) in modo da rendere la loro distribuzione quasi normale (Barber, Thompson, 2000), o

nell'utilizzo di metodi non-parametrici (Altman *et al.*, 1983) (8).

Non esiste un consenso generale su quale sia il metodo migliore da utilizzare (Diehr *et al.*, 1999). Si ritiene tuttavia che se l'obiettivo è quello di sostenere il processo decisionale attraverso l'identificazione dei più importanti fattori che spiegano il comportamento di consumo dei pazienti, l'analisi dei minimi quadrati è sufficiente — in prima approssimazione — a dare queste indicazioni senza alcuna trasformazione dei dati.

## 6. Conclusioni

Le analisi di costo sociale sono state tradizionalmente condotte allocando la spesa sanitaria nazionale alle diverse categorie di malattia sulla base dei dati di prevalenza (Rice, 1966; Cooper, Rice, 1976). Questo approccio è stato definito *top-down*. L'ipotesi implicita era che i costi della malattia rappresentavano i benefici economici del programma sanitario che l'avrebbe eliminata.

Questo paradigma concettuale è stato tuttavia criticato dagli economisti del benessere che sostengono che l'unico modo per stimare i benefici di un programma sia attraverso la disponibilità a pagare degli individui.

Gli studi di costo sociale hanno contribuito in misura assai modesta al processo decisionale in sanità e hanno incontrato la perplessità e la riluttanza dei decisori pubblici che non ritrovavano nei metodi utilizzati e nelle ipotesi di lavoro alcun riscontro con i processi reali di consumo delle risorse.

Per questi motivi, un nuovo paradigma concettuale è emerso recentemente che definisce chiaramente il costo sociale come un'analisi descrittiva di valutazione economica parziale (solo i costi della malattia sono misurati), diversa dall'analisi costo-beneficio che è invece una valutazione di ti-

po comparativo. Gli obiettivi sono quelli di stimare il peso economico della malattia, descrivere le diverse componenti del costo e spiegare la variabilità osservata tra i costi. Per conseguire questi obiettivi nuove tipologie di studio sono emerse che utilizzano un approccio *bottom-up*, stimano cioè la quantità e tipologia di risorse consumate a causa della malattia partendo dall'analisi dei pazienti e delle strutture erogatrici dell'offerta. Se lo studio si basa inoltre su dati di incidenza, il potere informativo diventa maggiore per i decisori pubblici perché è possibile evidenziare il percorso diagnostico-terapeutico della malattia, e avere informazioni quindi sulla combinazione di risorse/*input* utilizzate in un determinato paese per diagnosticare e trattare la malattia.

Per quanto riguarda la valutazione dei costi, nelle analisi economiche è stata prestata tradizionalmente poca attenzione alle metodologie di misurazione dei costi diretti sanitari (Donaldson, 1990; Gyldmark, 1995; Tolley, Glydmark, 1993). Fino ad un recente passato, ci si è limitati a richiamare il concetto di costo opportunità come il concetto ispiratore della misurazione e valutazione dei costi ma ben poco si è detto sulle tecniche operative. Questa è una delle ragioni alla base del limitato sviluppo dei metodi utilizzati in economia sanitaria per la valorizzazione dei costi che spesso si è tradotta nell'utilizzo indiscriminato di prezzi di mercato o tariffe senza tener conto del fatto che in presenza di mercati imperfetti qual è quello della salute, i prezzi e le tariffe — se non appositamente aggiustati — non riflettono il costo opportunità delle risorse consumate. Si ritiene invece, che — in assenza di prezzi rappresentativi del costo opportunità delle risorse impiegate — sia necessario condurre un'analisi dei costi separata sulla base dei principi di contabilità economica. La scelta

tra quello che è stato definito l'approccio *gross-costing* e l'approccio *micro-costing*, deve rappresentare un giusto compromesso tra l'esigenza di dettaglio e precisione dell'analisi e la rilevanza del dato, nonché della difficoltà di raccolta di dati di costo unitari così dettagliati. In generale si può sostenere che il *micro costing* è l'approccio preferibile perché identifica la funzione di produzione e la funzione di costo relative a un servizio/prestazione sanitaria e pone le basi quindi per una analisi successiva circa il livello di efficienza tecnica del processo di erogazione della struttura di offerta. Questo approccio diventa fondamentale quando — tra gli obiettivi dell'analisi economica — c'è anche quello di identificare le differenze di costo nell'erogazione di una stessa prestazione da parte di strutture diverse (studi multi-centrici).

Per quanto riguarda la valorizzazione delle perdite di produzione, il metodo più comunemente utilizzato è quello del capitale umano, nell'ipotesi che il salario lordo del lavoratore rifletta il contributo dell'individuo all'economia. La valutazione delle perdite di produttività con l'approccio del capitale umano può tuttavia sovrastimare i costi per la società perché gran parte del tempo lavorativo perduto da un individuo può essere recuperato dallo stesso lavoratore al suo rientro o da un sostituto. Ciò che quindi bisognerebbe calcolare è il tempo necessario per riaggiustare il processo produttivo. Il costo di produttività deve riferirsi solo a quel periodo (*friction period*). L'approccio del *friction cost* è tuttavia molto costoso in termini di raccolta delle informazioni necessarie per effettuare i calcoli. I risultati ottenuti con questo approccio dipendono inoltre da alcune variabili macro-economiche, come il tasso di disoccupazione. Maggiore il tasso di disoccupazione, minore è la lunghezza del

*friction period*. Questo impedisce o rende più difficoltosa la comparazione intertemporale dei risultati (il tasso di disoccupazione in uno stesso Paese può variare in modo rilevante nell'arco di 10 anni) e tra diversi Paesi.

Per concludere, si può affermare che gli studi qui proposti hanno un potenziale informativo per i decisori pubblici maggiore rispetto a quelli tradizionali poiché — in aggiunta ai dati sul costo sociale della malattia e sulle varie componenti di costo — forniscono dati sul percorso diagnostico-terapeutico della malattia, e sugli elementi che spiegano la variabilità dei consumi. Queste informazioni supportano il processo decisionale in ambito sanitario ponendo le basi ad esempio per attività di politica sanitaria (es. contenimento e razionalizzazione dei costi) e/o di *management* sanitario (es. attività di pianificazione e programmazione dei servizi sanitari).

---

(1) Negli USA ad esempio, dove questo metodo è stato maggiormente utilizzato, la maggiore fonte di dati di spesa è l'Health Care Financing Administration (HCFA) che alloca le spese per tipo di prestazione (es. spesa ospedaliera, specialistica, ...) e per tipo di finanziamento (pubblico o privato). Tuttavia, l'aggregazione della spesa per tipo di prestazione non è abbastanza accurata da poter essere utilizzata in uno studio di costo sociale. La spesa ospedaliera ad esempio include gli stipendi ai medici e allo staff in generale così come i farmaci erogati ai pazienti ricoverati e a quelli ambulatoriali (Scitovsky, 1982). Questo risulta in una sovrastima dei costi ospedalieri e in una sotto-stima dei costi per i medici e per i farmaci.

(2) Può capitare, infatti, che alcuni studi raccolti attraverso le fonti discusse sopra abbiano riportato nel titolo la parola chiave «costi» ma che da una lettura dell'abstract risulta non abbiano effettuato alcuna analisi specifica dei costi della malattia.

(3) A meno che non si intenda condurre uno studio di prevalenza e raggruppare i pazienti in sotto-classi tante quante sono gli stadi della malattia, si veda il paragrafo 3.1.

(4) La mappatura delle strutture di offerta può essere fatta ormai ricorrendo ad informa-

zioni disponibili sulla rete e precisamente sul sito del Ministero della salute.

(5) Questi dati sono disponibili a livello nazionale e contenute ad esempio nei rapporti annuali dell'Istat.

(6) Se l'assenza dal lavoro riducesse il tempo lavorativo proporzionalmente — ad esempio un mese di assenza uguale a un mese di produzione perduta — allora non ci sarebbe bisogno di alcuna correzione. Tuttavia, dato che l'assenza dal lavoro reduce il tempo effettivo lavorativo meno che proporzionalmente c'è bisogno di stimare l'elasticità. Nel lavoro sul mal di schiena, l'elasticità fu stimata pari a 0.8. Questo significa che un mese di assenza dal lavoro corrisponde all'80% della perdita di produzione per quel mese mentre il restante 20% non è stato perduto perché c'erano delle riserve interne ad esempio.

(7) In questo caso si utilizza il reddito netto e non il costo lordo del lavoro nell'ipotesi che la perdita di tempo libero sia un costo per l'individuo e non per la società.

(8) Si rimanda alla lettura di riferimento per un approfondimento del tema.

## BIBLIOGRAFIA

- ALTMAN D.G., GORE S.M., GARDNER M.J., POCOCK S.J. (1983), «Statistical guidelines for contributors to medical journals», *British Medical Journal*, 286, pp. 1489-1493.
- BARBER J.A., THOMPSON S.G. (2000), «Analysis of cost data in randomized trials: an application of the non-parametric bootstrap», *Statistics in Medicine*, 19, pp. 3219-3236.
- BRODY W. (1975), «Economic value of a housewife. Research and Statistics», Note No. 9. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- BROUWER W.B.F., KOOPMANSCHAP M.A., RUTTEN F.F.H. (1999), «Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence», *Health Policy*, 48, pp. 13-27.
- CAVALLO M.C., FATTORE G. (1997), «The economic and social burden of Alzheimer disease on families in the Lombardy region of Italy», *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.*, 11, pp. 184-90.
- CAVALLO M.C., TARRICONE R. (1996), «La valutazione del costo sociale delle malattie», *Mecosan*, 17, pp. 8-16.
- CONLEY R.W., CONWELL M., ARRILL M.B. (1967), «An approach to measuring the cost of mental illness», *American Journal of Psychiatry*; 124(6), pp. 63-70.
- COOPER B., RICE D.P. (1976), «The economic cost of illness revisited», *Social Security Bulletin*, 39(2), pp. 21-36.
- DIEHR P., YANEZ D., ASH A., HORN BROOK M., LIN D.Y., «Methods for analysing health care utilization and costs», *Annual Review of Public Health*, 20, pp. 125-144.
- DONALDSON C. (1990), «The state of the art of costing health care for economic evaluation», *Community Health Studies*, 14, pp. 341-56.
- DRUMMOND M.F., STODDART G.L., TORRANCE G.W. (1987), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford Medical Publications, Oxford.
- DRUMMOND M.F. (1992), «Cost-of-Illness Studies. A Major Headache?», *PharmacoEconomics*, 2(1), pp. 1-4.
- GERARD K., DONALDSON C. MAYNARD A.K. (1989), «The cost of diabetes», *Diabetic Medicine*, 6, pp. 164-170.
- GERZELI S., TARRICONE R., ZOLO P. ET AL. (2004), «The economic burden of stroke in Italy, The Eclipse study. Cerebrovascular disease», under submission.
- GOLD M.R., SIEGEL J.E., RUSSELL L.B., WEINSTEIN M.C. (1996), *Cost-effectiveness in health and medicine*, Oxford University Press, New York.
- GREENBERG P.E., STIGLIN L.E., FINKELSTEIN S.N., BERNDT E.R. (1993), «The economic burden of depression in 1990», *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(11), pp. 405-18.
- GRONAU R. (1973), *The measurement of output of the nonmarket sector: the evaluation of housewives' time. In The Measurement of Economic and Social Performance*, National Bureau of Economic Research.
- GYLDMARK M. (1995), «A review of cost studies of intensive care units: problems with the cost concept», *Critical Care Medicine*, 23, pp. 964-72.
- KOOPMANSCHAP M.A., VAN INEVELD B.M. (1992), «Towards a new approach for estimating indirect costs of disease», *Social Science and Medicine*, 34(9), pp. 1005-1010.
- KOOPMANSCHAP M.A., RUTTEN F.F.H. (1993), «Indirect costs in economic studies. Confronting the confusion», *PharmacoEconomics*, 4(6), pp. 446-454.
- KIND P., SORENSEN J. (1993), «The costs of depression», *International Clinical Psychopharmacology*, 7, pp. 191-195.
- HARTUNIAN N.S., SMART C.N., THOMPSON M.S. (1980), «The incidence and economic costs of cancer, motor vehicle injuries, coronary artery disease and stroke: a comparative analysis», *American Journal of Public Health*, 70, pp. 1249-1260.
- HENNEKENS C.H., BURING J.E. (1987), *Epidemiology in medicine*, Mayrent SL (ed.), Boston.
- HUTUBESSY R.C. ET AL. (1999), «Indirect cost of back pain in the Netherlands: a comparison of the human capital method with the friction cost method», *Pain*, 80, n. 1-2, pp. 201-7.
- LEVIN L.A., JÖNSSON B. (1992), «Cost-effectiveness of thrombolysis - a randomized study of intravenous rt-PA in suspected myocardial infarction», *European Heart Journal*, 13, pp. 2-8.
- LINDGREN B. (1981), *Costs of illness in Sweden 1964-1975*, Liber, Lund.
- MURPHY M. (1978), «The value of nonmarket household production: opportunity cost versus market cost estimates», *Review of Income and Wealth*, 24, pp. 243-255.
- MUSHKIN S.J. (1962), «Health as an investment», *Journal of Political Economy*, October (suppl), pp. 129-157.
- OJO K., DELANEY M. (1997), «Economic and demographic consequences of AIDS in Namibia: rapid assessment of the costs», *Int J Health Plann Manage*, Oct-Dec; 12(4), pp. 315-26.
- OSBORN J.F. (1999), *Manuale di Statistica Medica*, Società Editrice Universo, Rome.
- OSTERHAUS J.T., GUTTERMAN D.L., PLACHETKA J.R. (1992), «Health care resources and lost labour costs of migraine headache in the U.S.», *PharmacoEconomics*, 2, pp. 67-76.
- RICE D.P. (1966), *Estimating the cost of illness. Washington D.C.: US Department of Health, Education, and Welfare*, Public Health Service.
- RICE D.P., MILLER L.S. (1995), «The economic burden of affective disorders», *British Journal of Psychiatry*, 27 (suppl), pp. 34-42.
- SCITOVSKY A.A. (1982), «Estimating the direct cost of illness», *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 60(3), pp. 463-491.
- SMITH K., WRIGHT K. (1996), «Cost of mental illness in Britain», *Health Policy*, 35, pp. 61-73.
- TARRICONE R., FATTORE G., GERZELI S. ET AL. (2000), «The costs of pharmacological treatment for major depression. The Italian prospective multi-centre observational incidence-based study», *PharmacoEconomics*; 17(2), pp. 167-174.
- TARRICONE R., GERZELI S., MONTANELLI R., FRATTURA L., PERCUDANI M., RACAGNI G. (2000), «The economic burden of schizophrenia in Italy. The GISIES Study», *Health Policy*, 51, pp. 1-18.

- TOLLEY K., GLYDMARK M. (1993), «The treatment and care cost of people with HIV infections or AIDS: Developments of a standardised cost framework for Europe», *Health Policy*, 24, pp. 55-70.
- VAN ROIJEN L., ESSINK-BOT M.L., KOOPMANSCHAP M.A. ET AL. (1995), «Societal perspective on the burden of migraine in the Netherlands», *PharmacoEconomics*, 7, pp. 170-9.
- VAN ROIJEN L., ESSINK-BOT M.L., KOOPMANSCHAP M.A. ET AL. (1996), «Labour and health status in economic evaluation of health care. The health and labour questionnaire», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12, pp. 405-15.
- WILLIAMS A. (1985), «Economics of coronary artery bypass grafting», *British Medical Journal*, 291, pp. 326-329.

# **Documenti e commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>

È in distribuzione il CD-ROM contenente la copia esatta della raccolta completa dei fascicoli di **RAGIUSAN 2003** in un unico CD-ROM, in formato PDF, al prezzo di € 660,00 oppure, per coloro che sono già abbonati a **RAGIUSAN 2003**, € 336,00. Per coloro che hanno già sottoscritto l'abbonamento al supplemento **RAGIUSAN click 2003** il CD-ROM contenente l'intera annata arretrata 2003, sarà inoltrato in regalo.



Roma, luglio 2004

## CEDOLA D'ORDINE **RAGIUSAN click 2003** IN CD-ROM

Programma abbonamento 2004

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

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

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler inoltrare, con destinatario il nominativo sotto indicato

### **RAGIUSAN click 2003**

- al prezzo di  € 660,00  
 € 336,00 (in quanto già abbonato a **Ragiusan 2003** cartaceo)  
 **GRATIS** (in quanto abbonato al supplemento **Ragiusan click 2003**)

● 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. ....

..... lì .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

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

# LA GESTIONE PER PROCESSI IN SANITÀ

Valeria Tozzi

CERGAS - Università L. Bocconi

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La centralità dei processi erogativi - 3. Cosa si intende per processo sanitario - 4. Il processo all'interno dell'approccio economico aziendale - 5. Le specificità del processo erogativo sanitario - 6. Lo strumento per il governo dei processi sanitari: il PDTA.

## 1. Introduzione

A partire dagli anni novanta sia gli studi che le esperienze di *management* hanno riservato un'attenzione sempre crescente alla gestione dei processi piuttosto che delle strutture organizzative e alla divisione del lavoro (Butera, Donati, 1997). Contributi internazionali (Danison, 1997) riconoscono alla «prospettiva processuale» il merito di rappresentare una alternativa all'approccio funzionale nella misura in cui le organizzazioni sono intese non come un insieme di unità funzionali integrate verticalmente, ma come una collezione di processi interrelati che creano valore. Nei modelli funzionali il governo dell'attività produttiva, la cui gestione è finalizzata al raggiungimento di economie di scale, e i sistemi di controllo gerarchici spingono al controllo del processo di creazione del valore piuttosto che alla sua gestione: nell'approccio processuale la creazione del valore è vista come un processo non gerarchico che richiede meccanismi di coordinamento non verticali (*lateral coordination*) della catena di eventi che può travalicare i confini dell'azienda (Mc Nulty, Ferie, 2002).

Molti sono i contributi accademici e consulenziali in merito alla gestione

per processi che possono essere sintetizzati nel modo seguente rispetto al contributo offerto alla creazione di valore per l'azienda (Danison, 1997):

— «qualità», *kaizen*, *benchmarking* e «produzione snella» rappresentano i primi contributi che hanno enfatizzato il miglioramento degli *standard* di efficienza dell'esistente catena del valore;

— *customer focus*, *cycle time*, «organizzazione orizzontale e laterale», *de-jobbing* e «reingegnerizzazione» rappresentano prospettive di studio, successive alle precedenti, mirate al ridisegno dell'esistente catena del valore per migliorarne la fruizione;

— *mass customization*, «organizzazione a rete», «organizzazione virtuale» ed «apprendimento organizzativo» rappresentano i contributi più recenti alla gestione per processi e distinguono nettamente i meccanismi di creazione dalle logiche di ridefinizione della catena del valore.

Il passaggio da modelli organizzativi funzionali a quelli processuali rappresenta un mutamento rilevante nelle prospettive di gestione d'azienda, ponendo attenzione alla gestione dei processi piuttosto che delle strutture, orientando le scelte strategiche dalla selezione delle opportunità/spazi del

mercato al miglioramento dei meccanismi di creazione del valore e valorizzando le forme di coordinamento non verticali.

Come si può osservare il dibattito sulla gestione per processi nasce nel mondo dell'impresa ed, a fronte degli innumerevoli stimoli che può offrire alla gestione delle aziende sanitarie, occorre fare i dovuti distinguo per non deprimere le caratteristiche degli istituti pubblici territoriali nel momento del trasferimento di logiche ed approcci innovativi.

Si precisa che, nel prosieguo del presente contributo, l'attenzione verrà posta sui processi erogativi sanitari in quanto è nell'attività *core* della produzione che i fenomeni di ridisegno organizzativo/miglioramento continuo/reingegnerizzazione cambiano di significato e natura nella traslazione dal mondo dell'impresa, in cui hanno avute genesi, a quello delle aziende sanitarie, in cui possono trovare applicazione. L'attività amministrativa è presa in considerazione nella misura in cui è direttamente funzionale allo sviluppo del processo erogativo sanitario (per esempio, attività di prenotazione, procedure per l'ottenimento di presidi, ecc.).

## 2. La centralità dei processi erogativi

La necessità di governare i processi erogativi appare sempre più forte per le aziende sanitarie e ciò è legato non solo, o meglio non tanto, alla scoperta di un nuovo «oggetto» (il processo) della gestione che potrebbe migliorare le *performance* economiche d'azienda, ma anche a dinamiche di sistema. Infatti, molti sono i fenomeni di innovazione che stanno coinvolgendo le aziende sanitarie, molti dei quali fanno riferimento alla ridefinizione delle reti di offerta regionali e della distribuzione delle funzioni tra regione ed aziende sanitarie. In dettaglio, faremo riferimento a:

- a) i processi di accentramento di alcune funzioni;
- b) la competitività tra ambiti di offerta che soddisfano le medesime problematiche di salute;
- c) il governo del sapere clinico all'interno delle strutture di assistenza.

Come emerge dal rapporto OASI 2003 (Anessi Pessina, Cantù, 2003) affrontare il tema della aziendalizzazione in sanità comporta in prima battuta l'analisi del contesto regionale di riferimento, in virtù dell'accelerazione del processo di regionalizzazione in corso. Come è possibile osservare, è attualmente in essere un fenomeno di centralizzazione ed integrazione che riguarda non solo la struttura e la composizione della rete di offerta (strumenti a governo degli attori che partecipano al *network*), ma soprattutto l'accorpamento di alcune funzioni amministrative (Del Vecchio, 2003).

Nello specifico del punto a) possiamo notare che in molti contesti regionali si assiste ad un progressivo processo di integrazione, riconducendo «al centro» del sistema alcune funzioni (tipicamente di carattere amministrativo) e delegando alle aziende sanitarie quelle squisitamente produttive.

Tale configurazione dell'architettura di sistema, anche se non innesca necessariamente processi di specializzazione/concentrazione, tende a spogliare le aziende sanitarie di alcune attività amministrative spingendole a sviluppare capacità di programmazione (si pensi alla centralizzazione dei processi di acquisto che vengono gestiti a livello regionale sulla base dei fabbisogni delle aziende, fabbisogni che devono essere correttamente stimati e programmati); l'attività produttiva rappresenta il metro e la misura per programmare ciò (acquisti, personale, ecc.) che a livello amministrativo verrà gestito a livello regionale. Nell'ipotesi in cui a fronte di tale accentramento amministrativo conseguano fenomeni di specializzazione/concentrazione (cosa che si verifica nel caso di alcune reti regionali ospedaliere) i centri di offerta sarebbero distinguibili per il loro sapere produttivo, rappresentando essi stessi il polo di riferimento per l'intera rete. Quindi non solo l'attività erogativa diventa la funzione *core* per le aziende sanitarie, ma è un certo sapere produttivo che le legittima all'interno del sistema regionale. Da qui la necessità di presidiare non solo i processi erogativi in senso lato, ma in modo esplicito e diretto quelli che distinguono le aziende rispetto alla rete di offerta sanitaria in cui operano.

In più. Oggigiorno (punto b) a fronte di specifici bisogni non esistono ambiti assistenziali che ne danno risposta in modo esclusivo; si è prodotta una molteplicità di soluzioni di offerta, istituzionalmente autonome, a fronte del medesimo bisogno (1): non si fa riferimento unicamente al fenomeno della «mobilità in uscita», ma alla possibilità da parte dei pazienti di trovare risposte assistenziali coerenti rispetto a due variabili: l'ambito assistenziale e complessità del problema di salute (si pensi alle sovrapposizioni

di aree di domanda gestite dalla medicina generale, dalla specialistica territoriale, piuttosto che dall'offerta ospedaliera a bassa complessità). Tale fenomeno riflette una duplice contingenza: non solo la filiera aziendale dell'offerta sanitaria non si attiva in modo razionale associando a specifici ambiti assistenziali definiti livelli di severità per ogni patologia (si pensi all'ipertensione primaria o al diabete non complicato gestito in ambito ospedaliero piuttosto che dalla medicina generale), ma vi è una dequalificazione delle specialità e delle competenze professionali.

Punto c): intervenire sui processi sanitari implica inevitabilmente una modifica del sapere: esso non può essere interpretato unicamente in modo tecnico specialistico (conoscenza clinica), ma il suo perimetro di significato deve comprendere anche gli aspetti organizzativi. In altri termini, l'impiego di nuove modalità diagnostiche, piuttosto che la modificazione delle modalità di invio del paziente da una struttura ad un'altra, sebbene siano scelte intuitivamente riconducibili a mutamenti del *set* di pratiche cliniche, nel primo caso, piuttosto che delle routine organizzative, nel secondo, non lo sono in modo netto o esclusivo. Chiedere ad un medico di modificare la sua pratica clinica passa sempre attraverso la sua condivisione professionale della scelta. Gestire il processo erogativo sanitario, con strumenti definiti *ad hoc*, quali i percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali (PDTA) dei quali si tratterà nel seguito del contributo, rappresenta una modalità attraverso la quale le aziende sanitarie «colloquiano» ed interagiscono con il contenuto specifico dell'autonomia decisionale della classe medica, storicamente interpretata (l'autonomia) come un limite all'applicazione dell'approccio aziendale (Zangrandi, 1994). Riprogettare i processi ero-



gativi per problema di salute (cioè, come dare la risposta clinico assistenziale al paziente diabetico piuttosto che ictalico) significa creare un terreno di confronto e valutazione degli *standard* clinici coerenti e sostenibili a livello aziendale; rappresenta, inoltre, quello spazio virtuale di interazione tra sapere medico e sapere gestionale, ripetutamente richiesto dai professionisti della classe medica e difficilmente gestito in passato dal *management*. Questo spazio virtuale può rappresentare il ponte di passaggio dai paradigmi di razionalità adottati dalle scienze mediche (la cosiddetta *evidence based medicine*) (Cochrane, 1982; Liberati, 1998) a quelli di razionalità economica relativi all'appropriato utilizzo delle risorse a fronte della loro scarsità (potremmo chiamarlo *evidence based management*) (2). In altri termini, a fronte di uno sviluppo sempre più solido della conoscenza medica secondo approcci positivistic, occorre definire degli strumenti capaci di modulare e governare la conoscenza clinica (quella di tipo tecnico scientifico) all'interno della pratica assistenziale (3). Inoltre per l'azienda sanitaria definire insieme con i professionisti medici gli standard qualitativi della pratica clinico assistenziale, le permette (a) di esplicitare e presidiare quel *corpus* di conoscenze tecnico scientifiche che la qualificano all'interno della rete di offerta regionale e (b) di garantirne la continuità, attraverso opportuni meccanismi di reclutamento che vagliano anche tali conoscenze, continuità messa a rischio dal binomio oggi giorno difficilmente scindibile tra persona e conoscenze tecnico scientifiche ad essa proprie (la cosiddetta conoscenza tacita) (Polany, 1967).

Le considerazioni appena sviluppate hanno lo scopo di esplicitare le convenienze strategiche delle aziende sanitarie (sia territoriali sia ospedaliere) all'avvio di strumenti che consentano

di gestire i processi erogativi sanitari per problema di salute piuttosto (4) che esclusivamente le strutture organizzative.

### 3. Cosa si intende per processo sanitario

Al tema della gestione per processi sono stati associati una serie di approcci gestionali e strumenti specifici, quali: il *business process reengineering* (BPR), il *business process improvement* (BPI), il *customer centered reengineering*, il *total quality management*, ecc. La pleora di strumenti e soluzioni gestionali testimonia una indubbia necessità, percepita a livello aziendale, di coordinamento di attività parcellizzate, coordinamento gestibile attraverso il processo che ne rappresenta il collante.

Il presente paragrafo prende in considerazione le diverse accezioni del termine «processo» ed in chiusura propone alcune distinzioni tra il processo produttivo che si sviluppa all'interno delle imprese e quello sanitario. Tale distinzione è introdotta non per leziosità accademica, ma perché molti degli strumenti introdotti in sanità rivelano confusione tra la natura e l'organizzazione delle due tipologie di processo. Come si vedrà in seguito, anche il dibattito tra i diversi approcci alla gestione per processi, acquista significati e valori diversi se riletti alla luce delle peculiarità del processo assistenziale.

Qui di seguito riprendiamo alcune definizioni significative di processo:

— Miller e Rice (1967) sostengono che il processo è «una trasformazione o una serie di trasformazioni che hanno luogo sull'oggetto dell'attività funzionale di un sistema, come risultato del quale l'oggetto stesso viene cambiato nella sua posizione, forma, misura o in qualche altro aspetto»;

— Kotter (1976) ritiene che il processo sia «un'attività condotta per fasi, che produce un risultato specifico o una serie interconnessa di risultati specifici (...). Esso è un aspetto complessivo dell'attività aziendale volta all'interno dell'impresa» per la quale si richiedono «uno o più tipi di input e creando un output che ha valore per il cliente» secondo Hammer e Champy (1993);

— Davenport (1993) sottolinea che il processo «è semplicemente un insieme di attività strutturate e misurate, progettato per produrre uno specifico output per un mercato o per un cliente particolari (...) uno specifico ordine logico dato alle attività lavorative nel tempo e nello spazio, con un inizio, una fine e con un input ed output chiaramente identificati: una struttura per agire»;

— Rummler e Brache (1995) ritengono che esso sia «una serie di passaggi ordinati per generare un determinato prodotto o servizio»;

— Grandori (1995) parla del processo come di «una sequenza di attività ordinate e definite rispetto al tempo»;

— Pierantozzi (1998) identifica nel processo «un'aggregazione di attività, anche di natura diversa, finalizzata, al raggiungimento dello stesso obiettivo»;

— Biffi e Pecchiari nel 1999 parlano di «un insieme di attività, svolte in sequenza e/o in parallelo, che partendo da un input permettono di raggiungere un determinato output».

Dalle definizioni presentate emergono con chiarezza alcuni elementi in comune:

1) la natura temporale e spaziale, ovvero il fatto che il processo è associato ad una sequenza spazio temporale di attività;

2) l'utilizzo delle aspettative del cliente finale come criteri di riprogettazione del processo;

3) l'organizzazione del lavoro nella misura in cui il processo definisce la struttura logica di esecuzione e svolgimento delle attività;

4) la realizzazione di un vantaggio visibile per il mercato;

5) il processo di trasformazione di *input* in *output*.

Rispetto a tali caratteristiche occorre osservare che per le aziende sanitarie appare prezioso il contributo offerto dalla gestione per processi nella misura in cui definisce:

— a livello micro organizzativo, la sequenza di tempo e di spazio delle attività che devono essere compiute dai singoli operatori per dare continuità all'intervento sanitario per problema di salute all'interno di ogni unità organizzativa (5);

— a livello macro organizzativo, le modalità di intervento delle singole unità operative e/o ambiti assistenziali per le diverse fasi di gestione del problema di salute (diagnosi, trattamento, *follow up*) ed i meccanismi di coordinamento tra di essi per garantire continuità nel passaggio del paziente tra le diverse unità operative (soprattutto in ospedale) o tra i diversi ambiti assistenziali (soprattutto per la gestione «territoriale» del paziente).

Come è possibile osservare, la revisione dei legami spazio temporali delle attività svolte dai diversi profili professionali, che gestiscono il medesimo problema di salute, ha un impatto sull'organizzazione interna del lavoro a livello micro organizzativo e sulla riorganizzazione complessiva della filiera d'offerta aziendale a livello macro organizzativo. Le osservazioni relative ai punti 1) e 3) sono strettamente collegate. Si pensi alla gestione del processo erogativo per il paziente diabetico: ridefinire la sequenza delle attività da svolgere significa modificare la responsabilità dei diversi attori coinvolti (medici di medicina generale, specialisti territoriali, diabetologi

ospedalieri, ecc.) individuando chi ha la «presa in carico» del paziente a seconda del livello di severità della patologia. Tale osservazione è replicabile anche a livello micro organizzativo: introdurre una nuova pratica chirurgica che preveda lo svezzamento veloce del paziente può modificare i contenuti dell'attività all'interno dell'*équipe* di unità operativa tra anestesisti, chirurghi ed infermieri. Nella ridefinizione spazio temporale delle attività e nella riorganizzazione del lavoro tra le diverse figure professionali occorre valutare il «valore aggiunto» che ogni singola attività produce all'interno del processo. La produzione di valore dovrebbe rappresentare il criterio guida per valutare quali attività meritano di entrare a far parte del processo ridisegnato e quali no, secondo l'approccio dell'*Activity Based Costing* (6). Zaneaga e Amaglio (1994) ritengono che un'attività aggiunga valore se: è conforme alle aspettative dell'utenza; non è ridondante; non è duplicata; non è eliminabile attraverso il ridisegno dei processi; è efficiente.

Se si guarda al punto 2) è necessario sottolineare come risulta problematico utilizzare le aspettative del cliente come criterio di riprogettazione del processo sanitario per l'assenza di un vero e proprio mercato di riferimento e per la natura specifica del prodotto salute. Infatti, le aspettative dell'utenza assumono un ruolo particolare per quel che concerne l'assistenza sanitaria. Sebbene le aspettative dell'utenza siano statisticamente rilevabili, l'utente in sanità è portatore di fabbisogni che vengono tramutati in domanda di prestazioni grazie alla decodifica del fabbisogno stesso fatta dai professionisti medici (7). A ciò si aggiunge anche l'asimmetria informativa tra chi offre e chi fruisce delle prestazioni sanitarie che implica un minor potere contrattuale dell'utenza. Ciò implica che dalla corretta attività di diagnosi

derivano gli *standard* per riprogettare il processo sanitario relativo ad un determinato problema di salute: infatti, solo dopo aver riconosciuto la patologia di cui il paziente è portatore è possibile attivare una serie di atti e pratiche sanitarie. Il processo di traduzione del fabbisogno in domanda richiede due processi decisionali compiuti dai professionisti medici: il primo è relativo al riconoscimento del profilo patologico del paziente e si fonda sull'insieme delle conoscenze tecnico specialistiche del medico e sulla pratica clinica maturata; il secondo prevede la selezione della tipologia e della numerosità dei fattori di consumo (per esempio, farmaci, ricoveri, specialistica), scelta anch'essa condizionata non solo dalle conoscenze cliniche del professionista, ma soprattutto dall'organizzazione della rete di offerta e della accessibilità a determinate risorse (per esempio, prestazioni specialistiche ad alto costo, disponibilità di specifiche tecnologie diagnostiche, ecc.). La criticità sta nel fatto che questi processi decisionali scontano la variabilità dell'esperienza dei singoli professionisti e l'autoreferenzialità degli approcci specialistici. Produrre la risposta assistenziale al paziente rivascolarizzato piuttosto che bronchitico in ottica processuale permette di creare una sinergia tra i vari interventi sanitari, coordinati spazio temporalmente, garantendo il massimo livello di efficacia clinica a fronte delle risorse (umane, tecnologiche, finanziarie, ecc.) impiegabili in un dato contesto aziendale. Ciò avviene integrando i diversi approcci clinico specialistici allo scopo di fornire una risposta completa ed esaustiva al paziente. Dal punto di vista organizzativo, la centralità dell'utente si ricollega alla necessità di fornire una risposta integrata che passi attraverso momenti sanitari non «dispersi» territorialmente e formulando un itinerario chiaro di movi-

mento all'interno della rete di offerta territoriale.

Anche la visibilità sul mercato del vantaggio prodotto dal processo (punto 4) rappresenta un punto critico per l'assenza di un vero e proprio mercato e per la tipologia del prodotto sanitario: il vantaggio prodotto è riconducibile ai meccanismi di finanziamento (soprattutto di tipo tariffario) o all'apprezzamento da parte dell'utenza che riesce a cogliere (sempre in virtù della asimmetria informativa) caratteristiche non ricollegabili alle specificità tecnico scientifiche.

Per quel che concerne il punto 5) appare evidente che il processo erogativo sanitario possa essere inteso come una sorta di «staffetta» tra professionisti/strutture/ambiti assistenziali che in modo coerente dovrebbero gestire il complesso iter che va dalla diagnosi al trattamento ed al *follow up* del paziente (8): si tratta di una concatenazione di «prese in carico» in cui chi ha gestito la fase di diagnosi ha realizzato un traguardo intermedio di salute e predisposto le condizioni per la fase successiva di trattamento che potrebbe essere sviluppato all'interno di altre strutture ed attraverso altre competenze professionali. È una catena «cliente - fornitore» i cui tempi sono scanditi dalle fasi di diagnosi, trattamento e *follow up* del paziente. In più. L'*output* complessivo del processo sanitario è rappresentato dalla globalità della risposta assistenziale rispetto al problema di salute: quest'ultimo rappresenta il filo rosso che consente di valutare il processo erogativo rispetto alle sue caratteristiche qualitative: è possibile non solo riprogettare (come è già stato detto), ma anche valutare *ex post* la «bontà» degli interventi prestati (per numero, tipologia, progressione temporale) rispetto al problema di salute, aneurisma dell'aorta addominale piuttosto che ipertensione primaria.

#### 4. Il processo all'interno dell'approccio economico aziendale

Molti dei contributi appena presentati sul processo fanno riferimenti ad ambiti disciplinari eterogenei o ad approcci funzionali (tipicamente quelli di programmazione e controllo) (9). A parere di chi scrive, la riflessione in merito al processo sanitario non può prescindere da un approccio strettamente aziendale. Così accanto alle definizioni di processo, presentate nel paragrafo precedente, occorre altresì considerare un concetto tipico dell'economia aziendale: la combinazione economica produttiva e di consumo che caratterizza gli istituti pubblici territoriali ed al loro interno le aziende sanitarie (Airoldi, Brunetti, Coda, 1994). La combinazione è un'aggregazione eterogenea di attività finalizzate alla produzione economica o ai processi di consumo. Nelle aziende sanitarie, infatti, all'attività produttiva si associa sempre quella di consumo in

virtù di un meccanismo di scambio atipico ed il finanziamento attuato attraverso la fiscalità generale e di scopo.

La combinazione parziale è data da un insieme di processi che, sebbene eterogenei, sono aggregabili rispetto ad un oggetto in comune; se pensiamo al mondo dell'impresa possiamo intuitivamente pensare al prodotto come a quell'elemento che aggrega i processi di acquisto, produzione e vendita. Per quel che concerne l'azienda sanitaria, sia territoriale sia ospedaliera, ciò che può essere assimilato al prodotto è rappresentato dal problema di salute (vedi box 1); cioè il prodotto sanitario che un'azienda ospedaliera piuttosto che territoriale produce è dato dalla risposta diagnostico terapeutica ed assistenziale ad un determinato fabbisogno sanitario. Ciò significa che è possibile rileggere tutta l'attività erogativa delle aziende sanitarie attraverso «linee di prodotto» rappresentate dall'insieme di operazioni che ven-

#### Box 1 - Il problema di salute (\*)

In questa sede si preferisce utilizzare il termine problema di salute piuttosto che patologia poiché,

- soprattutto per l'attività ospedaliera, si corre il rischio di sovrapporre il contenuto finanziario relativo alla tariffa Drg con quello economico dell'attività erogativa;
- in molti casi è difficile rintracciare il profilo patologico puro (\*\*), ma la casistica aziendale consente di ricostruire una sorta di albero di situazioni-tipo che possono essere riconducibili genericamente ad un problema di salute (si pensi alla bronco polmonite cronica ostruttiva piuttosto che al diabete: nel primo caso rintracciamo a fronte della medesima patologia una diversità di tariffe relative alla manifestazione della malattia ed al suo livello di severità; nel secondo caso possiamo individuare livelli di intensità assistenziale eterogenei a fronte di *target* diversi di problematiche e complicanze);
- altro elemento di rilievo è rappresentato dalla contingenza organizzativa della struttura erogativa. In moltissimi casi i professionisti sanitari sono chiamati a gestire il paziente non secondo criteri di efficacia assoluta (*efficacy*) ma relativa (*effectiveness*): significa che le caratteristiche sociali, oltre a quelle sanitarie, e la configurazione della rete di offerta territoriale rappresentano variabili che il singolo professionista prende in considerazione nella gestione del singolo paziente.

\* Per approfondimenti si veda Casati, Vichi (2002).

\*\* In moltissimi casi il paziente è portatore di fabbisogni riconducibili non solo ad una patologia, ma anche ad una serie di complicanze sanitarie o a situazioni di carattere sociale.

gono svolte per rispondere ad un problema di salute (figura 1).

Da tale interpretazione dell'attività erogativa discendono alcune considerazioni:

— i fabbisogni dell'utenza da soddisfare attraverso la produzione difficilmente hanno caratteristiche di stabilità ed il processo produttivo raramente è standardizzabile;

— il contenuto *hard* della produzione, la componente clinica, è gestita direttamente dal nucleo operativo (Mintzberg, 1979) dell'azienda e solo in modo indiretto può essere governata dal vertice aziendale (la direzione mediamente interviene verificando i livelli dei consumi collegati all'attività sanitaria: risorse umane, presidi, farmaci, ecc; difficilmente può intervenire sulle modalità e le scelte cliniche adottate dal personale medico);

— le fasi del processo erogativo sono scandite e modificate da due elementi: l'evoluzione della patologia tra diagnosi, cura e trattamento; l'elevata personalizzazione da attribuire alle prestazioni erogate (si pensi alla presenza di complicanze, di specifiche condizioni sociali del paziente, ecc.).

Da tali elementi deriva che, per quel che concerne il profilo economico della produzione sanitaria, essa è gestibile da parte del *management*, ma quest'ultimo deve delegare ai professionisti medici e sanitari la definizione ed i contenuti della componente più tipicamente clinica delle prestazioni. In altri termini, se per molti processi produttivi industriali la stabilità delle aspettative del cliente consente di non personalizzare il prodotto e di standardizzare il processo produttivo, definendo *ex ante* il suo contenuto tecnico, la necessità di personalizzare la produzione sanitaria sui fabbisogni dell'utenza rende il processo erogativo non completamente standardizzabile e molte delle decisioni sul contenuto tecnico non possono essere definite *ex ante*,

ma devono essere delegate al nucleo operativo.

Da qui la necessità di strumenti che mettano in contatto il mondo del *management* con il mondo dei professionisti medici; il terreno di gioco di tale interazione è rappresentato dal processo erogativo rispetto al quale occorre presidiare il risultato sanitario (la cui responsabilità rispetto al singolo paziente ricade sul professionista medico) (10) e quello economico (la cui responsabilità è complessiva e ricade sui *manager*).

La riprogettazione del processo erogativo sanitario può rappresentare l'occasione per sviluppare la cooperazione tra due mondi che tradizionalmente separati: quello del *management* e quello della medicina (Fitz Gerald, Ferie, 2000). Se il primo è portatore del sapere relativo all'utilizzo razionale di risorse scarse (sapere economico), il secondo rappresenta

l'insieme delle conoscenze tecnico scientifiche (sapere clinico): tali espressioni del sapere trovano all'interno del processo erogativo la loro comunione.

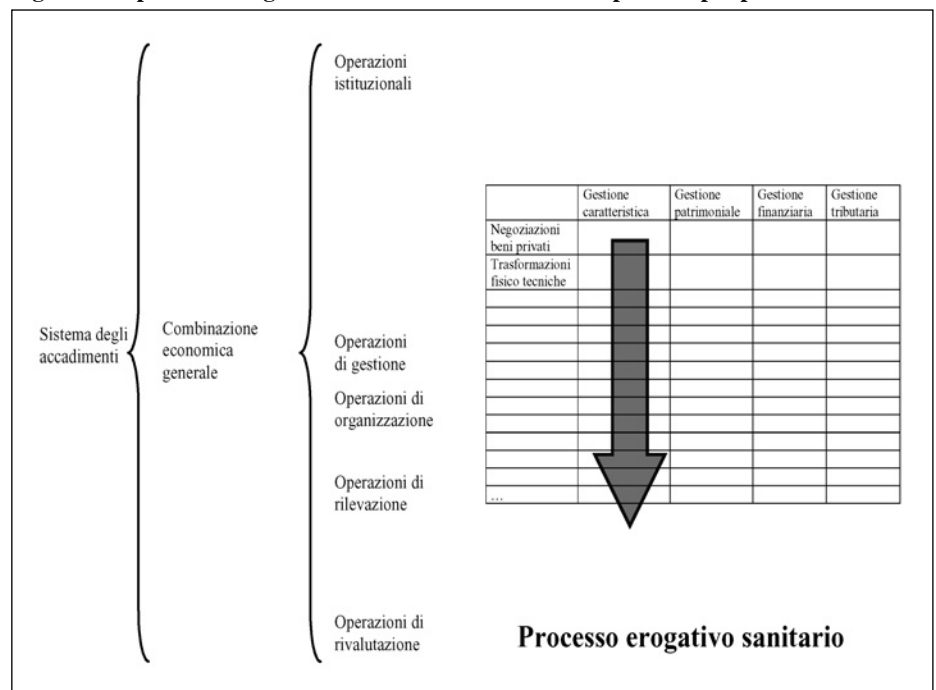
### 5. Le specificità del processo erogativo sanitario

Il processo sanitario è strettamente legato, come si è già detto, ad uno specifico problema di salute; ciò significa prendere in considerazione l'intera filiera produttiva che contempla contemporaneamente, per ogni problema di salute:

— l'insieme di attività a partire dalla diagnosi (11) fino alla sua risoluzione o gestione in stato di cronicità: per esempio dalla diagnosi di frattura del femore fino alla fase riabilitativa in assistenza domiciliare integrata;

— non solo i contributi e gli interventi sanitari, ma anche quelli «ammi-

**Figura 1 - Il processo erogativo sanitario e la combinazione parziale per prodotto**



Fonte: Airoidi, Brunetti, Coda, 1994.

nistrativi» a partire dal trattamento dei dati del paziente fino all'elaborazione di indicatori di verifica della *routine* organizzativa del percorso stesso.

La specificità del processo produttivo sanitario sta nel fatto che:

— la sua componente *core* è rappresentata dal *know how* sanitario;

— la sua *performance* è strettamente legata al soddisfacimento di fabbisogni di integrazione tra professionalità e/o ambiti di cura distinti.

Focalizzare l'attenzione sul processo produttivo sanitario richiede in molti casi di:

— superare la dimensione discreta della buona risposta assistenziale offerta al singolo paziente ed estendere tale risultato a tutta la popolazione affetta dal medesimo problema di salute rispettando i criteri di valutazione delle aziende pubbliche, tra i quali si annoverano l'equità e l'efficacia;

— allineare l'approccio clinico dei diversi professionisti per garantire la riduzione della variabilità e la perdita di continuità nelle fasi di diagnosi, trattamento e *follow up*, fenomeni che producono un impatto diretto non solo rispetto alle condizioni di salute del paziente, ma anche rispetto all'utilizzo delle risorse;

— presidiare la coerenza tra specifici ambiti di cura e i diversi livelli di severità della patologia (per esempio, fare in modo che i pazienti diabetici non complicati vengano gestiti dai medici di medicina generale e che vengano assistiti dall'unità operativa di diabetologia ospedaliera solo quelli complicati).

Da qui l'urgenza della dimensione aziendale che l'approccio della gestione per processi deve assumere per potere avviare processi di cambiamento che:

a) coinvolgono l'intera azienda;

b) introducano nuove modalità di organizzazione del lavoro di profes-

sionisti che operano in ambiti di cura differenti;

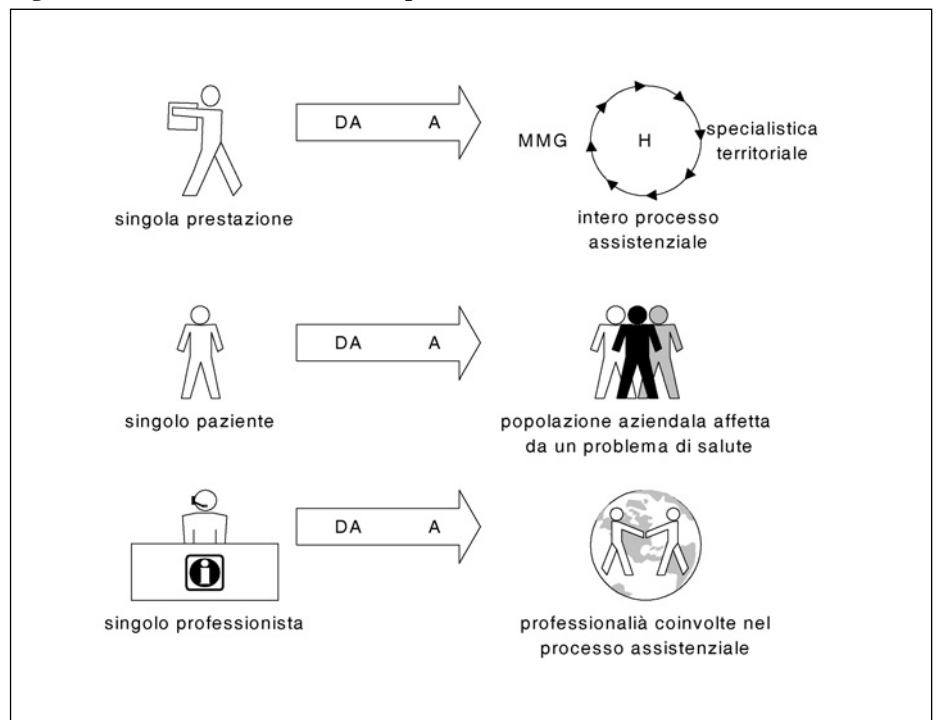
c) siano centrate sul processo e producano miglioramenti nella risposta di salute all'intera popolazione aziendale coinvolta da un dato problema sanitario (figura 2). A tal proposito, si pensi ai processi di cambiamento che devono essere avviati per far sì che professionisti, tendenzialmente abituati a lavorare in modo isolato, quali i medici di medicina generale, si integrino non solo con colleghi che condividono la medesima specialità, ma anche con altri specialisti.

## 6. Lo strumento per il governo dei processi sanitari: il PDTA

Se il processo erogativo sanitario rappresenta un nuovo oggetto di gestione, il percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA) ne rappresenta lo strumento di governo. Mentre sull'approccio alla gestione

per processi sono stati innumerevoli i contributi della letteratura, relativamente allo strumento, a fronte di un concetto più intuitivo che definitorio di «percorso», si sono sviluppati molteplici esperienze non sempre concordanti e confrontabili. In questa sede si fa riferimento alle indicazioni dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali e dell'Istituto superiore di sanità del maggio 2002 i quali suggeriscono, all'interno del Programma nazionale linee guida, una sorta di riconciliazione/ricomposizione dei diversi contributi normativi (si veda box 2). Per il Programma nazionale linee guida (Iss, Assr) «si dicono 'profili di cura' o 'percorsi diagnostico terapeutici' i risultati degli adattamenti delle linee guida alle situazioni locali, con le loro specifiche caratteristiche organizzative e gestionali». Da qui lo spazio per sviluppare all'interno del paradigma economico aziendale strumenti gestionali *ad hoc* per garantire il più pos-

Figura 2 - Dalla dimensione discreta a quella aziendale



sibile l'applicazione delle indicazioni di ortodossia clinica, proposte dalle comunità scientifiche attraverso la realizzazione delle linee guida, in contesti aziendali specifici.

Se il processo sanitario, come è già stato detto, si caratterizza per connotazioni proprie, queste ultime devono ritrovarsi nello strumento che nasce per governare il processo stesso. Quindi, lo strumento che in questa sede viene definito come PDTA è:

— la sequenza spaziale e temporale delle attività che devono essere svolte da professionisti diversi che operano anche in ambiti assistenziali differenti per dare la migliore risposta assistenziale al paziente; migliore relativamente agli *standard* clinici, organizzativi ed economici relativi ad un determinato contesto;

— definito per un determinato processo sanitario e, per conseguenza, per un dato problema di salute (12);

— è il risultato della riprogettazione organizzativa del processo sanitario per problema di salute all'interno del quale è stata ridefinita l'organizzazione del lavoro che consente di sviluppare il necessario coordinamento tra le fasi dell'assistenza (diagnosi, trattamento e *follow up*) e le diverse professionalità coinvolte;

— il meccanismo attraverso il quale si esplicita la presa in carico del paziente rispetto al livello di severità della patologia ed all'intensità assistenziale ad essa associabile;

— integrato con gli altri sistemi operativi d'azienda, nella misura in cui veicola anch'esso gli obiettivi strategici (pianificazione strategica), le informazioni ad esso relative vengono collezionate e diffuse attraverso il sistema informativo aziendale, può rappresentare un obiettivo da inserire nel processo di programmazione e controllo (*budget*), ecc.;

— contingente in quanto è relativo ad uno specifico contesto (aziendale o

## Box 2

Il termine «percorso diagnostico terapeutico» compare, per la prima volta in ambito normativo, all'art. 1 comma 28 della legge finanziaria 1996 correlato agli obiettivi di rispetto del tetto di spesa prefissato ed utilizzato, nel senso ad esso attribuito, come sinonimo di «protocollo»: «... i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa ...». In seguito si enumerano i soggetti chiamati ad individuare ed adeguare sistematicamente tali percorsi: «... Il Ministro della sanità con l'aiuto dell'Istituto superiore di sanità, sentite la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri e le Società scientifiche interessate e con il parere del Consiglio superiore di sanità». La stessa finanziaria definisce anche il loro carattere prescrittivo: «... il Ministro della sanità stabilisce, d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni, gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi stessi in ambito locale e le misure da adottare nel caso di mancato rispetto, ivi comprese le sanzioni a carico del sanitario che si discosti dal percorso diagnostico-terapeutico senza giustificati motivi». Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 non si discosta dall'idea di percorsi intesi come riferimenti vincolanti delle scelte delle organizzazioni erogatrici e dei professionisti che in esse operano. Il vizio di tale strumento, così come definito, sta nella modulazione tra finalità dello strumento, contenuto tecnico ed ambiti di applicazione. Possiamo osservare alcune dissonanze se prendiamo in considerazione il fatto che la norma propone:

- la cooperazione tra professionisti, che godono di esplicita autonomia professionale, e che assai spesso praticano in modo isolato ed in condizione di autoreferenzialità;
- l'indicazione di finalità non sempre tra di loro compatibili e coerenti quali il rispetto di obiettivi di spesa e l'applicazione di indicazioni di efficacia clinica;
- la progettazione dello strumento PDT da parte di attori centrali del sistema (Ministero della salute, Ordine dei medici ...);
- l'implementazione a livello locale (auspicabilmente, singole aziende sanitarie);
- l'adozione di meccanismi sanzionatori in caso di mancato rispetto dei PDT.

Si tratta di un tentativo molto ambizioso rispetto alla necessità di intervento sulla spesa sanitaria e la garanzia universalistica del diritto alla salute, ma anche un po' confuso rispetto alle caratteristiche del nucleo operativo delle aziende sanitarie e degli ambiti di intervento e discrezionalità delle scelte di gestione (cosa deve fare il «centro» del sistema e cosa la «periferia»). È da leggersi invece come naturale relazione di senso il rapporto tra strumenti che definiscano gli *standard* clinici (la linea guida) e quelli a presidio degli aspetti più squisitamente organizzativi (organizzazione dell'offerta aziendale e territoriale). Questo ha in alcuni casi prodotto una sorta di confusione tra le due istanze. Come è noto, infatti, nel 1999 quasi tutte le regioni italiane hanno assegnato, quale obiettivo prioritario ai direttori generali, la predisposizione di «linee-guida» per i principali problemi di salute affrontati a livello locale. Approccio che, inevitabilmente, ha portato, almeno in parte, a snaturare il concetto di linea-guida intesa come «insieme di raccomandazioni» definite da un organismo scientifico sovraziendale e, spesso, sovranazionale. In dettaglio per linea guida facciamo riferimento a «Raccomandazione di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare medici e pazienti a decidere le modalità più appropriate in specifiche situazioni cliniche» (Institute of Medicine, 1992). Tale problematica (il rapporto tra indicazioni di efficacia clinica ed applicazioni in contesti organizzativi) è stata affrontata nell'ambito del più recente D.L.vo 229/99 nel quale il comma 8, dell'art. 1, stabilisce, alla lettera h), che il Piano sanitario nazionale indica: «le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza». Il decreto in oggetto, quindi, riconosce, almeno sul piano terminologico, l'esistenza di due strumenti distinti. L'impressione che se ne trae è che, nella sostanza, il decreto riconosca anche l'impossibilità di giungere alla formulazione di percorsi diagnostico-terapeutici a livello nazionale, a causa del loro irrimediabile legame con le specificità del contesto organizzativo nei quali nascono, anche se essi devono essere definiti a livello aziendale e, di fatto, mantengono intatto il loro contenuto prescrittivo.

interaziendale) caratterizzato da una determinata dotazione tecnologica, organizzazione dell'offerta, esperienza maturata dalle risorse professionali, ecc. al punto che il PDTA sulla frattura di femore definito in una azienda sanitaria non necessariamente è esportabile all'interno di un'altra.

Si pensi al PDTA del paziente affetto da ipertensione primaria: esso rappresenta la sequenza di azioni che devono essere compiute dai diversi professionisti che possono intervenire nella gestione del problema di salute (medici di medicina generale, cardiologi e diabetologi territoriali, cardiologi ospedalieri, ecc.); definisce per quali attività e livelli di severità si ha la presa in carico di ognuna delle figure professionali previste; identifica gli *standard* clinici (quali la tipologia di farmaco, prestazioni diagnostiche di primo e secondo livello, ecc.) e quelli organizzativi (meccanismi di invidio del paziente dal medico di medicina generale alla specialistica territoriale, ecc.) (13).

(1) Solo a titolo esplicativo, il concetto di bisogno perde con il passare del tempo la sua connotazione di territorialità ampliando la possibilità di ottenere risposte assistenziali alternative: per esempio, a fronte di un problema di salute i pazienti possono ricorrere a diverse strutture ospedaliere oppure ad ambiti assistenziali eterogenei.

(2) Per alcune riflessioni sul ruolo delle conoscenze in sanità si veda Fattore, Tozzi (2003).

(3) La ricerca clinica si è sviluppata utilizzando metodologie di ricerca quantitativa (*randomized control trials, quasi-experiments, input/output studies*) per produrre conoscenza su basi di evidenza scientifica per orientare le scelte cliniche; in molti casi tale approccio è stato adottato in ambito gestionale, producendo però scarsi risultati e spingendo verso una prospettiva di ricerca di tipo relativistico: «the influence of evidence based medicine movement on some approaches to research into health care organizations has been apparent» (McNulty, Ferie, 2002).

(4) Si fa riferimento ai percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali.

(5) Si pensi, ad esempio, all'unità operativa ospedaliera all'interno della quale attraverso la gestione per processi può essere rivista l'organizzazione delle attività svolte da medici, infermieri, OTA rispetto ad uno specifico problema di salute (ictus, bronco polmonite cronico ostruttiva, frattura di femore, ecc.).

(6) *L'activity based costing* è un metodo di contabilità gestionale che imputa i costi alle attività che si sviluppano in azienda per poi ripartirli tra i diversi *output* che l'azienda produce. L'assioma di fondo è quello dell'*activity accounting* secondo il quale i prodotti consumano attività e le attività consumano risorse. Il prodotto ha un impatto sui costi in virtù delle attività che richiedono. In molti casi aziendali la gestione per processi è stata assimilata all'*Activity Based Management* che rappresenta «un modello di analisi e valutazione della gestione basata sulle attività e sui processi» (Casati, 2000).

(7) Sebbene siano molto evidenti i fenomeni di *empowerment* dell'utenza che influenzano i meccanismi di fruizione e la numerosità delle prestazioni sanitarie, i processi di trasformazione di specifiche sintomatologie in diagnosi e la selezione del relativo trattamento richiedono conoscenze tecnico scientifiche dettate dai medici.

(8) *Follow up* che per alcuni problemi di salute, quelli cronici, dura a tempo indeterminato.

(9) Si intendono approcci funzionali quelli che sono stati sviluppati all'interno o secondo i paradigmi di specifiche funzioni aziendali; si pensi alle esperienze sull'*activity based management* applicato alla sanità che ha avuto una connotazione esplicita di valorizzazione e governo delle attività all'interno della funzione di programmazione e controllo (si veda in merito Casati, Vichi, 2002).

(10) Bisogna prendere in considerazione anche la responsabilità economica dei professionisti medici; essa però, è difficilmente collegabile al processo erogativo nella sua complessità, come si dirà in seguito, ma è riconducibile all'unità organizzativa di riferimento.

(11) Sarebbe opportuno far partire il percorso assistenziale dall'attività di prevenzione, ma in molti casi e per un numero significativo di problemi di salute non vengono messe in campo azioni mirate a tale attività. Inoltre a tale scopo occorrerebbe uno studio longitudinale di riferimento per configurare la concatenazione di attività finalizzate a dare risposta ad uno specifico problema sanitario.

(12) Tale precisazione è rilevante perché in alcuni casi vengono definiti «percorsi» strumenti che nascono per diffondere indicazioni per l'uso appropriato di prestazioni diagnostiche piuttosto che specifiche tipologie di farmaco. Il concetto di PDTA è sempre relativo ad un processo erogativo sanitario per problema di salute.

(13) Si intende evidenziare che la *performance* economica del processo sanitario è la diretta conseguenza delle scelte di carattere economico. Questa è una precisazione importante perché le logiche del risparmio/risoluzione delle duplicazioni sonologiche di riferimento per le esperienze di riprogettazione dei processi sanitari.

## BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1994), *Economia aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (A CURA DI) (2003), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- BIFFI A., PECCHIARI N. (1999), *Process management e reengineering*, Milano, Egea.
- BUTERA F., DONATI E. (1997), «Le microstrutture», in G. Costa, R.C.D. Nacamulli (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, Torino, Utet.
- CASATI G. (A CURA DI) (2000), *Programmazione e controllo nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw Hill.
- CASATI G., VICHI M.C. (A CURA DI) (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, Milano, McGraw Hill.
- COCHRANE A.L. (1982), *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. Nuffield provincial hospital trust, London.
- DANISON N. (1997), «Toward a process theory of organizational design: can organization be designed around value-chain and networks?», *Advances in strategic management*, 14, 1-44.
- DAVENPORT T.H. (1993), *Process Innovation: Reengineering work through Information Technology*, Harvard Business School Press (trad. it., «Innovazione dei processi. Riprogettare il lavoro attraverso l'Information Technology», Milano, FrancoAngeli, 1994).
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di) (2003), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.

- FATTORE G., TOZZI V. (2003), «Innovazione di processo, knowledge practice e performance assistenziali: il caso dell'ospedale degli infermi di Biella», *paper per convegno AIDEA*, novembre 2003
- GRANDORI A. (1995), *L'organizzazione delle attività economiche*, Bologna, Il Mulino,
- HAMMER M., CHAMPY J. (1993), *Reengineering the corporation. A manifesto of business revolution*, Harper Business.
- KOTTER J. (1976), *Organizational dynamics: diagnosis and intervention*, Addison Wesley, MA.
- LIBERATI A. (A CURA DI) (1998), *La medicina delle prove di efficacia. Potenzialità e limiti della evidence-based medicine*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- MCNULTY T., FERLIE E. (2002), *Reengineering health care*, Oxford University Press.
- MILLER E.S., RICE A.K. (1967), *Systems of organizations*, London, Tavistock Publications,
- MINTZBERG H. (1979), *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.
- PIERANTOZZI D. (1998), *La gestione dei processi nell'ottica del valore*, Milano, Egea.
- POLANY M. (1967), *The tacit dimension*, Routledge and Kegan, London,
- RUMMLER G.A., BRACHE A.P. (1995), *Improving performance. How to manage the white space of organizational chart*, San Francisco - CA, Jossey - Bass Inc.
- ZANEGA P., AMAGLIO A. (1994), *Activity Based Management: come realizzare un sistema avanzato di governo dell'impresa*, FrancoAngeli, Milano,
- ZANGRANDI A. (1994), *Autonomia ed economicità nelle aziende pubbliche*, Milano, Giuffrè.



**Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

È in distribuzione il CD-ROM contenente la copia esatta della raccolta completa dei fascicoli di **MECOSAN 2003** in un unico CD-ROM, in formato PDF, al prezzo di € 226,00 oppure, per coloro che sono già abbonati a **MECOSAN 2003**, € 116,00. Per coloro che hanno già sottoscritto l'abbonamento al supplemento **MECOSAN click 2003** il CD-ROM contenente l'intera annata arretrata 2003, sarà inoltrato in regalo.



La S.I.P.I.S. srl è titolare dei diritti di proprietà intellettuale sui contenuti della rivista. Non sono consentiti la riproduzione anche temporanea o parziale, l'elaborazione, la comunicazione o trasmissione, effettuate con qualsiasi mezzo e in qualsiasi forma, della rivista originaria e/o di sue elaborazioni, nonché l'estrazione e/o il reimpiego del contenuto della rivista o di sue parti rilevanti e/o sostanziali ovvero l'estrazione e/o il reimpiego ripetuto e sistematico di parti non rilevanti e/o sostanziali della stessa.

Roma, luglio 2004

## CEDOLA D'ORDINE **MECOSAN click 2003** IN CD-ROM

Programma abbonamento 2004

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

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

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler inoltrare, con destinatario il nominativo sotto indicato

### **MECOSAN click 2003**

- al prezzo di  € 226,00  
 € 116,00 (in quanto già abbonato a **Mecosan 2003** cartaceo)  
 **GRATIS** (in quanto abbonato al supplemento **Mecosan click 2003**)

● 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. ....

..... lì .....

Codice Fiscale .....  
 Partita IVA .....

**FIRMA E TIMBRO** .....  
 (In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

# SPERIMENTAZIONI GESTIONALI IN SANITÀ: IL CASO AMOS SPA, L'AZIENDA MULTISERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI DEL QUADRANTE 3 DI CUNEO

Marta Marsilio<sup>1</sup>, Fulvio Moirano<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CERGAS Bocconi

<sup>2</sup> Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. AMOS: la sperimentazione gestionale del Quadrante 3 di Cuneo - 3. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Il costante sviluppo scientifico e tecnologico, che si traduce in strumenti di diagnosi e cura sempre più sofisticati ed efficienti, l'aumento dell'età media della popolazione e il conseguente aumento nella domanda di nuovi servizi alla persona, la tendenza ad una continua riduzione nella disponibilità di risorse finanziarie pubbliche, spingono molte aziende alla ricerca di nuove logiche e modelli di gestione dei servizi sanitari, in grado di garantire livelli quantitativi e qualitativi soddisfacenti rispetto al bisogno di salute espresso dai cittadini.

Il tema delle sperimentazioni e innovazioni gestionali si inserisce in questo scenario quale possibile strumento per la realizzazione di politiche di razionalizzazione delle risorse e revisione dei processi produttivi volte al raggiungimento di più elevati livelli di efficienza gestionale.

In particolare in Italia, il tema delle sperimentazioni è stato affrontato per la prima volta con la legge finanziaria del 1992 (legge 30 dicembre 1991, n. 412) che ha previsto la possibilità di introdurre nell'ambito del Servizio sanitario nazionale alcune innovazioni, «ivi comprese quelle riguardanti le modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti

servizi e prestazioni fornite da soggetti singoli, istituzioni e associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi», a patto che fossero garantiti livelli uniformi di assistenza e nel limite dei finanziamenti stanziati.

A seguito del processo di aziendalizzazione e regionalizzazione attuato con i D.L.vo 502/92 e 517/93, il quadro delle sperimentazioni è stato delineato con maggior precisione rispetto alle forme di gestione attivabili, con particolare richiamo alle collaborazioni tra operatori pubblici e società private, alle attività potenzialmente oggetto dell'innovazione gestionale e alle responsabilità pubbliche per il controllo e la garanzia della tutela della salute dei cittadini.

Più recentemente, la L. 405 del 2001 ha trasferito la competenza in materia di sperimentazione dalla Conferenza Stato-Regioni alle singole Regioni, attribuendo loro la potestà di definire con ampi gradi di autonomia il quadro generale di riferimento per l'introduzione di possibili forme di sperimentazione e innovazione gestionale.

Indagini effettuate nel corso degli ultimi anni (1), sia livello nazionale che rispetto ad alcuni specifici conte-

sti regionali, hanno evidenziato come il numero delle sperimentazioni realizzate sia in costante aumento. Il *mix* delle soluzioni adottate è molto variegato — società miste, associazioni in partecipazione, consorzi e società consortili, fondazioni, contratti di esternalizzazione e *global service* — e altrettanto diversificate sono le tipologie di attività coinvolte nelle nuove formule gestionali, dai servizi ausiliari più tradizionali quali i servizi generali ed economati (mensa, lavanderia, telefonia, raccolta e smaltimento rifiuti, magazzini, logistica, servizi informativi, ecc.), ad alcuni servizi sanitari o socio sanitari, «essenziali» (prestazioni ambulatoriali, *day hospital*, ecc.) o connessi all'area dei servizi a pagamento (attività libero-professionali intramuraria).

Le motivazioni che inducono le singole realtà a implementare soluzioni gestionali innovative sono tendenzialmente riconducibili da un lato alla ricerca di soluzioni organizzative più flessibili, che trovano nella costituzio-

---

Pur nella condivisione ed elaborazione comune dei contenuti del lavoro, i paragrafi 1, 2.1, 2.2, 3 sono attribuibili a Marta Marsilio, mentre i paragrafi 2.3, 2.4 sono attribuibili a Fulvio Moirano.

ne di società di diritto privato (nella forma di spa o srl) una maggior libertà di azione rispetto ai tradizionali assetti organizzativi aziendali, dall'altro alle potenzialità derivanti dal coinvolgimento di imprenditorialità private, sia per l'apporto di *know-how* professionale e gestionale qualificato, che di capitali a sostegno della realizzazione di nuove iniziative progettuali.

In questo articolo si presenta un caso particolarmente interessante di sperimentazione gestionale che ha visto coinvolte un *pool* di aziende sanitarie della Regione Piemonte nella costituzione di una società mista pubblico-privata per la gestione prevalentemente di servizi ausiliari e alcuni servizi sanitari.

## **2. AMOS: la sperimentazione gestionale del Quadrante 3 di Cuneo**

### *2.1. Le motivazioni iniziali*

La sperimentazione gestionale in esame nasce su iniziativa dell'Azienda ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo (2) alla fine del 2002 ed era finalizzata alla sperimentazione di un nuovo modello organizzativo che rendesse più efficienti le attività di supporto dell'erogazione dei servizi sanitari e che migliorasse la capacità di rispondere alla domanda di salute dei cittadini.

La proposta presentata alla regione Piemonte prevedeva la costituzione di una società mista a capitale pubblico e privato, l'Azienda multiservizi ospedalieri e sanitari (AMOS) spa, con capitale sociale inizialmente fissato a € 750.000, partecipata al 65% dall'Azienda ospedaliera e al 35% da soci privati da individuarsi con bando ad evidenza pubblica. Nella proposta si garantiva che la partecipazione pubblica nel capitale sociale della spa avrebbe sempre rappresentato la quota

maggioritaria, anche nel caso in cui la normativa, che attualmente ne prevede l'obbligo, fosse stata modificata. La scelta di ricorrere ad una società per azioni a prevalente partecipazione pubblica è stata guidata dalla possibilità di estendere l'operatività dell'Azienda ospedaliera anche al di fuori del naturale bacino di utenza e ad attività diverse da quelle tradizionalmente svolte e di conservare, grazie alla partecipazione azionaria maggioritaria, la titolarità e il controllo sulle funzioni aziendali.

La proposta è stata inviata alla Regione corredata da una descrizione dettagliata del progetto e dal relativo piano economico-finanziario, al fine di fornire un valido strumento di supporto per l'analisi degli impatti dell'iniziativa sull'andamento della costituenda società e dell'azienda sanitaria.

Nella proposta sono state formulate alcune ipotesi sulle dinamiche di contesto e sull'evoluzione delle strategie aziendali: tutti gli scenari prospettati erano coerenti in generale, con le linee di indirizzo del Pssr, in particolare, con il programma, i tempi e gli obiettivi che la sperimentazione gestionale intendeva perseguire.

Il Piano economico-finanziario è stato costruito comparando le due soluzioni gestionali tra cui l'azienda poteva optare: l'ipotesi «conservativa», nel caso in cui l'azienda avesse continuato ad avvalersi delle tradizionali logiche e strumenti gestionali, l'ipotesi «innovativa», con l'attuazione della sperimentazione gestionale e il coinvolgimento di operatori privati. Per rendere omogenei i valori, il confronto è stato effettuato rispetto ad un arco temporale di tre anni, il triennio 2003-2005, e assumendo per entrambe le soluzioni il raggiungimento di pari livelli di efficienza, di produttività e di qualità del servizio.

Per la costruzione dello scenario conservativo, l'Azienda ha effettuato

uno studio di fattibilità in cui sono state delineate le prospettive evolutive di ogni singola attività che potenzialmente avrebbe potuto essere affidate in gestione alla nuova società, considerando le economie perseguibili sia rispetto a fattori di ordine economico (ricavi e costi), che a parametri di efficienza organizzativa e gestionale (3).

### *2.2. I possibili recuperi di efficienza*

Dalla valutazione comparata è emerso che il ricorso alla sperimentazione gestionale risultava più conveniente per la maggior parte dei servizi generali ed economici, quali la lavanderia, la cucina, la mensa, il servizio di radiodiagnostica e il laboratorio analisi e anche per alcune attività sanitarie.

In particolare, l'analisi ha evidenziato margini di convenienza gestionale per:

- l'attività di laboratorio analisi;
- l'attività di radiologia e di neuro-radiologia;
- l'attività di dialisi per cronici;
- l'attività del Dipartimento testacollo;
- l'attività libero-professionale;
- l'attività di riabilitazione;
- l'attività di anestesiologia (escluse naturalmente la rianimazione e la terapia intensiva).

Nelle intenzioni dei promotori, tutte le altre attività sanitarie (cioè il 90% dell'attività complessiva) dovevano rimanere in capo all'Azienda ospedaliera S. Croce e Carle.

Di seguito si riportano per ogni attività indicata alcune delle principali evidenze emerse dall'analisi.

#### Laboratorio Analisi

La centralizzazione di alcune funzioni non urgenti e delle prestazioni per pazienti ambulatoriali anche di altre ASSL, consentiva, secondo la stima effettuata da diversi specialisti,

una riduzione dei costi di apparecchiature e materiali (spesso utilizzati nei presidi ospedalieri con una media non superiore alle quattro ore) compresa tra il 10% e il 40% dei costi attuali e la riduzione dei costi del personale da un minimo del 5% all'avvio della sperimentazione, al 15% con attività a pieno regime. Queste stime rappresentano i risultati minimi perseguibili nell'ipotesi in cui oggetto del trasferimento alla spa fosse esclusivamente l'attività dell'Azienda ospedaliera S. Croce e Carle e dell'Asl n. 15; i valori erano quindi destinati a migliorare in funzione del numero di laboratori provinciali ed extraprovinciali che avrebbero aderito alla sperimentazione.

Per i materiali ed le attrezzature, la riduzione dei costi era imputabile ad un maggior utilizzo orario dei laboratori, stimando a regime 12 ore giornaliere; per quanto riguarda il personale assunto, il contratto di diritto privato avrebbe consentito una maggiore flessibilità, oltre che la possibilità di prevedere forme retributive incentivanti correlate ai risultati effettivi raggiunti. Naturalmente il passaggio dal rapporto di lavoro di dipendente pubblico a quello privato sarebbe avvenuto nel rispetto di tutte le procedure e le normative che regolano la materia e in accordo con le Organizzazioni sindacali interessate.

#### Radiologia e neuroradiologia

Lo studio ha evidenziato come in tale settore esisteva una forte concorrenzialità da parte del settore privato che, in particolare nell'alta tecnologia (TAC e RMN), riusciva ad assicurarsi personale medico e tecnico dalle Aziende sanitarie pubbliche grazie a politiche retributive più remunerative, strettamente correlate all'attività erogata. Le strutture private accreditate offrivano poi le loro prestazioni alle Aziende pubbliche, costrette ad acqui-

sirle per l'incapacità di far fronte alla domanda dei propri assistiti spesso proprio per carenza di personale qualificato. In questo senso, per il settore radiologico ed neuroradiologico, la sperimentazione gestionale è stata percepita come un'opportunità per adottare modalità organizzative e politiche retributive maggiormente competitive tali da consentire alle strutture di migliorare la capacità produttiva delle apparecchiature in adozione, abbattendo i costi di ammortamento e riducendo i costi operativi marginali.

I vantaggi economici del settore laboratorio e radiologico sono stati evidenziati negli allegati alla determinazione n. 1535 del 18 dicembre 2002; i margini di «utile» indicati nel business plan sono stati calcolati assumendo i costi sostenuti dall'Azienda ospedaliera S. Croce e Carle nel 2002 e non computando i costi aggiuntivi per il 2003, 2004 e 2005 conseguenti all'inflazione che è stata considerata assorbibile dalla spa attraverso il recupero di efficienza descritto.

L'Azienda ospedaliera ha ipotizzato quindi un costo pari al 2002 per tre anni senza oneri aggiuntivi dovuti all'aumento dei prezzi.

#### Libera professione

L'Azienda ospedaliera ha valutato la possibilità di conferire alla spa anche la gestione della libera professione stimando un possibile recupero di efficienza gestionale di circa il 5% dei costi complessivi sostenuti per tale attività, cui attualmente l'azienda ricorre per le prestazioni ambulatoriali e per le degenze.

#### Riabilitazione

La proposta di includere anche questa tipologia di attività nell'oggetto sociale, pur non rientrando direttamente negli ambiti di competenza del-

l'assistenza ospedaliera dell'Azienda ospedaliera, è giustificata dalle potenzialità che si potrebbero generare coinvolgendo nella sperimentazione anche altre aziende sanitarie pubbliche o strutture private accreditate operanti in questo settore nel territorio provinciale.

#### Dialisi per cronici

I vantaggi emersi dalla valutazione sono essenzialmente riconducibili nella possibilità di superare l'attuale rigidità organizzativa dell'azienda garantendo, attraverso una struttura societaria di diritto privato, un maggior flessibilità negli orari di lavoro e nell'articolazione dei turni e dei compiti del personale, comunque coerenti con parametri di assistenza regolamentati da appositi protocolli che spetterebbe all'azienda stessa stabilire.

Relativamente all'acquisto di beni e servizi, i benefici della sperimentazione sono ravvisabili in un processo di acquisizione più rapida e regolare del materiale, evitando le incombenze procedurali che complicano e ritardano le scelte tecniche, nel pieno rispetto di criteri di qualità e di sufficiente personalizzazione dei trattamenti che le «grandi» ditte che operano nel settore sono in grado di garantire, assicurando comunque i requisiti di trasparenza operativa tipici delle procedure pubbliche.

La sperimentazione consentirebbe di ridurre significativamente il tasso di ospedalizzazione dei pazienti, prevenendo il trattamento dei pazienti dimessi in strutture funzionalmente collegate con il presidio ospedaliero, che continuerebbe ad assicurare la gestione delle urgenze-emergenze e tutte le necessarie consulenze specialistiche.

Il recupero di efficienza stimato rispetto agli attuali costi aziendali è di circa il 10%.

## Dipartimento testa-collo

Le attività di questo Dipartimento prevedono una naturale possibilità di trattamento dei pazienti con interventi di chirurgia in regime di *day-hospital*. Il Dipartimento potrebbe quindi essere oggetto di ristrutturazione strutturale e funzionale, con una zona dedicata al *day-surgery* con collegato *week-hospital* e un'altra per la degenza ordinaria, riducendo così di un'unità di degenza ordinaria il Dipartimento stesso.

Nello studio di fattibilità si prevede che l'intervento edilizio e la dotazione dei necessari nuovi arredi e tecnologie potrebbe essere più rapidamente ed efficacemente realizzato dalla spa utilizzando le risorse finanziarie conferite dai soci privati; il recupero dell'investimento per la società sarebbe garantito, nello scenario tratteggiato nel piano economico finanziario, dalla riduzione dei costi di gestione conseguenti alla razionalizzazione organizzativa e funzionale descritta e quantificabile, a regime, in circa il 10%.

## Anestesiologia

L'attività anestesiológica trasferibile alla spa è stata individuata in quella svolta nelle chirurgie di minore complessità. I risultati conseguibili con la sperimentazione riguardano essenzialmente l'opportunità di acquisire professionalità specializzate, che costituiscono una risorsa abbastanza scarsa nel mercato del lavoro, offrendo remunerazioni più vantaggiose rispetto a quelle pubbliche, a fronte di prestazioni più flessibili e più efficienti.

### 2.3. Le fasi dell'analisi della proposta

La Regione, dopo aver analizzato la documentazione trasmessa della AO S. Croce e Carle e aver richiesto alcu-

ni chiarimenti sulla natura dell'oggetto sociale e sulla possibilità di effettuare subappalti da parte della società spa, ha posto come vincolo all'accettazione della sperimentazione che si prevedesse il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie del Quadrante 3 di Cuneo e che l'iniziativa progettuale fosse discussa in sede di Conferenza di Quadrante.

Il Quadrante 3 corrisponde al territorio della provincia di Cuneo e comprende quattro Asl — l'Asl 15 di Cuneo, l'Asl 16 di Mondovì-Ceva, l'Asl 17 di Savigliano-Saluzzo-Fossano, l'Asl 18 di Alba-Bra — e l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo.

La Conferenza di Quadrante è invece l'organo cui la Regione nel luglio del 2002 ha attribuito specifici compiti programmatori locali, anche a parziale sostegno dell'attività di programmazione dell'assistenza sanitaria regionale, considerato il ritardo nell'approvazione del nuovo ordinamento del Ssr e del nuovo Pssr. La Conferenza è costituita dai Direttori generali delle Aziende appartenenti al Quadrante, nonché dai Presidenti delle Conferenze dei sindaci dei Comuni interessati, dal Presidente dell'Amministrazione provinciale e dalle Organizzazioni sindacali confederali.

Pertanto il progetto di sperimentazione è stato portato al vaglio della Conferenza di Quadrante nella riunione del 25 giugno 2003. Durante l'incontro sono emersi importanti spunti di riflessione e confronto: alcuni interventi hanno sottolineato le opportunità offerte dalla sperimentazione, altri hanno posto in evidenza alcune criticità e perplessità sulla natura dell'iniziativa e su singoli aspetti della stessa. L'assemblea si è comunque espressa in chiusura con un parere unanime favorevole alla sperimentazione.

Di seguito si riportano alcuni stralci degli interventi più rilevanti.

*Omissis ...*

*La conferenza passa alla trattazione dell'argomento riguardante la costituzione della Società per azioni a capitale pubblico e privato con un programma di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis del D.L. 502/92.*

*Il Direttore generale dell'AO S. Croce e Carle illustra ai presenti che avevano ricevuto anticipatamente la documentazione, le argomentazioni che costituiscono la motivazione della richiesta alla Regione per la costituzione di una società per azioni a capitale pubblico e privato tramite sperimentazione gestionale.*

*La strategia che viene seguita è quella di regolare gli interessi economici dei soggetti di diritto privato in maniera tale che il fine pubblico sia sempre considerato prevalente, iniziando l'attività specificata nel provvedimento deliberativo n. 1535 del 18 dicembre 2002, seguendo i normali requisiti di economicità e di convenienza che una attività imprenditoriale deve naturalmente possedere.*

*Il sindaco di Mondovì osserva che trattasi di una proposta encomiabile che consente anzitutto l'esternalizzazione di tutte le funzioni non legate al «core business», che comporta sicuramente un risparmio nella gestione dei servizi. Ad esempio nell'ipotesi della gestione dei magazzini delle aziende sanitarie si potrà sicuramente registrare un risparmio nel capitale circolante ed anche nella gestione delle scorte.*

*Esperienza e know how esistente all'interno dell'organizzazione ospedaliera convergeranno con la imprenditorialità dei soci privati.*

*Il sindaco di Fossano si dichiara d'accordo sulla sperimentazione, trattandosi di iniziativa che utilizza un*

modello organizzativo con capitale pubblico maggioritario.

Tale caratteristica deve essere mantenuta per statuto dovendo la pubblica amministrazione mantenere il potere di indirizzo e controllo nei settori del mercato che coinvolgono l'azienda ospedaliera e le aziende sanitarie regionali del quadrante: qualsiasi azione successiva deve essere concordata con gli enti locali (comuni, provincia) e forze sociali.

Significativa è soprattutto la collaborazione che dovrebbe avere come scopo quella delle prestazioni di riabilitazione, dove la richiesta è notevole e l'interesse di Fossano rilevante anche alla luce delle indicazioni date dal quadrante nelle riunioni precedenti.

Interviene il rappresentante della CISL, che si dichiara favorevole alla costituzione della spa finalizzata a migliorare l'efficienza e la qualità della sanità pubblica ed evidenzia quanto segue: la maggioranza delle quote societarie deve rimanere in mano pubblica sia all'atto della costituzione della società sia successivamente negli anni a venire; siano esse legate alla ASO S. Croce e Carle siano esse acquisite dalle Asl presenti in Provincia, o da altri enti pubblici. La maggioranza delle quote pubbliche è pertanto per noi elemento indispensabile ed imprescindibile nella costituzione e futura gestione della società.

Il sindaco di Alba esprime consenso all'iniziativa concordando con quanto già affermato dal sindaco di Mondovì: tale iniziativa evidenzia il carattere imprenditoriale dell'attività che costituisce la ragione sociale della spa e che coinvolge anche le aziende sanitarie a livello di quadrante ed anche a livello regionale. Importante è definire l'oggetto sociale della spa, garantendo il confronto con le aziende sanitarie del quadrante con gli enti locali, la Regione e le forze sociali.

L'assessore che interviene in rappresentanza dell'Amministrazione provinciale di Cuneo conferma un interesse diretto della Provincia per la costituzione di tale modello societario. Cita alcuni esempi di società a prevalente capitale pubblico costituite per la organizzazione del servizio idrico in provincia; precisa che tale formula rappresenta l'unica possibilità per la pubblica amministrazione di aggregare capitali privati nella conduzione di imprese per gestire un pubblico servizio.

La Provincia sta inoltre predisponendo gli atti per la costituzione di una società mista pubblica e privata che ha come scopo l'erogazione dell'assistenza alle persone anziane.

In conclusione oltre al giudizio favorevole conferma l'interesse della Provincia di Cuneo ad entrare direttamente o indirettamente (attraverso società controllate) nella spa.

Il rappresentante della Cgil si dichiara non contrario alla sperimentazione osservando peraltro quanto segue:

— occorre far fronte all'esigenza di applicare il contratto della sanità pubblica la cui normativa non è in contrasto con le regole che disciplinano la gestione della spa, con particolare riferimento al personale che oggi opera nella sanità pubblica e che potrebbe confluire nella spa. Occorrerà garantire i diritti acquisiti ed un periodo (tre anni) durante il quale è possibile per il dipendente rientrare a domanda in azienda;

— occorre garantire la qualità del servizio;

— occorre l'impegno da parte della amministrazione di utilizzare le risorse economiche (utile) per potenziare il servizio sanitario, reinvestendole nella sanità pubblica.

Interviene inoltre il sindaco di Cuneo che esprime il proprio assenso al modello gestionale, proposto dall'A-

zienda ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo.

Si dichiarano d'accordo sul modello di sperimentazione i Direttori generali dell'Asl 15, dell'Asl 16 dell'Asl 17 nonché il Direttore amministrativo a nome del Direttore generale per l'Asl 18.

I Direttori generali confermano che intendono aderire alla società stessa, in particolare iniziando a conferire alcuni settori presenti nell'oggetto sociale della spa.

Prende la parola il Direttore generale dell'Azienda ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo che rappresenta quanto segue: tenuto conto delle proposte del quadrante e in particolare delle organizzazioni sindacali comunica che il capitale sarà sempre a maggioranza pubblica (non solo ora che è previsto per legge); a tale fine si modificherà lo statuto con un'apposita previsione. Quanto sopra perché tutti noi riteniamo necessario il pubblico come garante verso i cittadini per l'universalità, l'equità, l'accessibilità, la qualità.

Il pubblico garantisce (o meglio deve garantire) che sia finanziata solo la domanda appropriata, pretendere qualità e quantità dell'offerta, reperire tutte le risorse finanziarie pubbliche disponibili, dimensionare le risorse private necessarie che devono essere finanziarie, innovative, gestionali.

In merito a quanto evidenziato dalle Oo.ss. conferma che l'intenzione dei soci pubblici (ASO S. Croce, le Asl della Provincia) relativamente ai contratti da applicarsi ai dipendenti che confluiranno dalle A.S.R. nella spa, saranno quelli della sanità pubblica con la previsione di un possibile rientro nelle A.S.R. per un triennio (cioè la durata della sperimentazione).

Il personale che confluirà nella spa dai contratti privati (anche differenziati) manterrà o migliorerà la pro-

*pria situazione comunque convergendo verso un unico interlocutore.*

*Per i nuovi assunti si applicheranno i contratti privatistici di riferimento.*

*Per quello che concerne la destinazione degli eventuali utili si conferma la totale redistribuzione nella sanità pubblica anche ai fini richiesti dalle Organizzazioni sindacali.*

*Il Direttore generale dell'Asl 17 al termine dei chiarimenti forniti dal Direttore generale dell'Azienda ospedaliera conferma ancora una volta che tale iniziativa è valida non solo per l'Azienda ospedaliera ma per tutto il Quadrante n. 3.*

*Interviene per l'Assessorato alla sanità il Direttore generale della programmazione che evidenzia la natura di tale sperimentazione e che deve essere caratterizzata quale vera sperimentazione clinica sanitaria. Ovviamente con tutte le cautele che ciò comporta. Comunica che in sede regionale il confronto con la forze sociali ha evidenziato tali finalità:*

*— opportunità di rendere più omogenee le materie oggetto di sperimentazione per razionalizzare i costi;*

*— necessità di comprendere quali altri soggetti pubblici possono intervenire e se hanno volontà di aderire a tale modello di organizzazione gestionale all'interno di un disegno finalizzato a razionalizzare le risorse.*

*Al riguardo comunica che la Regione ritiene possibile far proseguire la proposta formulata dall'Azienda ospedaliera e inserita nell'ottica del quadrante.*

*È evidente che il know how è sostanzialmente pubblico e lo scopo è quello di eliminare perduranti sacche di inefficienza ed alti costi legati alla struttura pubblica e far fronte alle esigenze di mercato evitando diseconomie e minor qualità del servizio, utilizzando le risorse finanziarie e la cultura gestionale del privato.*

*Omissis ...*

Sulla base delle criticità evidenziate durante la riunione, l'Azienda ospedaliera S. Croce e Carle ha quindi provveduto a riesaminare la proposta iniziale accogliendo le indicazioni formulate in sede regionale ed in sede di Conferenza di Quadrante, in particolare:

— precisando meglio l'oggetto sociale della spa, limitando il peso del settore sanitario;

— esplicitando più approfonditamente le motivazioni di tipo economico e gestionali conseguibili con il conferimento in capo alla spa di alcune attività riguardanti l'erogazione dell'assistenza sanitaria al cittadino;

— confermando l'intenzione di procedere attraverso gara ad evidenza pubblica alla ricerca del *partner* privato.

Si è anche precisato che al personale attualmente dipendente delle aziende sanitarie verrà garantito lo *status* di dipendente pubblico per tutta la durata della sperimentazione sia sul piano normativo che su quello della retribuzione.

Il 3 luglio 2003 l'Azienda ospedaliera ha deliberato la nuova proposta, riproponendo peraltro le motivazioni che hanno ispirato la scelta della formula della sperimentazione gestionale con la costituzione di una società mista pubblico-privato, ovvero:

— la volontà di cogliere l'innovazione gestionale come ulteriore e naturale evoluzione dell'orientamento tenuto dall'ASO di Cuneo nell'ultimo decennio verso la terziarizzazione di molti dei servizi alberghieri complementari all'attività ospedaliera;

— l'obiettivo di ottenere maggiori livelli qualitativi per alcuni servizi, riducendone i tempi di erogazione ed incrementandone l'efficienza operativa, grazie a:

a) un più efficiente utilizzo del personale, con maggior focalizzazione sul *core business* rappresentato dall'attività sanitaria, in particolare quella clinica e quella ad alta intensità di cure;

b) la possibilità di ricorrere a procedure di tipo privatistico più flessibili, pur sempre nel rispetto dei principi e procedure previste dalla normativa di settore;

c) la possibilità di applicare la normativa civilistica in luogo di quella prevista dal diritto amministrativo;

d) l'affermazione della prevalenza di principi di economicità nei confronti del principio di legittimità, con l'introduzione di sistemi di programmazione e controllo dei processi e il progressivo abbandono del modello del controllo burocratico sulle procedure;

e) l'esternalizzazione di tutte le funzioni di supporto non direttamente legate al *core business*, trasferendo all'iniziativa privata l'intervento nella gestione di tutti i servizi non clinici.

In sintesi, la scelta dell'AO S. Croce e Carle è guidata dalla convinzione che le esperienze e il *know-how* esistente all'interno dell'organizzazione ospedaliera combinate con l'imprenditorialità dei soci privati possano concorrere al miglioramento della qualità delle prestazioni e ad una superiore efficienza operativa. Inoltre, l'individuazione del modello organizzativo delle spa a capitale pubblico maggioritario intende promuovere da un lato il conseguimento di una maggiore economicità, efficacia ed efficienza del servizio prestato, grazie al coinvolgimento di operatori privati portatori di capitali e di professionalità, dall'altro consente alla Pubblica amministrazione il conseguimento di irrinunciabili obiettivi di interesse pubblico mantenendo le prerogative di indirizzo strategico e controllo sull'attività complessiva.



In data 1 agosto 2003 la giunta regionale con provvedimento n. 27-10194 ha autorizzato il progetto di sperimentazione gestionale proposto dall'Azienda ospedaliera S. Croce e Carle.

I Presidenti delle Conferenze dei sindaci di ogni Asl hanno ritenuto di dover convocare le rispettive Assemblee per esprimere un parere in merito all'adesione al progetto di sperimentazione. Per l'Asl 15 di Cuneo e per l'Asl 17 di Savigliano-Saluzzo Fossano le rispettive Conferenze si sono dichiarati favorevoli, per l'Asl 18 di Alba-Bra i sindaci hanno dato mandato al Direttore generale di aderire con alcune condizioni. La Conferenza dei sindaci dell'Asl 16 si è espressa a maggioranza deliberando la non adesione, ma il Direttore generale dell'Azienda ha comunque deciso di sottoscrivere il 10% del capitale sociale della costituenda società.

I Direttori generali di tutte le Aziende hanno aderito alla costituzione di AMOS, con l'unica eccezione dell'Asl 18 di Alba-Bra che ha deciso di aderire a condizione di poter usufruire dei servizi offerti solo se ritenuto opportuno rispetto al fabbisogno di volta in volta rilevato.

I Direttori generali dell'Azienda ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo e le Aziende sanitarie del Quadrante 3 hanno quindi provveduto a precisare il contenuto dei documenti riguardanti lo Statuto, il Patto parasociale della costituenda spa e ad elaborare un Patto di consultazione tra i soci pubblici da sottoscrivere all'atto della costituzione della società.

#### 2.4. La nuova proposta

Rispetto alla proposta iniziale, i processi di valutazione regionale e di consultazione nella Conferenza di Quadrante e nelle Conferenze dei sindaci hanno indotto l'AO di Cuneo ad

apportare alcune significative modifiche e integrazioni, che possono essere sinteticamente individuate in relazione a:

- compagine sociale;
- oggetto sociale;
- capitale sociale;
- organi sociali;
- la gestione dei rapporti con i soci privati;
- la gestione dei rapporti tra i soci pubblici.

#### Compagine sociale

È stata ridotta la percentuale di azioni a disposizione dell'Azienda ospedaliera dal 65% al 39% e sono state riservate alle Aziende sanitarie del Quadrante il 27% delle quote azionarie alle stesse condizioni dell'AO S. Croce e Carle.

Quindi tutte le Aziende del Quadrante 3 corrispondente alla provincia di Cuneo partecipano come azionisti di maggioranza alla società (l'Azienda ospedaliera S. Croce con il 39%, l'Asl n. 15 con il 4%, l'Asl n. 16 con il 10%, l'Asl n. 17 con il 10% e l'Asl n. 18 con il 3%), con la facoltà di conferire alla spa le attività attualmente gestite in regime di esternalizzazione e di valutare in modo discrezionale quali attività oggi gestite direttamente tra quelle previste nell'oggetto sociale sia opportuno e conveniente conferire all'AMOS (4). Il restante 34% potrà essere sottoscritto da soci privati, selezionati con ricorso a gara pubblica, i quali partecipano come soci di minoranza. La partecipazione privata è una delle più basse registrate nelle oltre 200 sperimentazioni gestionali attualmente attivate in Italia.

L'AO S. Croce e Carle ha provveduto ad espletare la procedura di gara ad evidenza pubblica per la ricerca dei soci privati; sono stati così identificati otto soci privati che hanno acquisito tutto il 34 % di azioni disponibili.

Tali soci sono così rappresentati:

- tre soci finanziari;
- quattro soci impegnati nel settore non sanitario;
- un socio operante nel settore sanitario.

#### Oggetto sociale

L'oggetto sociale della nuova spa è stato ridefinito, riducendo in particolare il peso delle attività sanitarie, con l'eccezione di alcune specifiche attività (laboratorio analisi, radiologia, riabilitazione, dialisi e anestesia per le attività chirurgiche a minore complessità) che potranno essere affidati in gestione all'AMOS nelle modalità e con l'intensità che le aziende sanitarie socie riterranno opportuno, eliminando quindi rispetto all'ipotesi originaria il dipartimento testa-collo e l'attività libero-professionale.

La strategia di affidare in gestione anche attività sanitarie nasce dal confronto con altre sperimentazioni nella Regione, quali quelle già approvate per Omegna e per il CTO di Torino e in linea con le disposizioni del «Decreto Bindi» che prevede esplicitamente la possibilità di includere i servizi sanitari nelle sperimentazioni gestionali, che rimangono invece esclusi da forme gestionali alternative.

Nello specifico, l'oggetto sociale prevede quindi che la società potrà esercitare:

*a) attività di supporto all'attività sanitaria, ospedaliera e territoriale, ed in particolare:*

- servizi alberghieri e amministrativi complementari e di supporto all'attività ospedaliera e territoriale quali, a titolo esemplificativo, ristorazione e mensa, noleggio biancheria piana e divise, pulizia e sanificazione, portierato e vigilanza, elaborazione cedolini paghe, centro contabile, procedure e rilevazioni informatizzate, servizio di trasporti anche di infermi e

movimentazione interna, gestione di autorimesse e parcheggi per veicoli, l'attività di supporto non sanitario a RSA, centri diurni e simili;

— *gestione e manutenzione di beni, sia immobili che mobili, e di aree verdi*, comprendente, a titolo esemplificativo, la fornitura ed il noleggio di impianti, delle utenze, dell'energia, dei macchinari e delle attrezzature, nonché commercializzazione di prodotti e merci relativi all'oggetto sociale, ivi compresa la radiofarmacia, l'ingegneria clinica ed i sistemi informatici ed elaborazione dati, la prestazione di servizi tecnici, commerciali, ivi compresa la logistica di beni, farmaci e presidi sanitari e non sanitari, ed amministrativi anche a favore di imprese ed enti, sia pubblici che privati per i settori inerenti l'oggetto sociale, con particolare riferimento agli adempimenti di cui alle leggi sulla sicurezza ed igiene del lavoro e sulla *privacy* ed all'organizzazione aziendale; il trasporto, raccolta, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti, anche speciali; fornitura e formazione di personale specializzato, senza collocamento di manodopera, nei campi di attività sopra indicati;

*b) servizi sanitari ospedalieri e territoriali*: attività di laboratorio analisi, attività di radiologia e neuroradiologia, attività anestesilogica (di supporto a chirurgia ambulatoriale, *day surgery* e chirurgia a bassa complessità), dialisi per cronici, riabilitazione.

Sul piano organizzativo, la gestione di tutti i settori coinvolti rimarrà fisicamente all'interno delle aziende sanitarie del quadrante; una delocalizzazione spaziale è tuttavia ipotizzabile per la gestione della logistica dei magazzini economici, farmaceutici ecc, della lavanderia (che già oggi è gestita in regime di esternalizzazione) e per alcune attività del laboratorio analisi. La valutazione sull'opportunità di ricorrere a tale soluzione spetterà alla

Conferenza di Quadrante e al futuro Consiglio di amministrazione dell'AMOS spa.

La sperimentazione non coinvolge evidentemente le responsabilità in tema di programmazione sanitaria, definizione degli assetti istituzionali, organizzazione dei finanziamenti, definizione dei livelli essenziali di assistenza, che rimangono in capo alla regione e/o alle singole Aziende sanitarie, a seconda delle specifiche competenze.

#### Il capitale sociale

Il capitale sociale iniziale è di 1,2 milioni di euro ed è rappresentato da numero pari di azioni da un euro ciascuna. In particolare è previsto che «tutti i soci, ad eccezione delle Aziende sanitarie regionali del Quadrante 3 del Piemonte e degli altri enti pubblici aderenti alla società», ovvero i soci privati, si impegnino in sede di costituzione a versare pro-quota nelle casse sociali, a titolo di sovrapprezzo per l'emissione delle azioni, la somma di 1.592.000 euro.

Il capitale potrà essere aumentato, mediante conferimento di beni in natura o di crediti, anche a mezzo di emissione di azioni aventi diritti diversi da quelli delle preesistenti azioni.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 9-bis D.L.vo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, sono riservati alle Aziende sanitarie regionali del Quadrante 3 di Cuneo, nonché potenzialmente ad altre aziende sanitarie, enti pubblici, anche statali, azioni in misura non inferiore al 66% del capitale sociale. Lo statuto prevede che tale percentuale potrà essere ridotta, ma non potrà in ogni caso essere inferiore al 51% del capitale sociale, anche qualora la normativa vigente non lo prevedesse più come obbligatorio.

La società ha la facoltà di raccogliere, secondo modalità stabilite dall'organo amministrativo, presso i propri soci e nel rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti, finanziamenti fruttiferi ed infruttiferi di interessi, ritenuti necessari per il conseguimento dell'oggetto sociale, con obbligo di rimborso.

#### Organi sociali

La nomina del Presidente del Consiglio di amministrazione, l'Amministratore delegato e il Direttore generale di AMOS sono di competenza della compagine pubblica per una specifica previsione dei patti parasociali, diversamente da quanto avviene nella maggior parte delle sperimentazioni gestionali piemontesi e nazionali in cui l'Amministratore delegato è nominato dai soci privati. Tale meccanismo è coerente con la decisione che sia AMOS ad assumere direttamente la gestione delle attività che le aziende pubbliche intendono conferire, non operando con automatica delega ai soci privati.

La compagine pubblica è inoltre tenuta a presentare:

— al Consiglio di amministrazione e ai soci, con periodicità trimestrale, un resoconto sull'andamento della gestione e sulla situazione economica, finanziaria e patrimoniale della società, oltre che sulla qualità dei servizi offerti e sui risultati della sperimentazione gestionale;

— agli altri soci il *budget* economico ed il *budget* degli investimenti per l'esercizio sociale successivo, che dovranno essere approvati dal Consiglio di amministrazione entro fine esercizio.

La società dovrà consentire inoltre agli organi delle Pubbliche amministrazioni competenti la verifica annuale dei risultati della sperimentazione gestionale conseguiti, sia sul piano

economico che su quello della qualità dei servizi.

La gestione dei rapporti con i soci privati

La partecipazione del privato è prevalentemente finalizzata al conferimento di capitali finanziari, necessari soprattutto alla creazione di nuovi investimenti (strutture centralizzate per la gestione della logistica, della lavanderia, dei laboratori, ecc.)

Per alcuni settori la *partnership* pubblico-privata è finalizzata anche all'acquisizione di *know-how* e professionalità gestionali non presenti all'interno delle Aziende sanitarie, in particolare per la gestione dei servizi di ristorazione, per la logistica e la gestione di servizi radiologici di elevata specializzazione (come la RMN, la PET, il ciclotrone).

I rapporti contrattuali con i soci privati che effettuano direttamente le forniture o servizi sono regolate da apposite convenzioni, con la previsione esplicita delle forme di risoluzione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi. Le convenzioni dovranno altresì contenere forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione in caso di mancato raggiungimento del risultato dell'avviata sperimentazione, dichiarato con atto della Pubblica amministrazione competente.

Non si effettueranno appalti o subappalti, convenzioni, contratti con soggetti terzi estranei alla convenzione di sperimentazione per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona.

I rapporti tra i soci pubblici

La costituzione di una società mista a maggioranza pubblica era fin dalla prima bozza della proposta finalizzata

ad un coinvolgimento attivo di altre aziende sanitarie del Quadrante ed extra-Quadrante per lo sviluppo complessivo dell'attività della stessa società.

I rapporti tra i soci pubblici sono stati regolati attraverso una serie di patti di consultazione, aventi ad oggetto alcuni punti cruciali.

*Relativamente all'organizzazione dell'assistenza sanitaria*, i soci si impegnano a:

— distribuire in modo equo sul territorio della Provincia di Cuneo le eventuali attività che possono necessitare di una ricollocazione territoriale;

— tutelare e garantire la piena attività e vitalità degli ospedali oggi esistenti nonché del relativo personale, in conformità al Piano socio-sanitario regionale;

— tutelare e perseguire il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in Piemonte, anche attraverso interventi che possono non essere strettamente coerenti con gli obiettivi di efficienza gestionale di AMOS spa.

Rispetto alla *designazione degli amministratori di parte pubblica* che, come stabilito dall'art. 13 dello Statuto, dovrà avvenire con il meccanismo del voto di lista, le parti si impegnano a designare congiuntamente i propri candidati alla carica di amministratori della società, allo scopo di presentare un'unica lista unitaria.

In particolare:

a) l'azionista AO Cuneo convocherà una riunione con tutte le Aassll e gli enti pubblici azionisti, da tenersi in Cuneo entro 7 giorni prima della data fissata per la costituzione della società ovvero per l'Assemblea della società chiamata a nominare il Consiglio di amministrazione, per esaminare e votare i candidati da inserire nella lista unitaria di parte pubblica;

b) ciascun azionista di parte pubblica potrà presentare un elenco conte-

nente sino a nove candidature, corredato dei relativi *curriculum vitae*;

c) nella riunione si procederà quindi alla votazione dei nove candidati da inserire nella lista unitaria di parte pubblica, secondo le seguenti modalità:

— ciascun azionista disporrà di un voto per ogni azione della società posseduta e potrà dare i propri voti a non più di nove candidati;

— risulteranno prescelti e quindi saranno inseriti nella lista unitaria i primi nove candidati, in ordine decrescente in base al numero di voti raccolti, a condizione che ciascuno abbia raggiunto il *quorum* di tre quarti dei voti a disposizione degli azionisti pubblici, ossia il 49,5% del capitale della società (pari al 75% del 66% del capitale sociale in mano agli azionisti pubblici);

— qualora, dopo tre votazioni, non si riesca a completare la lista con nove candidati che abbiano raggiunto il *quorum* previsto al punto precedente, si procederà alla quarta ed ultima votazione e saranno designati i candidati mancanti in virtù dei voti raccolti in tale votazione.

Le parti si impegnano tutte a votare in assemblea nella carica di Presidente della società il candidato che ha ottenuto il maggior numero di voti.

Entro la fine dell'estate è prevista la costituzione della società con atto notarile e la nomina del Consiglio di amministrazione, per iniziare successivamente l'attività, assorbendone come primo atto alcuni appalti in scadenza.

Ogni anno la società dovrà relazionare all'Assessorato alla sanità regionale sull'andamento societario e dopo tre anni dall'avvio, se i risultati saranno positivi, la Regione potrebbe autorizzare la società a proseguire come soggetto autonomo.

### 3. Conclusioni

L'esperienza di sperimentazione gestionale del Quadrante 3 di Cuneo consente di trarre alcune considerazioni sulle implicazioni che modelli di collaborazione e *partnership* pubblico-privato possono determinare nel settore sanitario.

Un primo elemento di riflessione coinvolge la dimensione istituzionale delle aziende sanitarie.

L'azienda sanitaria, in quanto istituto deputato al raggiungimento di determinate finalità individuabili, in prima approssimazione, nella prevenzione e cura della salute su un determinato territorio, orienta la propria attività seguendo specifiche condizioni e regole di funzionamento, riconducibili in generale a due tipologie:

— regole istituzionali (o regole costituenti), finalizzate alla definizione delle strutture e dei meccanismi di funzionamento del sistema;

— regole e comportamenti reali, dettate dalla necessità di adeguare l'azione alle mutevoli condizioni ambientali, ricorrendo al *know-how* e professionalità aziendali per assicurare una adeguata risposta alle specifiche esigenze della domanda (cosiddette dinamiche reali) (Del Vecchio, 2002).

Il contesto in cui le aziende sanitarie oggi operano si caratterizza per una continua crescita dei bisogni e della domanda di salute, per una costante tensione sulle risorse disponibili, per l'evoluzione verso nuovi assetti federalistici che inducono una sempre più spinta diffusione delle responsabilità e del potere decisionale.

In risposta a questo scenario, interventi intenzionali mirati alla mera ridefinizione istituzionale delle strutture e dei meccanismi di funzionamento delle aziende, non sembrano raggiungere soluzioni in grado di garantire effettive sinergie e razionalità al sistema

in presenza di una pluralità di soggetti a forte autonomia.

D'altra parte è possibile osservare alcuni fenomeni, che non sono sempre la diretta conseguenza di interventi intenzionali e che sono quindi riconducibili alle «dinamiche reali». Essi rappresentano un insieme di cambiamenti e spinte evolutive per la ricerca di nuove logiche e strumenti di governo che, coerentemente con la funzione istituzionale dell'ente di formulare politiche, produrre servizi o regolare attività produttive di altri soggetti, privilegino principi di economicità e funzionalità, criteri di concreta fattibilità tecnica, organizzativa nonché di sostenibilità sociale.

Si riscontrano quindi interventi in grado di raccogliere e supportare le spinte evolutive spontanee che stanno attraversando i sistemi sanitari: essi si caratterizzano per l'impiego di strumenti informali, volti alla definizione di criteri decisionali e schemi valutativi che mirano non tanto ad imporre decisioni vincolanti, ma a dar vita a programmi, attività, iniziative che inducono a modificare le priorità e le convenienze dei singoli portatori di interesse e ad assumere comportamenti ed azioni che aderiscono sostanzialmente agli effettivi percorsi di cambiamento del sistema stesso.

L'adozione di logiche di *governance* — così sono definiti modelli di esercizio dei poteri formali e/o informali orientati alla creazione di condizioni di condivisione e assenso su determinate scelte (Borgonovi, 2001) — possono trovare applicazione nell'ambito del funzionamento organizzativo di una singola azienda (modello organizzativo partecipativo), nelle dinamiche relazionali tra diversi enti/amministrazioni pubbliche (modello di *governance* di sistema pubblico) o nella gestione del sistema economico-sociale con cui l'ente si relaziona (sistema di *governance* globale) tramite

strumenti di programmazione concertata e/o negoziata.

L'adozione di modelli gestionali innovativi come il caso qui presentato, finalizzati sia al recupero di margini di efficienza produttiva del sistema sanitario che alla creazione di sinergie tra i diversi soggetti che popolano il sistema, coinvolgono in particolare gli ultimi due livelli.

Rispetto alla dimensione delle relazioni tra gli attori pubblici coinvolti dall'iniziativa, emerge chiaramente la necessità di individuare adeguati strumenti e meccanismi di coordinamento di una rete complessa, quale quella rappresentata del Quadrante, in grado di ottemperare in maniera equilibrata le attese di tutti gli *stakeholder* e di raggiungere l'obiettivo di funzionamento razionale del sistema. In sistemi costituiti da un complesso insieme di soggetti intergenti, come sono i sistemi sanitari, l'implementazione di una politica pubblica o più semplicemente di un'iniziativa innovativa si scontra con un fattore ad alta criticità, ovvero la cosiddetta «complessità dell'azione congiunta» (Pressman, Wildasky, 1984). Più un sistema è complesso, in termini di numerosità di attori, intensità e qualità delle interrelazioni, articolazione della distribuzione di poteri e responsabilità, più stringente è la necessità di ricorrere ad adeguati strumenti di coordinamento e negoziazione che consentano di raggiungere un compromesso tra opzioni conflittuali e risultati potenzialmente non realizzabili a livello di singoli attori.

L'analisi del processo decisionale deve quindi essere focalizzato non tanto sulla singola organizzazione (l'Azienda ospedaliera di Cuneo), quanto piuttosto rispetto al *network*, ossia lo spazio organizzativo all'interno del quale avvengono le relazioni di scambio tra più organizzazioni (Regione, Aziende sanitarie, comuni della provincia) (Longo, 1992).

Le sperimentazioni gestionali concorrono a porre in evidenza un'ulteriore criticità, direttamente collegata alle dinamiche relazionali con soggetti esterni al sistema pubblico in senso stretto.

L'adozione di *partnership* pubblico-privato implica lo sviluppo di logiche e strumenti di *governance* volte a determinare un livello ottimale di distribuzione delle responsabilità tra operatori pubblici, titolari della funzione, e operatori privati, incaricati della gestione (5). La ricerca del raggiungimento di livelli produttivi più efficienti attraverso il ricorso a modelli gestionali «privatistici» non deve comunque comportare una diminuzione dell'efficacia alla risposta alla domanda di beni e servizi della collettività. In particolare, il settore della sanità, ha una spiccata connotazione sociale che non è sempre conciliabile con le logiche di convenienza economico-finanziaria. In generale, le collaborazioni dovranno garantire che rimanga di competenza dell'azienda pubblica la responsabilità della definizione degli standard di servizio qualitativi minimi, la prerogativa del controllo del raggiungimento di determinati livelli di efficienza gestionale e di efficacia nel soddisfacimento dei bisogni degli utenti, il controllo sui meccanismi di determinazione delle tariffe a livelli socialmente accettabili. Tale garanzia è stata assicurata nel caso in esame assegnando ai soci pubblici della costituenda società una partecipazione maggioritaria per tutta la durata della sperimentazione e il poter di nomina degli organi direttivi, secondo i meccanismi previsti nei patti parasociali stipulati con la compagine privata.

Queste considerazioni inducono un'ultima riflessione sui contenuti dell'attività pubblica e della missione aziendale e, più in generale, sugli stessi confini delle aziende sanitarie.

La scelta di esternalizzare alcune fasi del processo produttivo costituisce una dinamica reale e significativa per molti settori, compreso quello sanitario. In particolare, l'evoluzione dell'offerta del mercato privato verso tipologie di servizi che si avvicinano per natura e finalità a quelli tipicamente resi disponibili dalle aziende sanitarie, superando i tradizionali limiti dei servizi altamente standardizzabili e collocandosi sempre maggiormente nell'area dei servizi sanitari, stimola alcune considerazioni su quale sia l'effettivo significato da attribuire al termine *core business* in relazione all'attività svolta da un'azienda sanitaria e su quali siano, in definitiva, i confini dell'aziende stesse.

Nel caso in esame è prevalsa nelle fasi di discussione e affinamento della proposta la scelta di limitare essenzialmente la sperimentazione a servizi di carattere industriali (mensa, calore, lavanderia, pulizie) e a pochi servizi sanitari, nonostante l'analisi di fattibilità avesse evidenziato benefici gestionali perseguibili con l'estensione della sperimentazione anche ad altre attività sanitarie. L'evoluzione avviata con il ricorso all'*outsourcing* verso processi produttivi sempre più delocalizzati dalle aziende, induce alla definizione di possibili strategie e modelli di governo e gestione dei processi di specializzazione e redistribuzione dei compiti e responsabilità all'interno del sistema. Attualmente sono osservabili nei sistemi sanitari regionali due principali tendenze: il prevalere di logiche di deintegrazione in cui l'azienda svolge essenzialmente una funzione di committenza, rispetto a modelli in cui l'azienda mantiene la gestione diretta della fase di produzione. Per i sistemi che aderiscono al primo modello risulta particolarmente critica la scelta dei meccanismi e degli strumenti in grado di regolare i rapporti tra i soggetti del sistema — pubblici e pri-

vati — favorendo dinamiche competitive. Per i sistemi coerenti con il secondo modello è invece critico il perseguimento di logiche di programmazione e coordinamento tra le aziende che partecipano al processo produttivo del sistema.

Rispetto al secondo approccio, cui è riconducibile il caso della sperimentazione esaminata, è possibile ricondurre in prima approssimazione le molteplici iniziative finalizzate a stimolare comportamenti cooperativi e dinamiche di integrazione del sistema a distinti approcci di intervento.

In alcuni contesti regionali il perseguimento di sinergie e razionalità di sistema privilegia forme di programmazione e coordinamento volontarie secondo logiche *bottom-up*, attraverso la promozione di *network* interaziendali su specifici settori di intervento (ad esempio il ciclo degli approvvigionamenti); è questo l'approccio adottato in Emilia-Romagna.

Altri sistemi sanitari regionali hanno preferito intervenire sul piano della struttura istituzionale; è questo il caso dei Consorzi di Area Vasta istituiti in Toscana, società pubbliche interaziendali create per la gestione di funzioni tecnico-amministrative delle aziende consorziate che mirano a raccogliere e capitalizzare i vantaggi perseguibili con l'adozione di logiche di cooperazione e integrazione funzionale.

Un altro possibile approccio è esemplificato proprio dalla sperimentazione gestionale analizzata, dove la spinta all'integrazione nasce su iniziativa imprenditoriale di una singola azienda (l'Azienda ospedaliera di Cuneo), per poi essere estesa, su iniziativa della Regione, a tutte le altre aziende del sistema nel tentativo di ricondurre la sperimentazione ad una strategia di progressivo rafforzamento del ruolo dei Quadranti per il coordinamento delle singole politiche aziendali.

Tutte le iniziative hanno comunque in comune l'obiettivo di regolare le dinamiche evolutive dei sistemi sanitari regionali, evitando dispersioni di risorse e professionalità e/o duplicazioni e sovrapposizioni tra aziende, attivando meccanismi (formali o informali, istituzionali o reali) che siano in grado di attivare sinergie e di garantire adeguati livelli di razionalità.

---

(1) Agenzia per i servizi sanitari regionali, *Monitor, Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, bimestrale, anno II, numero 3, gennaio-febbraio 2003.

(2) La richiesta alla Regione Piemonte per l'autorizzazione al programma di sperimentazione è stata inoltrata con il provvedimento n. 1535 del Direttore generale dell'Azienda ospedaliera S. Croce e Carle del 18 dicembre 2002.

(3) A differenza delle attività interessate dallo studio di fattibilità, i servizi di dialisi per cronici, del Dipartimento testa-collo e di anestesiology non sono stati redatti specifici business plan in quanto settori da attivarsi successivamente a quelle di laboratorio e radiologia; comunque, anche per queste attività è prevista come scenario per il confronto la spesa sostenuta nel 2002 dall'ASO S. Croce. Per i dati di ricavo e costi aziendali si è fatto riferimento al bilancio aziendale del 2002.

(4) A questo proposito occorre ricordare che la «finanziaria 2004» prevede il permanere del blocco delle assunzioni ed anzi lo inasprisce (presumibilmente nel Quadrante 3 per il S. Croce e le altre quattro Asl del quadrante di Cuneo si avrà una riduzione di organico nel 2004 di circa 200 dipendenti tra ruolo, supplenze ed incarichi). L'AMOS potrebbe essere uno strumento per chi aderisce per contenere le difficoltà derivanti dalla diminuzione dei dipendenti.

(5) In alcuni casi, quando, per la natura e il volume delle attività, si raggiungono elevati gradi di interdipendenza, può risultare oppor-

tuna la scelta di costituire un soggetto terzo ad hoc cui affidare la gestione delle attività comuni (la società AMOS spa per la sperimentazione di Cuneo).

#### BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2003), «Sperimentazioni e innovazioni gestionali nelle aziende sanitarie», *Monitor*, gennaio-febbraio, 3, Roma, ASSR.
- BORGONOV E. (2002) *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- DEL VECCHIO M. (2003) «Specializzazione organizzativa, reintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 2003, 46, pp. 9-24.
- LONGO F. (1992) *Implementation approach alle politiche pubbliche*.
- PRESSMAN J., WILDAVSKY A. (1984) *Implementation, how great expectations in Washington are dashed in Oakland*, Berkeley, University of California Press.

# UN'ANALISI IN CHIAVE STRATEGICA DEI MECCANISMI OPERATIVI. IL CASO AUSL REGGIO EMILIA

Mariella Martini<sup>1</sup>, D. Riccò<sup>1</sup>, Franco Prandi<sup>1</sup>, L. Cosmi<sup>2</sup>, M. Del Vecchio<sup>2</sup>, Maurizio Martini<sup>1</sup>, Federica Prandi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ausl Reggio Emilia

<sup>2</sup> CERGAS Università Bocconi

SOMMARIO: 1. La valutazione dei meccanismi operativi - 2. Il caso Ausl Reggio Emilia - 3. L'analisi dei meccanismi operativi aziendali - 4. L'analisi in chiave strategica dei meccanismi operativi - 5. Conclusioni.

## 1. La valutazione dei meccanismi operativi

### 1.1. Perché valutare i meccanismi operativi?

Per valutare i livelli di funzionalità del sistema aziendale un utile schema di riferimento è costituito dalle variabili che definiscono l'assetto organizzativo:

— *la struttura organizzativa*, ovvero la configurazione dell'assetto delle responsabilità, espresso in termini di articolazione dei ruoli organizzativi;

— *la cultura aziendale*, ovvero l'insieme delle ipotesi di valore che riguardano gli aspetti relazionali, la struttura di potere, l'autorità, e che si manifesta in termini di comportamenti e atteggiamenti degli individui e dei gruppi sociali;

— *i meccanismi operativi*, ovvero l'insieme dei processi di supporto allo svolgimento delle attività *core*, che operano come «stimoli dinamici» atti a conseguire l'adattamento dei comportamenti degli individui alle esigenze della situazione (Rugiadini, 1988). Fanno parte dei meccanismi operativi i processi di comunicazione, di decisione, di coordinamento, di controllo e di valutazione del personale (Airoldi, 1980). Per lo svolgimento di tali pro-

cessi l'organizzazione sviluppa specifici sistemi operativi. I più consolidati e conosciuti sono senz'altro i sistemi di programmazione e controllo e i sistemi di valutazione del personale.

Questo schema guida alcune considerazioni che contestualizzano la logica e i contenuti della ricerca condotta presso l'Ausl di Reggio Emilia.

La tipologia di interventi organizzativi (1) promossi in una logica di cambiamento del sistema aziendale si sono tradizionalmente concentrati prevalentemente sulle dimensioni della struttura organizzativa e della cultura aziendale. Nell'ambito dell'intervento organizzativo, infatti, la dimensione della struttura organizzativa è senz'altro quella più visibile e più comunicabile a tutti i soggetti interni ed esterni protagonisti o destinatari del cambiamento. L'attenzione alla dimensione della cultura aziendale, invece, è stata spesso guidata dalla necessità di intervenire su alcune patologie (ad esempio, scarsa motivazione di gruppi specifici di dipendenti, supporto alla funzione del management intermedio) che erano di ostacolo nel realizzare la strategia di cambiamento (2).

La valutazione del sistema aziendale richiede tuttavia un'analisi a tutto

tondo, in grado di soffermarsi oltre che sulla funzionalità e coerenza tra la struttura organizzativa e la cultura aziendale, anche sulla disponibilità di meccanismi operativi efficaci nel supportare la guida del sistema aziendale, nella sua interezza, verso gli obiettivi e le finalità d'istituto (Borgonovi, 1996). La minore attenzione di cui i meccanismi operativi sono stati oggetto da parte dell'analisi organizzativa è un fenomeno che deriva in parte dalle caratteristiche dei meccanismi operativi come «processi di supporto» ai cosiddetti «processi primari», in parte dalle caratteristiche delle funzioni aziendali a cui le Direzioni hanno affidato lo sviluppo e la gestione di tali processi.

Con riferimento al primo punto, le attività di programmazione, controllo, valutazione dei prestatori di lavoro (solo per citare alcuni esempi di meccanismi operativi) non producono un risultato autonomo per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, ma assumono un significato in quanto collegati allo svolgimento di attività *core* (3). I meccanismi operativi sono processi «secondari», la cui missione consiste nel «fare girare» la routine organizzativa (ovvero supportare le decisioni, diffonderle, valutarle). In

quanto processi strumentali, la valutazione della loro funzionalità si è solitamente limitata alle caratteristiche tecniche (Quali sono i processi di supporto di cui il sistema aziendale dispone? Tali processi sono efficienti?).

Con riferimento al secondo punto, invece, i meccanismi operativi sono oggi gestiti nella maggioranza dei casi da un gruppo professionale nuovo (il personale delle funzioni di *staff*), che per le competenze detenute e il ruolo assunto nell'ambito del sistema aziendale ha avuto l'interesse ad accentuare il carattere di *technicality* di questi processi. L'area delle funzioni di *staff* è stata percepita dalle direzioni aziendali come la più adatta per il mandato di sviluppo dei sistemi operativi «innovativi» (sistemi di programmazione e controllo, valutazione della qualità, gestione del personale, ovvero i meccanismi operativi). Come sottolinea una ricerca svolta dal CERGAS Bocconi (2001), nelle aziende sanitarie ai responsabili delle funzioni di *staff* è stato chiesto di evolvere progressivamente il proprio ruolo verso un modello di specialisti/consulenti aziendali interni del meccanismo operativo. Rispetto ad altri settori, il carattere professionale (4) delle aziende sanitarie ha reso in qualche misura più pressante agli attori delle funzioni di *staff* la necessità di affermare elementi a loro volta «professionali» (5) del proprio lavoro per poter dialogare con i professionisti sanitari, da un lato, e il *top management*, dall'altro lato. Dal punto di vista dei nuovi «consulenti interni», la strategia professionale più vantaggiosa per consolidare la propria professionalità è stata quindi quella di aumentare la specializzazione e l'esclusività sui meccanismi operativi gestiti come elemento distintivo.

Come conseguenza delle considerazioni svolte, le azioni di intervento sui meccanismi operativi si sono concentrate prevalentemente sul progres-

sivo affinamento tecnico degli strumenti (migliorandone il processo di gestione, aumentando la gamma degli strumenti di supporto del meccanismo stesso o formando competenze specialistiche destinate ad operare su di essi) che hanno limitato, almeno in parte, la prospettiva di una valutazione di funzionalità dell'insieme dei meccanismi operativi come strumento a supporto del cambiamento organizzativo. Questo fenomeno sottolinea il carattere operativo delle strategie di innovazione sui meccanismi operativi, e al tempo stesso, caratterizza la strategia professionale da parte dei responsabili degli *staff*, volta a costruire una selezione all'entrata in termini di competenze distintive per rafforzare il proprio ruolo interno. Si pensi ad esempio all'adozione di strumenti e metodologie innovative (dal *Zero Base Budgeting*, all'*Activity Based Costing*, alla valutazione delle prestazioni «a 360°», alla *Balanced Scorecard*) che limita implicitamente la possibilità che altri attori aziendali (dalla *line*, in particolare) sviluppino competenze in competizione con quelle del personale di *staff*.

Ad esempio, il meccanismo di valutazione del personale è stato tipicamente oggetto di interventi volti ad un miglioramento nel processo di valutazione delle prestazioni (più strutturato, tramite l'effettuazione di colloqui di valutazione iniziali, intermedi e finali; più supportato, con l'introduzione di una scheda di valutazione in cui i fattori di valutazione dei comportamenti organizzativi sono pesati e provvisti di una chiara declaratoria degli stessi; più standardizzato, promuovendo iniziative di formazione dei valutatori). Più raramente, invece, le Direzioni aziendali si sono fermate a considerare quanto la configurazione del sistema di valutazione delle prestazioni fosse funzionale ad una gestione della dirigenza, ad esempio,

in grado di fare emergere le persone con una visione e con le competenze più coerenti rispetto alla strategia aziendale e di valutare quanto le *performance* da essi espresse fossero in linea con il raggiungimento degli obiettivi più complessivi di azienda.

A sostegno di una strategia di reale cambiamento organizzativo appare quindi prezioso agire da subito anche sui meccanismi operativi, per agire sul grado di *efficacia* a supporto della strategia aziendale e di coerenza con la struttura organizzativa e il contesto culturale prevalente.

L'efficacia può essere misurata attraverso il grado di interiorizzazione dei meccanismi operativi a supporto nelle *routine* decisionali, che esprime quanto essi rappresentino un supporto reale alle decisioni o, al contrario, essi vengano percepiti come un orpello organizzativo, a cui è necessario adeguarsi, almeno formalmente. Non è quindi sufficiente che i meccanismi operativi siano presenti o efficienti in un'accezione celebrativa (ad esempio, l'incontro annuale di valutazione delle prestazioni individuali), ma che essi siano utilizzati nell'ambito delle decisioni più importanti, ovvero quelle che devono il più possibile garantire la tenuta delle convenienze del singolo decisore rispetto agli obiettivi di azienda.

Dove i meccanismi operativi sono deboli si assiste invece all'accentuarsi dello scollamento del momento decisionale formale da quello reale, che avviene in modo informale e/o soggettivo (sebbene non necessariamente discrezionale). In questo caso, i meccanismi operativi sono impiegati più per giustificare e razionalizzare *ex-post* determinate scelte, per le quali la funzione di supporto del meccanismo è stata del tutto inesistente (6).

L'analisi in chiave strategica dei meccanismi operativi richiede pertanto di valutare il contributo che l'intro-



duzione dei meccanismi operativi ha dato e sta dando rispetto al perseguimento delle strategie aziendali (7), evitando il rischio di fenomeni di atteggiamento adattivo dell'organizzazione. La disponibilità di meccanismi e strumenti ineccepibili dal punto di vista tecnico ma non interiorizzati nelle logiche decisionali costituisce, infatti, il vero *end point* degli stessi e un grave danno per la funzione di governo aziendale.

### 1.2. Il mandato della ricerca

L'intervento di valutazione dei meccanismi operativi è stato pensato, nell'ottica della direzione strategica, come un momento qualificante per fare il punto sul livello di funzionalità del sistema aziendale, inteso come *adeguatezza* dell'organizzazione rispetto al perseguimento della sua missione aziendale. La progettazione del cambiamento organizzativo, infatti, deve esprimere una visione unitaria e sistemica dell'organizzazione, con una attenzione particolare alla cultura, all'etica, al sistema di valori condiviso dell'azienda («la cultura del noi»).

In questa prospettiva, la ricerca sui meccanismi operativi ha avuto il mandato di valutare:

— il rapporto costi/benefici conseguiti dall'investimento organizzativo sui meccanismi operativi in termini di risorse dedicate, competenze sviluppate, avvio dei processi e cambiamento organizzativo;

— i miglioramenti che il loro sviluppo ha apportato al sistema aziendale, in termini di effettivo apprendimento e sviluppo organizzativo veicolato e impatto sul rafforzamento della «cultura del noi» aziendale.

Da un punto di vista metodologico, soprattutto in risposta al secondo punto del mandato, ciò ha comportato un'operazione complessa di razionalizzazione *ex-post* di linee di sviluppo

dei meccanismi operativi solo in parte esplicitamente deliberate in fase di avvio degli stessi.

## 2. Il caso Ausl Reggio Emilia

### 2.1. Un quadro introduttivo: il contesto e i valori aziendali

L'Azienda unità sanitaria locale di Reggio Emilia ha dimensione provinciale con una popolazione di 449.000 abitanti; sul territorio insistono 45 Comuni distribuiti in parte su superficie pianeggiante ed in parte montana. L'azienda è articolata in 6 distretti territoriali (derivanti dalle 6 ex Usl confluite nella costituzione dell'azienda nel 1995), 5 ospedali (totale 800 posti letto) di cui uno specialistico ad indirizzo riabilitativo, raggruppati in un unico presidio ospedaliero.

La struttura organizzativa ha adottato pienamente il modello dipartimentale. Ogni ospedale del presidio prevede, infatti, un dipartimento medico e un dipartimento chirurgico, cui si aggiunge il dipartimento trasversale di riabilitazione, con sede principale presso lo stabilimento di Correggio Emilia (per complessivi 11 dipartimenti ospedalieri). Sono inoltre previsti 9 dipartimenti territoriali (Dipartimento salute mentale, Dipartimento sanità pubblica e Dipartimento farmaceutico, 6 Dipartimenti di cure primarie e un Dipartimento amministrativo).

L'azienda conta circa 3.500 dipendenti. Sul territorio aziendale opera una Azienda ospedaliera (Arcispedale Santa Maria Nuova) con la quale si realizza una parziale integrazione organizzativa sui processi diagnostico-terapeutici di emergenza e diagnostica, strutturati in due dipartimenti inter-aziendali (dipartimento di emergenza e dipartimento di diagnostica).

L'Atto aziendale, deliberato nel maggio 2001, e il documento che de-

scrive gli «Elementi per l'assetto organizzativo dell'Azienda Usl di Reggio Emilia», deliberato nel marzo 2002 sono il riferimento per ricostruire il contesto aziendale entro cui si collocano i meccanismi operativi, a partire dall'esplicitazione delle scelte di fondo condivise in azienda (i principi guida e i valori su cui si esplicita la *mission* e la *vision* aziendali), oltre all'articolazione aziendale e gli ambiti di responsabilità dei livelli diversi organizzativi (Presidio, Distretto, Dipartimento, Servizi centrali).

Gli elementi riportati descrivono un'azienda fortemente orientata alla costruzione di meccanismi di partecipazione interna (ad esempio, nel processo di negoziazione di *budget*) e con gli attori esterni (la *partnership* con le istituzioni locali in sede di pianificazione dei servizi a valenza sociale) (tabella 1).

Sulla base descritta dai valori, l'organizzazione sviluppa le articolazioni dedicate alle funzioni di governo, di committenza e di produzione, come rappresentato dalla mappa in figura 1.

L'assetto della tecnostuttura è rappresentato nella figura 2. La struttura degli *staff* prevede quattro articolazioni principali dedicate alla gestione dei processi di supporto alle macro-funzioni aziendali dedicate, rispettivamente, all'organizzazione e sviluppo, alla sicurezza, prevenzione e conformità strutturale, alla programmazione e controllo e alla tecnologia dell'informazione. La definizione delle aree di responsabilità affidate alle diverse aree di *staff* è rappresentata nelle figure che seguono.

L'analisi della struttura organizzativa è stata propedeutica ricostruzione della rappresentazione di base dei meccanismi operativi. L'area organizzativa dello *staff* alla direzione strategica, infatti, è la sede in cui si sviluppa l'impianto e la gestione dei principali meccanismi operativi aziendali. A

**Tabella 1 - I principi guida**

<b>ATTO AZIENDALE: I PRINCIPI GUIDA</b>
<p><b>Promozione della salute</b></p> <p>Promozione della salute come processo sociale, culturale, psicologico e politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali diventano capaci di riconoscere i propri bisogni di salute, partecipano ai processi decisionali, realizzano azioni specifiche per soddisfare tali bisogni, acquisiscono capacità di utilizzare correttamente i servizi sanitari.</p>
<p><b>Miglioramento continuo</b></p> <p>La qualità del servizio che offriamo, di un processo, dei nostri professionisti, della nostra organizzazione è data dalla capacità di soddisfare le esigenze e le aspettative (esplicite e implicite) dei propri clienti e di tutte le parti interessate.</p> <p>Se è vero che con l'espressione «parti interessate» (<i>stakeholder</i>) si intendono tutti coloro che in un qualche modo investono valore in un'organizzazione dandole un contributo (lavoro, immagine, forniture, competenze professionali ...), allora alla base di questo rapporto c'è uno scambio di valore e l'organizzazione deve, nel medio-lungo periodo ridistribuirlo ai vari <i>stakeholder</i> in modo equilibrato e conforme alle aspettative di ciascuno.</p>
<p><b>Risorse Umane</b></p> <p>Dare spazio alle esperienze alle esperienze e ai contributi di ogni professionista coinvolgendolo nei gruppi di lavoro e in tutte le altre forme di elaborazione progettuale, riconoscere i contributi e le esperienze attraverso la loro diffusione: in tal senso l'azienda persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari, e rende l'esperienza valore di riferimento nei processi decisionali aziendali.</p>
<p><b>Efficienza organizzativa</b></p> <p>Elementi fondanti della nostra realtà organizzativa sono l'<i>ascolto</i> per la qualità stessa del lavoro, l'<i>informazione</i> chiara, rispettosa delle culture e della storia delle persone, semplice, puntuale e pertinente, lo stimolo alle <i>informazioni di ritorno</i>, la ricerca del <i>consenso</i> come contributo alla qualità dell'azione, l'esplicitazione delle ragioni delle scelte e la chiarezza delle attese reciproche.</p>
<p>È a partire da ciò che prende corpo un'azione orientata all'efficienza.</p>
<p><b>I NOSTRI VALORI AZIENDALI: PROMUOVERE LA PARTECIPAZIONE</b></p> <p>Condivisione e coinvolgimento degli operatori e dei cittadini.</p>
<p><b>FARE AL MEGLIO LE COSE GIUSTE</b></p> <p>Efficacia delle scelte; sicurezza, affidabilità ed efficienza nelle azioni; esplicitazione e linearità dei percorsi, promozione della salute, utilizzo attento delle risorse, buoni risultati di bilancio e di «guadagni» di salute, miglioramento continuo.</p>
<p><b>COSTRUZIONE DI RETI</b></p> <p>Ricerca di <i>partnership</i> per la promozione della salute e la realizzazione dei servizi, costruzione di complementarità all'interno e all'esterno dell'Azienda, confronto con le Associazioni.</p>
<p><b>VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO</b></p> <p>Promuovere lo sviluppo delle competenze, valorizzare le professionalità, dare autonomia, creare responsabilizzazione, investire nelle risorse umane.</p>
<p><b>GARANZIA DI SERVIZIO UNIVERSALE E EQUO</b></p> <p>Garantire un servizio rivolto a tutti, solidarietà, ridurre le disuguaglianze nell'offerta dei servizi, sviluppare attenzione per le fasce deboli.</p>
<p><b>La mission aziendale</b></p> <p>Dare soddisfazione ai bisogni ed alle aspettative di salute dei cittadini, gestendo con efficienza le risorse disponibili, per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.</p>
<p><b>La vision aziendale</b></p> <p>Sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione, sia all'esterno, con il contesto locale, per arricchire il capitale sociale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in una ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati; sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti.</p>

Fonte: Atto aziendale di organizzazione, 2001.

quest'area è affidata lo sviluppo e la gestione dei processi di supporto ai processi primari («prevenzione, assistenza di base, urgenza, assistenza in fase acuta in regime di ricovero, assistenza per la salute mentale e assistenza specialistica ambulatoriale») e ai processi in cui si esplica la funzione di governo aziendale («definizione delle strategie, formulazione delle linee di lavoro e dei relativi sistemi di responsabilità, governo dei fenomeni complessivi») (tabella 2).

È infine necessario ricordare i tre principi ispiratori delle modalità attraverso cui si esprime il governo aziendale e che impronta l'organizzazione del lavoro esercitando di conseguenza una forte valenza per definire la «visione dichiarata» dei meccanismi operativi aziendali degli organi di governo aziendali:

- 1) «La vista aziendale come sistema unitario»;
- 2) «Lavorare per processi»;
- 3) «Verso un laboratorio di apprendimento».

Questi principi, anche se non esplicitamente, testimoniano la centralità di meccanismi operativi efficaci, come collegamenti laterali su cui sviluppare sistemi operativi in grado di supportare un'effettiva «gestione per processi», scelta dalla direzione aziendale come modalità organizzativa del lavoro.

## 2.2. La metodologia della ricerca

L'analisi del caso è stata elaborata sulla base di una ricerca effettuata da un gruppo di lavoro esterno all'azienda, che ha indagato una parte dei meccanismi operativi aziendali selezionata di concerto con la direzione strategica, a partire dalla mappa dei macroprocessi aziendali contenuta nel Piano di organizzazione. Sono stati pertanto selezionati i meccanismi operativi:

- pianificazione strategica;
- programmazione e controllo;
- gestione della qualità;
- governo delle risorse umane;
- gestione delle informazioni;
- comunicazione.

Il mandato del gruppo di lavoro è stato di fornire una visione dei meccanismi operativi che, pur risentendo necessariamente della componente soggettiva espressa da una ricerca qualitativa, stimolasse all'interno dell'azienda un momento di racconto, ricostruzione e di riflessione.

La ricerca è stata condotta attraverso l'analisi della principale documentazione aziendale, cui è seguita la strutturazione di un piano delle interviste che ha coinvolto circa 30 attori aziendali, esplicitamente distinti su tre livelli di analisi:

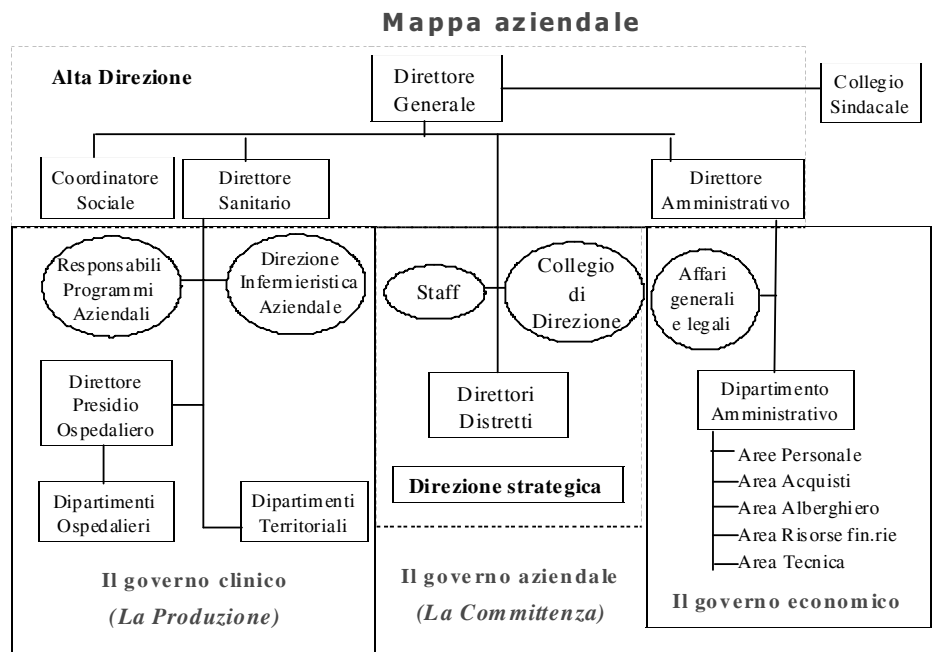
- il livello della direzione strategica (il mandante dell'analisi). Obiettivo di queste interviste è stato la rico-

struzione della visione «dall'alto» dei meccanismi operativi, ovvero delle finalità perseguite con la loro attivazione, e il raccordo tra configurazione degli stessi e scelte della direzione strategica, per comprendere la portata del sostegno prevista nel disegno dei sistemi di supporto rispetto ai processi decisionali reali;

— il livello dei responsabili dei meccanismi operativi (i mandatori dello sviluppo dei meccanismi operativi aziendali). Obiettivo di questa fase è stato la ricostruzione della fotografia del funzionamento dei meccanismi operativi, in termini di *mission*, attori coinvolti nella gestione, destinatari, principali fasi di gestione e strumenti di supporto attivati;

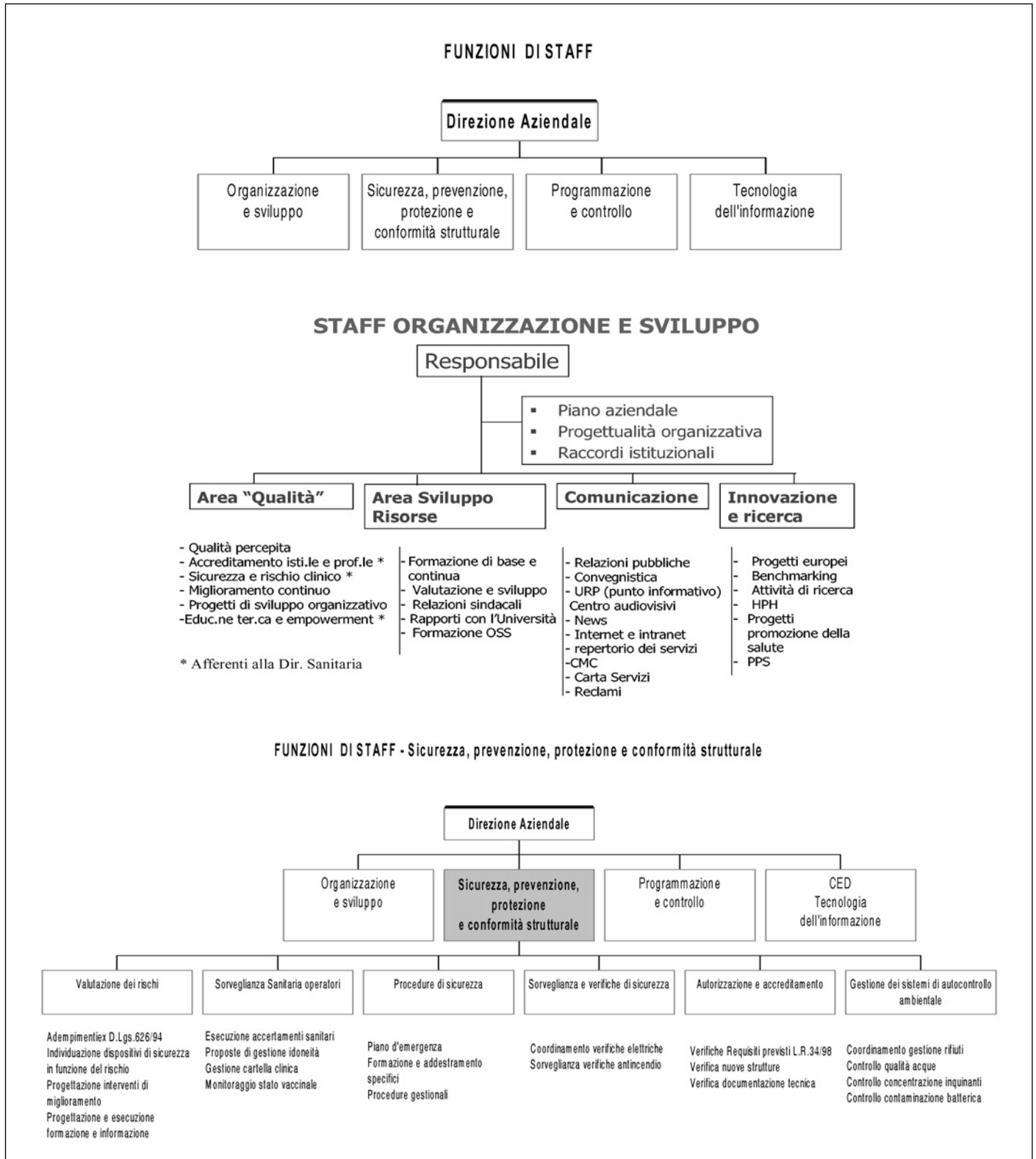
— il livello dei dirigenti di *line* (i clienti interni dei meccanismi operativi). L'obiettivo è stato ricostruire la visione *bottom-up* dei meccanismi e valutare l'efficacia degli strumenti

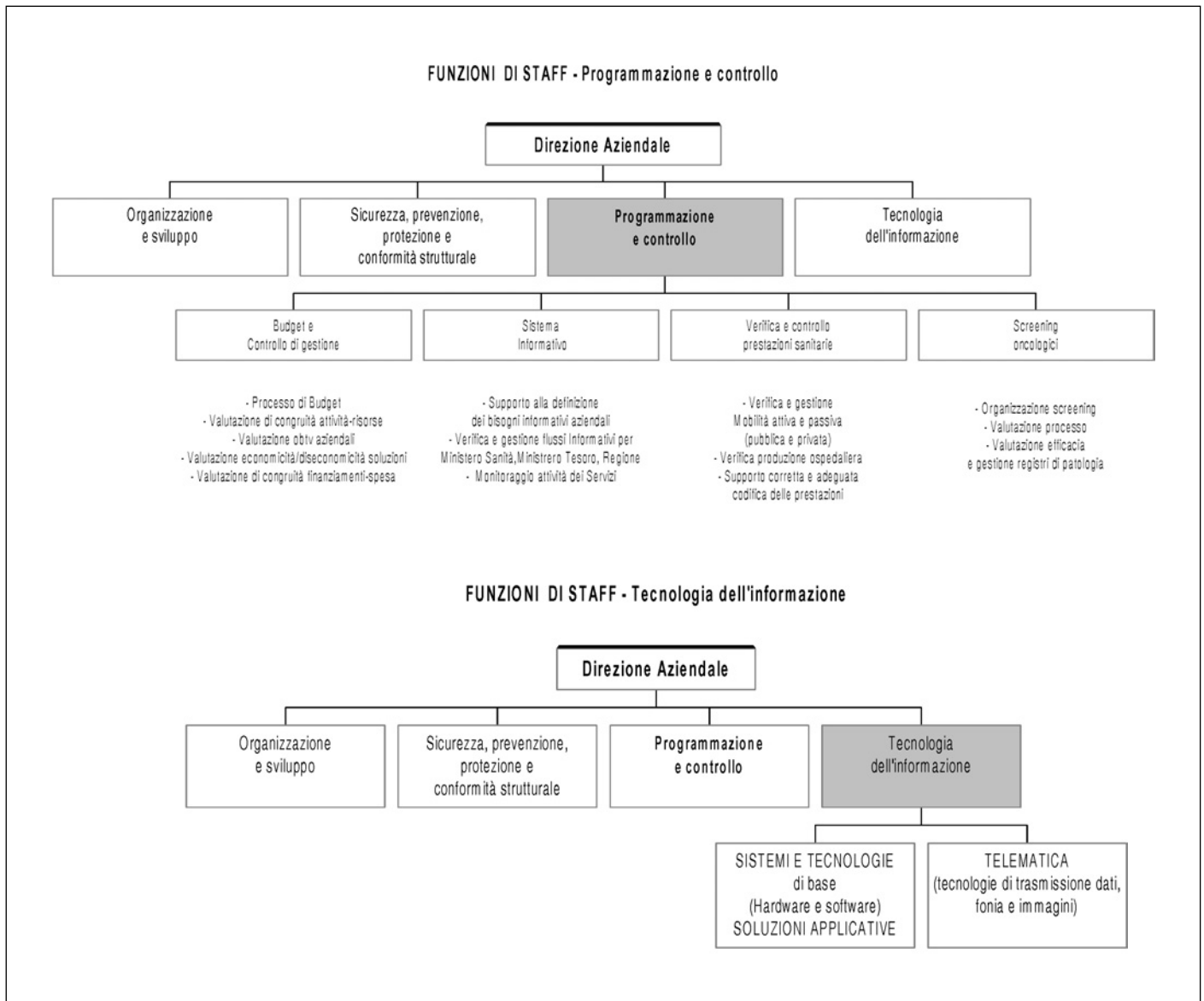
Figura 1 - La mappa delle macro-funzioni aziendali



Fonte: Atto aziendale di organizzazione, 2001.

Figura 2 - Le funzioni di staff



segue **Figura 2 - Le funzioni di staff**

Fonte: Atto aziendale di organizzazione, 2001.

nell'orientare le convenienze degli attori di *line*.

Le informazioni ottenute dalla fase delle interviste (effettuate nel mese di settembre 2003) hanno permesso di sintetizzare la fotografia dei principali meccanismi operativi aziendali rispetto alla configurazione dichiarata sui documenti aziendali come quadro pre-

liminare per l'analisi in chiave strategica.

La fase di lettura in chiave strategica dei meccanismi operativi è stata condotta esclusivamente dal gruppo di ricerca esterno e ha valutato:

— i punti di forza e i punti di debolezza di ciascun meccanismo operativo, nella prospettiva attuale. Questa

fase ha completato la ricostruzione del quadro attuale dei meccanismi operativi, evidenziando le eventuali criticità nell'applicazione e le caratteristiche distintive dello strumento su cui puntare per il futuro;

— le aree di possibile affinamento/miglioramento: ricostruendo la prospettiva di evoluzioni futura per

suggerire alcuni spunti di azione correttiva o migliorativa relativa ai meccanismi operativi in essere.

I risultati dell'analisi sono stati oggetto di un incontro di restituzione con la direzione strategica e i responsabili dei meccanismi operativi finalizzati al confronto della visione del gruppo di osservatori esterni e l'Azienda (avvenuto nel mese di febbraio 2004). Sulla base dei risultati dell'incontro è stato possibile completare il cerchio dell'analisi e sintetizzare alcune direzioni di intervento per il futuro dei meccanismi operativi.

### 3. L'analisi dei meccanismi operativi aziendali

#### 3.1. Il meccanismo di pianificazione strategica

*Definizione del meccanismo.* La pianificazione strategica è descrivibile come «il processo mediante il quale vengono definiti gli obiettivi, le politi-

che e gli assetti delle combinazioni economiche dell'azienda» (Airoldi, 1980). Gli elementi costitutivi del meccanismo di pianificazione strategica sono la definizione delle linee di azione prioritarie, la definizione qualitativa delle risposte al bisogno di salute della popolazione (obiettivi strategici), la definizione delle «formule gestionali» per la gestione della risposta e la ripartizione delle risorse disponibili sulle azioni (Meneguzzo, Rebora, 1990). La pianificazione strategica rappresenta l'*input* entro il quale articolare il sistema di programmazione e controllo annuale (vedi *meccanismo programmazione e controllo*).

*Descrizione.* Il processo di pianificazione nella realtà reggiana è concretamente ispirato da valori di responsabilità sociale e co-progettualità della definizione del livello quali-quantitativo dei servizi, i quali definiscono la cornice e il presupposto entro cui si

sviluppa il meccanismo operativo aziendale di pianificazione strategica. L'azienda è estremamente attiva nel confronto con il contesto istituzionale locale, definendo il proprio ruolo come «risorsa della comunità locale» e «protagonista non neutrale del programma sociale del benessere della popolazione».

L'Ausl ha nel tempo configurato una effettiva *partnership* con la AO Santa Maria in virtù della complementarità del ruolo reciproco nell'ambito della rete provinciale di servizi sanitari. Con i produttori privati, l'Ausl ha cercato di orientare il rapporto verso un progressivo quadro di alleanza e non di competizione, con risultati soddisfacenti.

In questo contesto si sviluppa il meccanismo operativo aziendale, che vede coinvolti — con funzioni e ruoli diversi — i membri del gruppo di direzione strategica, che si identifica con la Direzione, allargata ai Direttori di Distretti, che si avvale della UO Epi-

**Tabella 2 - La mappa dei macro-processi aziendali**

<p><b>Processi di governo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– definire strategie, formulare linee di lavoro e relativi sistemi di responsabilità</li> <li>– governare i fenomeni</li> </ul>		
<p><b>Processi di comunicazione e marketing:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rilevare le necessità</li> <li>– mantenere rapporti</li> <li>– informare</li> <li>– sviluppare confronti</li> <li>– sviluppare eccellenze</li> <li>– ...</li> </ul>	<p><b>Processi di programmazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nuovi servizi, nuove modalità</li> <li>– controllare</li> <li>– ...</li> </ul>	<p><b>Processi primari quali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– prevenire</li> <li>– fornire assistenza di base</li> <li>– intervenire in emergenza</li> <li>– garantire assistenza in fase acuta in regime di ricovero</li> <li>– fornire assistenza per la salute mentale</li> <li>– fornire assistenza specialistica ambulatoriale</li> </ul>
	<p><b>Processi di garanzia della qualità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– misurare</li> <li>– accreditare</li> <li>– sviluppare le risorse</li> <li>– ricercare il miglioramento continuo</li> <li>– sviluppare sicurezza</li> <li>– sviluppare efficacia</li> <li>– ...</li> </ul>	

Fonte: Atto aziendale di organizzazione, 2001.

demologia presso il Dipartimento di sanità pubblica.

Gli strumenti operativi del meccanismo di pianificazione strategica possono essere distinti in strumenti di pianificazione della rete locale, derivanti dalla normativa in materia sanitaria nazionale e regionale, e strumenti organizzativi a supporto della formulazione e gestione della strategia. La tabella 3 rappresenta il quadro degli strumenti di programmazione previsti dal Ssr Emilia-Romagna, come mappa per visualizzare il raccordo tra gli strumenti di pianificazione, programmazione e la varietà degli attori istituzionali coinvolti.

#### 1. Il sistema degli strumenti di pianificazione e programmazione di rete locale.

All'interno della Conferenza socio sanitaria territoriale vengono elaborati:

— i Piani per la salute (PPS) (8), che identificano gli obiettivi da raggiungere in ambito provinciale relativamente agli indirizzi di politica della salute. Il PPS costituisce il «patto locale di solidarietà per la salute» e ha validità triennale;

— il Piano attuativo locale (PAL), a valenza provinciale, che esprime la programmazione pluriennale dei servizi sanitari e le modalità con cui si intendono raggiungere gli obiettivi di salute definiti dai PPS (politica dei servizi);

— i Piani di zona, a valenza distrettuale, strumenti attraverso cui i diversi soggetti coinvolti nella programmazione e progettazione delle politiche sociali, definiscono il sistema integrato di interventi e servizi sociali e che vengono in seguito recepiti a livello aziendale con gli Accordi di programma;

— i Programmi delle attività territoriali (PAT), elaborati di concerto con i sindaci dei comuni del distretto,

che traducono a livelli distrettuale la programmazione dei servizi sanitari e socio sanitari per il territorio di riferimento.

A questi strumenti si affiancano di pianificazione strategica prettamente aziendali:

— il *Piano delle azioni triennale*: strumento di programmazione operativa, interno all'azienda attraverso cui si concretizza la funzione di committenza, il rispetto dei vincoli, i livelli, volumi dell'offerta, gli *standard* di servizio, le priorità d'azione;

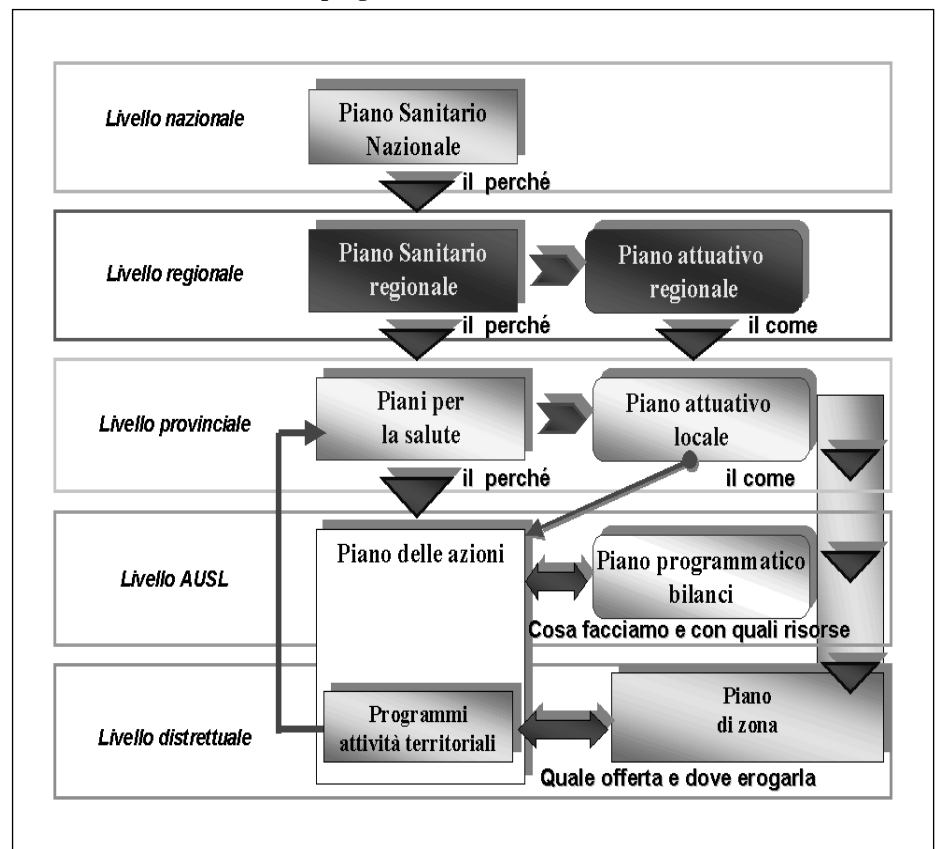
— il *Piano delle azioni annuale*: i programmi contenuti nei piani precedenti vengono aggiornati, dettagliati e selezionate le priorità per ogni anno di attività.

#### 2. Il sistema degli strumenti organizzativi:

— l'*Osservatorio epidemiologico provinciale*, collocato presso il Dipartimento di sanità pubblica, che opera la mappatura dei bisogni di salute, valutando e segmentando le patologie presenti nella popolazione di riferimento, per supportare la lettura della domanda e la tempestività della prevenzione;

— il *sistema di controllo e strategico*, come strumento di valutazione degli esiti della pianificazione strategica, affidato allo staff «Programmazione e controllo», per la parte economica-gestionale, e alla UO «Marketing strategico» presso lo staff «Organizzazione e sviluppo», definito come «lo stru-

Tabella 3 - Gli strumenti della programmazione



Fonte: elaborazione aziendale sulla base della normativa regionale vigente.

mento per valutare della congruenza tra domanda e offerta dei servizi e lo sviluppo delle competenze distintive»; — a partire dal processo di pianificazione 2003, l'Ausl ha inoltre sperimentato la metodologia della *Balanced Scorecard* (BSC) a supporto della fase di formulazione della strategia (Kaplan, 1996).

La tabella 4 sintetizza le principali attività e processi gestiti dal sistema di pianificazione strategica.

### 3.2. Il meccanismo di programmazione e controllo

**Definizione.** Il sistema di programmazione e controllo si manifesta sotto forma di processi che portano a correlare esplicitamente le unità organizzative, gli obiettivi e le risorse. Rientrano negli obiettivi del meccanismo operativo la gestione del processo di *budget*, la valutazione di congruità risorse/atti-

vità, la valutazione dell'economicità delle soluzioni adottate e la valutazione della congruità complessiva finanziamenti/spesa (Airoldi, 1980).

**Descrizione.** La gestione del sistema di *budget* e controllo di gestione è affidato allo *staff* «Programmazione e controllo», che opera a supporto dei processi decisionali della Direzione generale, dei Direttori di macro strutture nonché dei responsabili delle UO di *line*.

Il sistema di *budget* propone gli obiettivi annuali dei dipartimenti nell'ambito del quadro generale dei macro-obiettivi aziendali, come articolati dal sistema di pianificazione strategica e in linea con gli obiettivi regionali.

Un fattore di criticità è dato dal significativo scollamento temporale tra il sistema di programmazione regionale e quello aziendale. La Regione Emilia-Romagna comunica con atto

formale con un ritardo di sei mesi, in media, gli obiettivi strategici e le azioni attese dalle aziende per l'anno in corso (negli ultimi due esercizi, ad esempio, l'atto è stato emanato solo a luglio/agosto) (Longo, Carbone, Cosmi, 2003). Ciononostante, un ampio sistema informale di comunicazione tra regione e le aziende del gruppo sanitario regionale consente di anticipare la definizione del quadro degli obiettivi su cui si basa il sistema di programmazione aziendale annuale.

L'Ausl di Reggio Emilia conta oggi su un sistema di *budgeting* e controllo di gestione ampiamente rodato, cui partecipano come soggetti della negoziazione tutti i responsabili di Dipartimenti ospedalieri e territoriali. Una scelta aziendale che connota il sistema è stata quella di legare gli obiettivi di *budget* al sistema premiante: anche per questo motivo le schede di *budget* si caratterizzano per la definizione in

**Tabella 4 - Attività e processi del meccanismo operativo «Programmazione strategica»**

Principali attività/processi gestiti	Descrizione
Analisi ambientale interna/esterna propedeutica alla definizione delle strategie aziendali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo di lettura e confronto delle informazioni ambientali interne ed esterne</li> <li>• <b>Fonti:</b> PPS, PAL e PAT, gruppo di pilotaggio aziendale a supporto della pianificazione concertata per i PPS, Osservatorio epidemiologico, Sistema di controllo strategico</li> </ul>
Formulazione delle priorità strategiche e delle linee di azione espresse nei documenti di pianificazione e programmazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fase concertazione:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– esplicitazione degli indirizzi generali di programmazione e degli obiettivi strategici</li> <li>– elaborazione delle proposte di documenti di pianificazione concertata (es. protocolli d'intesa)</li> <li>– gestione della fase concertativa</li> <li>– stipula e sottoscrizione degli accordi (PPS, PAL e PAT)</li> </ul> </li> <li>• <b>Definizione della strategia a livello aziendale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– documento di sintesi: «Piano delle azioni»</li> <li>– dal 2003-2004: Metodologia BSC applicata a 11 aree strategiche prioritarie (vedi)</li> </ul> </li> </ul>
Implementazione della strategia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase di attuazione attraverso scelte organizzative di allocazione delle risorse ed affidamento delle responsabilità</li> </ul>
Monitoraggio, controllo strategico e valutazione dei risultati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi degli scostamenti tra il mandato affidato, gli obiettivi strategici prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse assegnate</li> </ul>



termini fortemente quantitativi degli obiettivi, per mezzo di indicatori di attività e di risultato. A partire dal 2000 questa impostazione è stata arricchita con l'introduzione di obiettivi legati al sistema di accreditamento aziendale, scelta che testimonia la volontà di allargare il meccanismo di responsabilizzazione anche ad aspetti di qualità e non solo di quantità di servizi.

La tabella 5 sintetizza le principali attività e processi gestiti dal sistema di programmazione e controllo.

### 3.3. Il meccanismo di gestione della qualità

**Definizione.** Gli aspetti gestionali della «qualità» nel caso dell'Ausl di Reggio Emilia sono intesi in un'accezione ampia, che porta a includere nell'oggetto del meccanismo le dimensioni della rispondenza agli *standard* regionali di accreditamento, della sicurezza e della conformità strutturale, dell'efficacia delle prestazioni. Non è semplice riassumere l'obiettivo di un meccanismo operativo che si rivolge a dimensioni così articolate e complesse; tuttavia è possibile affermare che il meccanismo supporta la garanzia del livello di qualità espresso dal sistema di erogazione dei servizi, in termini di efficacia, appropriatezza sicurezza delle prestazioni erogate ai cittadini, attraverso l'analisi e la verifica sistematica degli *input*, dei processi e dei risultati dell'azione organizzativa. I riferimenti principali del sistema sono il sistema di accreditamento regionale, come strumento operativo da applicare nella più ampia visione del *Total Quality Management* (9) che accompagna «dalla nascita dell'Azienda, il progetto di sviluppo organizzativo» (10). La filosofia di fondo che l'approccio TQM sviluppa è il miglioramento continuo dell'organizzazione aziendale, attuata tramite lo sviluppo di condizioni che realizzano un percor-

so sistematico e continuo di pianificazione, implementazione e revisione del livello di qualità organizzativa complessiva (sintetizzato nel ciclo «PDCA», ovvero «Plan Do Check, Act»). Nella visione del TQM l'organizzazione è rappresentabile come una sistema di fornitori e clienti, in cui il paziente/utente rappresenta l'anello conclusivo e il destinatario ultimo dell'azione di questa catena (Elefanti, Brusoni, Mallarini, 2001). Per rendere effettiva e funzionante questa rappresentazione è pertanto necessario sviluppare la coscienza e la cultura del «tutti noi» e di stimolare il coinvolgimento a tutti i livelli dell'organizzazione.

**Descrizione.** La gestione del «sistema di garanzia della qualità» dell'Ausl di Reggio Emilia prevede un insieme di processi e attività estremamente variegate che operano sull'intero arco del rapporto con i clienti interni ed esterni all'azienda. Un indicatore indiretto (sebbene imparziale) della complessità e del grado di sviluppo del sistema qualità aziendale è il numero delle diverse unità organizzative coinvolte nella gestione del meccanismo (in particolare, la UO «Garanzia qualità e Accreditamento aziendale», in *staff* alla Direzione sanitaria; lo *staff* «Sicurezza, prevenzione e conformità strutturale»; il programma aziendale

«Efficacia e sicurezza delle prestazioni»; ufficio Comunicazione). Per descrivere i contenuti del meccanismo è pertanto necessario operare una distinzione dei sottosistemi in cui si articola la gestione della qualità aziendale. In particolare:

#### 1. Il sistema di accreditamento

L'azienda ha sviluppato il sistema e la metodologia di verifica della rispondenza agli *standard* regionali con un atteggiamento attivo e propositivo. Il sistema di accreditamento realizzato, infatti, nelle intenzioni della direzione costituisce uno strumento operativo a supporto della funzione di governo clinico, con l'obiettivo di supportare l'orientamento delle UO di *line* sul risultato di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate, di rafforzare il livello di integrazione tra le UO.

L'istituto dell'accreditamento è stato avviato con delibera aziendale nel dicembre 1998. La metodologia è stata raffinata e ha portato nel 2000 ad un primo traguardo, in termini di riconoscimento ufficiale del valore di questa dimensione di valutazione delle attività. Da quest'anno, infatti, una quota di obiettivi inerenti al sistema di qualità per le UO di *line* è stata inserita nella scheda di *budget*. Il sistema a supporto dell'accreditamento è stato in parte riformulato e aggiornato nel cor-

Tabella 5 - Attività e processi del meccanismo operativo «Programmazione e controllo»

Principali attività-processi gestiti	Descrizione
Definizione e gestione del supporto alla negoziazione (predisposizione e gestione della scheda di <i>budget</i> )	Le schede di <i>budget</i> definiscono le risorse e gli obiettivi di attività oggetto della negoziazione con i singoli distretti o dipartimenti
Supporto alla negoziazione degli obiettivi	Negoziazione con i direttori di Distretto e Dipartimento e condivisione della scheda
Verifica degli andamenti rispetto agli obiettivi prefissati	Monitoraggio e verifica periodica (trimestrale) degli scostamenti di <i>budget</i>

so del 2002 e ad oggi è uno strumento effettivo a supporto della verifica e della garanzia di qualità aziendale (11).

Lo strumento operativo a supporto del sistema di accreditamento è la scheda di autovalutazione, articolata per indicatori di qualità specifici (12).

## 2. Il sistema di garanzia della appropriatezza delle prestazioni

L'azienda ha nel tempo promosso una serie di iniziative e di strumenti per l'analisi e la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni e la promozione di pratiche cliniche basate sulle evidenze, attraverso meccanismi di coinvolgimento dei professionisti. Rientra in quest'ambito la produzione, implementazione e monitoraggio di linee guida, percorsi e profili assistenziali. La gestione di questo sistema è affidato allo *staff* per l'accreditamento aziendale.

## 3. Il sistema di monitoraggio della qualità percepita

Le informazioni relative al livello di qualità dell'operato aziendale sono raccolte a livello aziendale all'interno dello *staff* Organizzazione e sviluppo, che tramite l'ufficio Comunicazione gestisce le verifiche di *customer satisfaction*. Una parte importante di questo sottosistema riguarda inoltre l'analisi dei reclami che alimenta un sistema informativo dedicato che riporta direttamente alla direzione sanitaria.

## 4. Il sistema per la verifica della sicurezza, prevenzione protezione e conformità strutturale

Il meccanismo operativo ha la missione di individuazione dei fattori di rischio, valutazione dei rischi e individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro

nel rispetto della normativa vigente (D.L.vo 626/94).

La funzione, inizialmente è stata affidata a personale non dipendente (servizio esternalizzato). Dal 1° gennaio 1998 la funzione e la gestione dei connessi meccanismi operativi di supporto è stata affidata ad un servizio interno, composto da personale dipendente (13).

## 5. Il sistema di garanzia dell'efficacia e sicurezza delle prestazioni

La finalità di questo meccanismo è la promozione dell'assistenza sanitaria basata sull'implementazione di pratiche cliniche che producano il massimo beneficio al minor rischio. L'insieme dei meccanismi operativi a supporto di questa funzione sono state affidate ad un «Programma aziendale efficacia e sicurezza delle prestazioni», in *staff* alla Direzione sanitaria che presidia le attività di valutazione, validazione, monitoraggio e verifica di linee guida e di percorsi diagnostico terapeutici aziendali. Nel complesso il programma si propone di realizzare un sistema di *risk management*, di respiro aziendale, che comprenda in un'ottica integrata la gestione degli aspetti di prevenzione degli incidenti ed effetti avversi correlati alle attività sanitarie e la qualità delle attività cliniche-terapeutiche.

I diversi sottosistemi del meccanismo di gestione della qualità si avvalgono di banche dati e altri sistemi informativi dedicati, che in prospettiva dovrebbero essere agganciati più esplicitamente al sistema di gestione del personale (verifica sanitaria neoassunti) e al sistema di *budget*, con la previsione di obiettivi qualitativi espressi da indicatori del sistema di accreditamento.

La tabella 6 sintetizza le principali *attività e processi gestiti dal sistema di gestione della qualità*.

## 3.4. Il meccanismo di sviluppo delle risorse umane

**Definizione.** Il meccanismo di gestione del personale rappresenta l'insieme dei processi e delle attività che determinano le dimensioni, la composizione e la dinamica dell'organismo personale e le ricompense dei prestatori di lavoro. L'obiettivo del meccanismo operativo è la gestione strategica del personale, finalizzata all'orientamento di tale risorsa per il perseguimento degli obiettivi aziendali attraverso la valorizzazione umana e professionale (Airoldi, 1980).

**Descrizione.** Afferisce all'area del meccanismo aziendale di sviluppo delle risorse umane l'insieme delle azioni «della formazione, della definizione e gestione dei profili professionali, della valutazione delle competenze, della promozione delle competenze distintive all'interno del disegno generale dello sviluppo organizzativo». Il riferimento del meccanismo è l'attività di gestione delle risorse umane, descrivibile nelle tappe di presidio del mercato, selezione e accoglienza, utilizzo, sviluppo e amministrazione. Per questi obiettivi, l'Ausl di Reggio Emilia ha delineato la propria funzione di direzione del personale verso un modello che mira a configurarsi come strumento prioritario di sviluppo delle risorse umane (De Pietro, 2002). Lo sviluppo delle risorse umane è considerato a tutti gli effetti la leva prioritaria per gestire la coerenza della cultura del personale rispetto agli obiettivi aziendali. L'azienda si è pertanto impegnata in un disegno di governo delle risorse professionali attraverso lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze e delle potenzialità, la definizione del sistema delle responsabilità e la formazione. La metodologia adottata fa riferimento al modello delle competenze e alla costruzione della mappa aziendale. La valutazione individuale rappre-

Tabella 6 - Attività e processi del meccanismo operativo «Gestione della qualità»

Principali attività/processi gestiti	Descrizione
Monitoraggio e analisi della qualità percepita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione banca dati dei reclami</li> <li>• Analisi a livello aziendale del <i>report</i> dei reclami elaborati a livello distrettuale</li> <li>• Formazione dei responsabili Urp</li> <li>• Somministrazione e analisi dei questionari di soddisfazione degli utenti</li> <li>• Attività di partecipazione dei cittadini alla valutazione della qualità dei servizi</li> <li>• Indagini di <i>customer satisfaction</i></li> </ul>
Gestione del sistema per l'accreditamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione e sviluppo degli obiettivi per l'accreditamento</li> <li>• Elaborazione e revisione delle procedure organizzative e tecnico-professionali dei servizi (<i>staff</i> come supporto)</li> <li>• Sistema per l'accreditamento regionale: elaborazione e verifica degli <i>standard</i></li> <li>• Promozione della formazione del gruppo dei facilitatori</li> </ul>
Elaborazione di profili di cura, linee guida e PDTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporto all'elaborazione dei documenti aziendali di supporto alla funzione di governo clinico</li> <li>• Profili</li> <li>• Linee guida</li> <li>• PDTA</li> </ul>
Definizione di piani, programmi e regolamenti per la valutazione e la gestione dei rischi	<p><b><u>Attività di valutazione dei rischi</u></b></p> <p>In relazione agli adempimenti previsti dalla legge 626/94:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuazione dei fattori di rischio</li> <li>• ipotesi di soluzione</li> <li>• priorità</li> <li>• destinatario dell'obbligo di attivazione</li> </ul> <p><b><u>Interventi di miglioramento della sicurezza sul lavoro</u></b></p> <p>Acquisto e gestione di beni e servizi nei limiti di spesa definiti dalla direzione</p>
Gestione degli aspetti di sicurezza degli operatori e della sicurezza dell'ambiente di lavoro (D.L.vo 626/94)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione pareri sulle richieste dei clienti interni inerenti la valutazione dei rischi professionali, la gestione dei lavoratori e le problematiche ambientali, con l'indicazione delle soluzioni</li> <li>• Sviluppo delle procedure gestionali inerenti la sicurezza sul lavoro e l'ambiente</li> <li>• Attuazione delle procedure di sicurezza sul lavoro e l'ambiente</li> </ul>
Monitoraggio e gestione del sistema di autorizzazione delle strutture sanitarie aziendali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppo dei piani di adeguamento delle strutture, e segnalazione degli interventi necessari con invio nota da trasmettere alla Commissione provinciale, al Direttore generale, al Direttore sanitario e al Direttore amministrativo, nonché ai direttori responsabili interessati</li> </ul>
Sorveglianza sanitaria degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione del protocollo sanitario per la sorveglianza degli operatori</li> <li>• Esecuzione di accertamenti sanitari preventivi e periodici</li> <li>• Relazione sanitaria annuale</li> <li>• Elenco del personale visitato</li> <li>• Giudizio di idoneità alla mansione specifica consegnato al lavoratore e al datore di lavoro</li> </ul>
Formazione dei lavoratori in materia di sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizzazione e gestione di corsi programmati in collaborazione con le strutture interessate</li> <li>• Informazione/formazione dei lavoratori neo assunti ai sensi del D.L.vo 626/94</li> </ul>

segue **Tabella 6 - Attività e processi del meccanismo operativo «Gestione della qualità»**

Principali attività/processi gestiti	Fasi
Verifiche di appropriatezza delle prestazioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema di <i>audit</i> interni con verifica dell'appropriatezza delle prestazioni coerente con il fabbisogno, le linee guida e la medicina basata sulle evidenze cliniche</li> </ul>
Progettazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione di percorsi di cura con al centro il paziente condivisi con i medici responsabili</li> </ul>
Gestione del consenso informato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il percorso per la gestione del consenso informato, studiato in collaborazione con un esperto di bioetica, è diversificato a seconda della gravità del problema</li> <li>• Oltre alla modulistica il sistema prevede che sia fornito al paziente materiale informativo <i>ad hoc</i></li> </ul>
Gestione del rischio clinico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuazione/segnalazione degli incidenti/errori mediante apposite schede</li> <li>• Inserimento delle informazioni contenute nelle schede, nella banca dati</li> <li>• Analisi delle informazioni per individuare le cause</li> <li>• Lettura integrata del rischio</li> <li>• Valutazione della gravità delle conseguenze</li> <li>• Introduzione di cambiamenti per prevenire o minimizzare i rischi</li> <li>• Diffusione dei risultati, raccomandazioni e ipotesi di azioni future</li> <li>• Monitoraggio</li> </ul>
Sistema di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione a programmi regionali di <i>audit</i> clinico in chirurgia e di <i>audit</i> delle infezioni in terapia intensiva</li> <li>• Definizione di procedure finalizzate alla prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica, degli accessi venosi (es. lavaggio delle mani, disinfezione degli endoscopi, revisione prontuario antisettici e disinfettanti, sperimentazione di dispositivi medici con carattere di sicurezza)</li> </ul>
Sorveglianza e controllo del rischio biologico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisione del documento «rischio biologico e precauzioni <i>standard</i>»</li> <li>• Aggiornamento del pacchetto formativo per i docenti</li> <li>• Incontri periodici con gli operatori</li> <li>• Formazione di secondo livello per il rischio biologico per le unità operative di pronto soccorso</li> </ul>
Programma per la gestione Antibiotico resistenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggiornamento del protocollo interaziendale per l'antibiotico profilassi chirurgica</li> <li>• <i>Audit</i> clinico con chirurghi e anestesisti finalizzato al rispetto del protocollo interaziendale</li> <li>• Predisposizione e adozione di protocolli per la diagnosi e la terapia delle infezioni delle alte vie respiratorie in età pediatrica</li> </ul>

senta il processo centrale del meccanismo, coerente con l'approccio esplicitamente orientato a fare sì che questo momento fornisca prioritariamente indicazioni per lo sviluppo professionale dei dipendenti. Questo significa, in particolare, che il sistema di valutazione è scollegato dal sistema retributivo. Nel caso del personale dirigente, tutta-

via, la valutazione implica un legame forte col sistema della graduazione delle posizioni organizzative e degli incarichi e, per i *professional*, col sistema di carriera (14).

Gli strumenti di supporto sviluppati dal meccanismo operativo sono numerosi: tra questi la mappa delle competenze, la scheda di valutazione indi-

viduale, il contratto individuale, il *vademecum* del valutatore (manuale operativo), il sistema informativo della valutazione (scheda informatizzata), oltre alle tabelle di costituzione e monitoraggio dei fondi contrattuali.

La tabella 7 sintetizza le principali attività e processi gestiti dal sistema «Sviluppo delle risorse umane».

Tabella 7 - Attività e processi del meccanismo operativo «Sviluppo delle risorse umane»

Principali attività/processi gestiti	Descrizione
Progettazione e manutenzione del sistema di valutazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase propedeutica: costruzione di un linguaggio comune relativo alla valutazione</li> <li>• Coinvolgimento delle organizzazioni sindacali ed accordo aziendale decentrato</li> <li>• Formazione dei valutatori</li> <li>• Progettazione e validazione della scheda di valutazione</li> <li>• Organizzazione delle riunioni informative sugli obiettivi</li> </ul>
Gestione del percorso valutativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmazione dei colloqui con i dirigenti valutati</li> <li>• Compilazione e ritorno della scheda</li> <li>• Controllo della scheda, accompagnata da una breve relazione</li> <li>• Invio al collegio tecnico o nucleo di valutazione</li> <li>• Archiviazione nel fascicolo personale</li> <li>• Stipula del contratto individuale in caso di verifica di scadenza dell'incarico (triennale, quinquennale, settennale)</li> </ul>
Analisi dei bisogni formativi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulla base delle schede di valutazione personali e sulle richieste che pervengono dai singoli dipartimenti attraverso i referenti</li> <li>• Elaborazione di un programma organico che tenga conto delle esigenze di coerenza con gli obiettivi aziendali</li> </ul>
Progettazione degli interventi di formazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione degli obiettivi, del percorso logico e degli strumenti</li> </ul>
Attuazione del Piano della formazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppo ed esecuzione dei singoli progetti di formazione</li> </ul>
Valutazione dell'intervento formativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione dell'intervento formativo con riferimento alla ricaduta sui comportamenti organizzativi del singolo e dell'organizzazione nel suo complesso (di questo si dovrebbe trovare traccia nelle successive valutazioni)</li> </ul>
Gestione del sistema retributivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinazione dei fondi contrattuali destinati: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) al finanziamento della retribuzione di posizione (collegata alla tipologia di incarichi dirigenziali istituiti di struttura o professionali)</li> <li>b) al finanziamento della retribuzione di risultato (collegata al raggiungimento degli obiettivi di <i>budget</i>)</li> <li>c) al finanziamento della retribuzione accessoria (collegata alle condizioni di lavoro)</li> </ul> </li> <li>• Definizione dell'inquadramento economico del dipendente: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) in base alla classificazione prevista dai CCNL</li> <li>b) in base all'incarico di posizione affidato (accordo con le O.S. sul percorso professionale e valutazione della dirigenza)</li> <li>c) ai risultati raggiunti (accordo annuale con le O.S. sulla distribuzione degli incentivi 40% - 40% - 20%)</li> <li>d) in base alle turnazioni, guardie, reperibilità (previste, effettuate e rilevate)</li> </ul> </li> </ul>

### 3.5. Il meccanismo di gestione delle informazioni (sistema informativo)

*Definizione.* Il sistema informativo rappresenta il cuore del meccanismo di gestione delle informazioni. Una definizione generale è fornita da Camussone (1990) come «un insieme di elementi, anche molto diversi tra loro, che raccolgono, elaborano, scambiano ed archiviano dati, con lo scopo di produrre e distribuire le informazioni alle persone che ne hanno bisogno, nel momento e nel luogo adatto per svolgere le funzioni decisionali di controllo». Il meccanismo di gestione delle informazioni rappresenta il supporto trasversale al sistema decisionale aziendale, inteso in senso lato, come insieme delle decisioni prese dai vari attori aziendali.

*Descrizione.* La missione del meccanismo operativo aziendale è la diffusione delle informazioni strategiche a livello aziendale e sovraordinato (gestione dei flussi informativi obbligatori verso Regione e Ministero), nonché l'analisi, la progettazione, lo sviluppo e la valutazione per promuovere l'utilizzo delle tecnologie informatiche a servizio del sistema aziendale. La responsabilità gestionale del meccanismo afferisce dal punto di vista della collocazione a due aree organizzative distinte, che riconosce la differente natura delle attività necessarie nell'ambito della generale missione del meccanismo, nonostante resti valida l'esigenza di un grado di integrazione elevatissimo. In particolare è possibile distinguere:

1) la gestione del sistema informativo e della gestione del flusso dei dati (interno ed esterno) afferisce ai compiti dello *staff* «Programmazione e controllo» e si occupa in particolare della gestione del *budget* (per la descrizione si rimanda alla scheda del *budget*).

— Le attività comprese alla gestione di quest'area riguardano la rilevazione dei fabbisogni informativi aziendali, sulla base dei quali sono progettati e gestiti i flussi informativi (contenuti, struttura, periodicità delle informazioni);

2) la gestione delle tecnologie informatiche afferisce alla funzione di *staff* «Tecnologia dell'informazione», che gestisce il fabbisogno informatico di supporto (*hardware e software*) alla gestione dei flussi informativi.

Il governo del sistema informativo riveste particolare criticità per la tensione allo sviluppo della rete informatica aziendale, progetto strategico che l'Azienda Usl di Reggio Emilia sta sviluppando con riguardo ai seguenti obiettivi:

— informatizzazione dell'area territoriale e della medicina specialistica, con la creazione dell'anagrafe informatica del paziente ed il totale rinnovo delle procedure Cup in ambiente *web based*;

— completamento dell'informatizzazione delle informazioni di supporto alla gestione clinica del paziente del presidio ospedaliero, tramite un opportuno filtro con *password* a livelli differenziati di consultazione;

— informatizzazione della gestione della prescrizione dei farmaci e della refertazione ambulatoriale, con l'obiettivo di consentire la prescrizione farmaceutica informatica in rete e l'interfaccia con la farmacia;

— disponibilità di visione in intranet delle principali procedure amministrative, con inserimento delle delibere ed atti aziendali;

— integrazione degli applicativi e delle principali procedure di gestione documentale, con unico sistema per le aree amministrativa, risorse umane e logistica;

— costruzione di un sistema informativo dedicato agli utenti anziani;

— gestione informatizzata del registro tumori della provincia di Reggio Emilia.

La tabella 8 sintetizza le principali attività e processi gestiti dal sistema «Sistema informativo».

### 3.6. Il meccanismo di gestione della comunicazione

*Definizione.* Il meccanismo di gestione della comunicazione rappresenta l'insieme dei processi, delle attività e degli strumenti a supporto della relazioni con i clienti/interlocutori esterni ed interni al sistema aziendale. Il meccanismo comprende una variegata tipologia di attività che va «dalla gestione del sistema di segnaletica per l'accesso alle strutture, alle indicazioni relative alla modalità di fruizione dei servizi, alle iniziative di informazione e di sensibilizzazione dell'utenza, alla predisposizione di una funzionale struttura per le informazioni istituzionali all'utenza, alla messa a punto di un ufficio di gestione pubbliche relazioni» (Elefanti, Brusoni, Mallarini, 2001).

*Descrizione.* L'Ausl Reggio Emilia ha strutturato un meccanismo di gestione della comunicazione a supporto della gestione che presidia e coordina i contenuti della comunicazione aziendale, avendo come punto di riferimento la strategia della direzione aziendale, per offrire, sia all'esterno che all'interno, informazioni coerenti, tempestive, fruibili e coordinate. L'azienda comprende nel sistema di comunicazione aziendale le relazioni con il pubblico, gli Urp distrettuali, i reclami, i percorsi per la rilevazione della qualità percepita e le esperienze di assistenza, i Comitati consultivi misti (15) le tecnologie della comunicazione (numero verde, internet, intranet e il centro audiovisivi), l'Ufficio stampa. La responsabilità «attiene sia

agli aspetti di governo dell'area in chiave progettuale che il coordinamento e la gestione organizzativa e amministrativa dei professionisti che lavorano sui temi specifici e delle risorse specifiche» (16).

Dal punto di vista della collocazione organizzativa delle responsabilità, il meccanismo coinvolge l'Ufficio comunicazione presso lo *staff* «Organizzazione e sviluppo», la UO Pubbliche relazioni e processi informativi, la UO Relazioni sindacali, la Direzione strategica, e l'Ufficio relazioni con il pub-

blico (Urp). Tuttavia, in quanto attività a responsabilità diffusa, la gestione della comunicazione permea l'intera struttura di responsabilità aziendale. Un tipico esempio è quello dell'attività di gestione dei reclami, la cui responsabilità coinvolge le stesse Direzioni di distretto, o la comunicazione istituzionale in caso di eventi o incidenti particolarmente gravi, che coinvolge *in primis* la direzione aziendale e i professionisti eventualmente coinvolti.

Nel caso della descrizione di questo meccanismo, a differenza di altri, è importante richiamare l'attenzione sugli strumenti di supporto che comprendono, oltre a quelli sopra citati:

- il giornale aziendale «Ausl Notizie»;
- il sistema delle relazioni con i media (Ufficio stampa);
- la posta elettronica aziendale;
- il piano della comunicazione annuale;
- le campagne informative;
- le attività di pubbliche relazioni.

**Tabella 8 - Attività e processi del meccanismo operativo gestione delle informazioni (sistema informativo)**

Principali attività/processi gestiti	Descrizione
Rilevazione del fabbisogno informatico aziendale	Legato al percorso che la Direzione segue nel processo di programmazione strategica che parte dall'analisi del dato. L'attività coinvolge i responsabili di dipartimento ed il responsabile dello <i>staff</i> , attualmente deve essere implementata una cultura aziendale informatica che porti a far emergere i fabbisogni dalle UO
Attribuzione delle risorse informatiche	La direzione strategica in sede di <i>budget</i> attribuisce le risorse e trasmette la scheda allo <i>staff</i> che procede all'acquisizione del <i>software</i> e dell' <i>hardware</i> in base a criteri di priorità ed all'interno del <i>budget</i> di spesa assegnato, in questa fase risulta critica la traduzione dei fabbisogni informativi in specifici prodotti che devono essere compatibili ed interfacciabili al fine di creare un'unica <i>datawarehouse</i> tesa all'ottimizzazione del sistema
Progettazione ed implementazione del sistema	Lo <i>staff</i> in relazione agli obiettivi fissati dal piano annuale delle azioni traduce in pratica quanto previsto in fase di attribuzione. I prodotti informatici vengono per molti aspetti concertati con l'Azienda ospedaliera Santa Maria al fine di creare interfacciabilità ed economie di scala in fase di acquisto, in particolare si svolgono le seguenti fasi in concerto: a) predisposizione del capitolato b) <i>iter</i> di gara fino all'aggiudicazione
Gestione dei rapporti con i fornitori di tecnologia informatica	Lo <i>staff</i> gestisce il rapporto con i fornitori e verifica la puntuale applicazione dei contratti
Gestione dei rapporti con i fornitori di manutenzione della tecnologia informatica	Lo <i>staff</i> gestisce la gestione e la manutenzione di <i>hardware</i> , <i>software</i> e reti attraverso: a) verifica contratti di gara b) gestione diretta di alcune problematiche sia con personale proprio che esterno
Verifica e gestione flussi informativi per Ministero della salute, Ministero dell'economia e finanze, Regione	Risponde al soddisfacimento informativo dei livelli sovraordinati (Ministeri, Regione ecc.)
Monitoraggio attività dei servizi	Vista come complementare al ciclo del <i>budget</i> come strumento indispensabile al dirigente ed alla direzione per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi Di supporto anche ai programmi di <i>screening</i> aziendali, in particolare gli <i>screening</i> oncologici

La tabella 9 sintetizza le principali attività e processi gestiti dal sistema «Comunicazione».

#### 4. L'analisi in chiave strategica dei meccanismi operativi

Lo scopo principale di un approccio strategico è la ricerca della coerenza tra obiettivi e valori aziendali, tra scelte aziendali e ambiente di riferimento, tra decisioni e risorse, tra politiche, strutture organizzative e sistemi di gestione. Poiché il contesto operativo aziendale è sempre più influenzato dalla progressiva dinamicità dei fenomeni ambientali, l'analisi strategica appare più che mai necessaria per esaminare i problemi che ne possono scaturire e fornire ai responsabili informazioni utili ad interpretare i problemi da affrontare. La complessità deri-

vante dalle estese dimensioni del fronte di indagine, dalla varietà e dalle interrelazioni tra fenomeni, spiega la necessità di ricorrere a specifiche metodologie e a strumenti che aumentino il valore interpretativo delle informazioni raccolte.

Il modello adottato nell'ambito della ricerca è una versione semplificata dell'approccio noto in letteratura come «analisi SWOT», acronimo inglese di «Strengths, Weaknesses, Opportunities, Treats» (ovvero «punti di forza - punti di debolezza - opportunità - minacce») (17) (Coda, 1988). La metodologia SWOT supporta l'analisi ambientale che porta a conoscenza dei decisori chiave le informazioni necessarie per comprendere in modo dettagliato la situazione dell'azienda e formulare le alternative strategiche. Nel caso della ricerca

svolta presso l'Ausl di Reggio Emilia, poiché l'analisi era mirata a valutare l'apporto dei meccanismi operativi al grado di sviluppo organizzativo, il gruppo si è limitato a organizzare il proprio giudizio sui punti di forza e di debolezza (rappresentazione della situazione esistente) e, dal confronto scaturito, nel proporre alcune possibili aree di miglioramento (apertura alla scelta delle azioni per il futuro).

L'analisi strategica dei meccanismi è presentata nelle tabelle che seguono. I commenti rappresentano un giudizio del gruppo di ricerca esterno all'azienda, sulla base del materiale raccolto e delle interviste effettuate ai vari livelli dell'organizzazione aziendale. Per ciascun meccanismo, alla sintesi dei punti di forza e dei punti di debolezza (nelle tabelle) segue l'illustrazione del possibile spunto d'azione.

**Tabella 9 - Attività e processi del meccanismo operativo gestione «Comunicazione»**

Attività/processi gestiti	Descrizione
Gestione della comunicazione interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione di strumenti atti alla diffusione di messaggi, informazioni e attività a valenza aziendale</li> <li>• Strumenti: intranet, promozione incontri di comunicazione interni</li> </ul>
Gestione della comunicazione esterna e promozione dell'immagine aziendale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione rapporti con la stampa</li> <li>• Gestione e promozione dell'attività convegnistica, programmata su base annuale, con pubblicazione su internet, di un calendario annuale degli eventi</li> <li>• Via internet: aggiornamento continuo della rete con informazioni di orientamento sui servizi territoriali e ospedalieri</li> <li>• Aggiornamenti e cura PAT distrettuali</li> <li>• Gestione e cura unitaria immagine aziendale (linea editoriale unica, logo, totem ed espositori)</li> <li>• Corso di formazione interna per la dirigenza sulla comunicazione con i media</li> </ul>
Interfaccia con gli utenti e gestione del reclamo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione Ufficio relazioni con il pubblico</li> <li>• Produzione materiale informativo relativo ai servizi offerti</li> <li>• Gestione del percorso del reclamo (procedura unica aziendale): <ul style="list-style-type: none"> <li>– presentazione reclamo</li> <li>– istruttoria</li> <li>– decisione</li> <li>– riesame</li> <li>– produzione del <i>report</i> reclami di Distretto</li> </ul> </li> </ul>
Gestione della comunicazione in situazioni di emergenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non ci sono procedure codificate</li> </ul>



#### 4.1. Il meccanismo di pianificazione strategica

L'intervento su un meccanismo operativo centrale e fortemente connotato alle caratteristiche del sistema aziendale come la pianificazione strategica, non può che essere valutato con estrema attenzione. Nel contesto reggiano un tentativo in atto di sviluppo del meccanismo è stato attuato con la sperimentazione della metodologia BSC, introdotta a supporto del processo di pianificazione 2003. Nella visione della direzione, la BSC è strumento per favorire un processo di pianificazione strategica più partecipativo e motivante e, al tempo stesso, una possibilità per rafforzare la crescita di una responsabilizzazione diffusa per tutta la struttura. Pertanto, le aree di possibile intervento che il gruppo di ricerca ha evidenziato riguardano prevalentemente aspetti tecnici che tuttavia potrebbero garantire, in sinergia con la più ampia revisione dell'approccio alla pianificazione, effetti positivi sul grado di efficacia complessiva.

I suggerimenti emersi dal gruppo di ricerca sono pertanto piuttosto generali e possono essere sintetizzati come segue:

1) *in fase di costruzione della strategia:*

— continuare a sostenere gli strumenti di lettura dell'ambiente, in particolare del bisogno di salute;

— presidiare lo sviluppo delle capacità lettura dell'ambiente. L'obiettivo è garantire un approccio il più possibile interpretativo (lettura ambientale «attiva») rispetto all'approccio estrapolativo (lettura ambientale «passiva»). La visione più consona a questo fabbisogno, da sviluppare ulteriormente, appare quella del *marketing* strategico;

— porre come centrale la visione del grado di flessibilità delle scelte at-

tuate, per evidenziare sin dalla fase di definizione le azioni strategiche che comportano gradi di rischio più elevato;

2) *in fase di diffusione della strategia:*

— supportare il processo di comunicazione della strategia pianificata fino al livello di *line*, selezionando «i messaggi giusti al posto giusto»,

sfruttando sinergie con il meccanismo di comunicazione (in particolare a livello di Dipartimenti e responsabili UO);

3) *in fase di azione della strategia:*

— mantenere costante l'attenzione sugli obiettivi strategici, soprattutto a livello di *line* attraverso la sinergia con il sistema di comunicazione, in-

Tabella 10 - La pianificazione strategica

Punti di forza	Punti di debolezza
<p><i>La presenza di un contesto locale partecipativo, caratteristica distintiva del «sistema Reggio Emilia»</i></p> <p>Il quadro entro cui si sviluppa il meccanismo di pianificazione strategica, ovvero, il sistema di relazioni con gli attori del contesto locale, appare solido e rodato</p> <p>Il contesto locale contribuisce positivamente alla definizione organizzativa e degli obiettivi strategici aziendali in quanto migliora la disponibilità e il confronto delle informazioni e una visione più completa del bisogno</p>	<p>Il sistema di concertazione forte rappresenta un elemento che può condizionare i tempi aziendali del meccanismo e rendere più onerosa la gestione del processo complessivo</p>
<p><i>Presenza e funzionalità di strumenti di controllo strategica</i></p> <p>Gli strumenti di valutazione del raggiungimento degli obiettivi ad oggi attivati dimostrano buona funzionalità. Questo aspetto dimostra i contenuti reali del meccanismo di pianificazione strategica (attenzione non solo agli aspetti di pianificazione, ma anche a quelli di controllo)</p>	<p><i>Necessità di maggiore diffusione degli esiti della pianificazione strategica</i></p> <p>Non sempre l'organizzazione è informata su quali siano i risultati della pianificazione strategica in termini di</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. livello di implementazione delle azioni concertate ed esiti in termini di stato di salute della popolazione</li> <li>2. riflessione e valutazione dello scostamento tra strategia pianificata ed emergente</li> </ol>
<p><i>Innovatività degli strumenti e coerenza con la missione aziendale</i></p> <p>La sperimentazione della metodologia «Balanced Scorecard (BSC)», testimonia il bisogno della direzione strategica di rafforzare una visione il più possibile unitaria e condivisa dei valori-guida aziendali. Al tempo stesso, l'esperienza BSC è stata un metodo esplicito di costruzione dello spirito di gruppo e della «cultura del noi»</p>	<p><i>Onerosità dell'investimento per l'introduzione della metodologia BSC in relazione al tempo e alle risorse necessarie, rispetto al valore aggiunto in caso di discontinuità nel suo utilizzo</i></p>

terna ed esterna. Il meccanismo rappresenta uno strumento sinergico complementare al sistema di pianificazione strategica, in grado di dare valore aggiunto al sistema;

4) *in fase di valutazione della strategia:*

— rafforzare gli strumenti di lettura degli esiti e raccordare le dimensioni di valutazioni provenienti dai diversi meccanismi di valutazione per pervenire ad una visione unitaria.

#### 4.2. Il meccanismo di programmazione e controllo

La rivitalizzazione di un meccanismo oramai maturo è operazione difficile, in quanto i margini di miglioramento devono essere conseguiti in termini di efficacia piuttosto che in termini di efficienza tecnica (tabella 11).

Una possibile strategia può essere quella di ridefinire l'ambito d'intervento proprio del *budget*, rifocalizzandola verso la sua funzione originaria e più autentica.

Un parziale ritorno al significato originario dello strumento (che nasce per rispondere al fabbisogno di uno strumento per «mettere a posto i conti» tra obiettivi, risorse e risultati) potrebbe essere un reale supporto al riallineamento nella percezione delle direzioni tra intraprendere, ancora non perfettamente allineata tra il livello di Direzione e dei Dipartimenti e il livello di UO *line*.

Anche in questo caso la sinergia con altri meccanismi operativi (in particolare con meccanismo di comunicazione) rappresenta una leva importante su cui puntare nella fase preliminare alla negoziazione per assicurare ampia condivisione delle linee strategiche prioritarie.

#### 4.3. Il meccanismo di gestione della qualità

Il meccanismo di gestione della qualità nel caso di Reggio Emilia appare in generale coerente sia con le indicazioni del percorso regionale che con le complessive strategie aziendali. Tuttavia, il grado di efficacia del meccanismo richiede la disponibilità di strumenti di misurazione del miglioramento organizzativo indotto sul sistema aziendale. L'esperienza dell'Ausl Reggio Emilia sul versante della gestione della qualità appare pertanto giunta ad un delicato momento di bilancio dei risultati conseguiti in termi-

ni di modifica e rafforzamento dei processi e delle azioni fornite in risposta al bisogno di salute della popolazione (tabella 12).

Il bisogno di valutazione del meccanismo stesso rappresenta, in questo senso, il primo spunto di rafforzamento del meccanismo. L'avvio di una fase di analisi del sistema di qualità rispetto alla sua *mission* originaria (Il meccanismo ha stimolato un reale apprendimento organizzativo? In quale misura? Con quale rapporto costi/benefici?) e la diffusione degli esiti di questa valutazione rappresenterebbe un elemento di sostegno del generale investimento in qualità aziendale.

**Tabella 11 - Il meccanismo di programmazione e controllo**

Punti di forza	Punti di debolezza
<i>Maturità del meccanismo operativo.</i> Meccanismo e processi sono ampiamente consolidati; percepito come indispensabile strumento per l'orientamento dei comportamenti dei responsabili di <i>line</i>	<i>Il percepito dello strumento in termini di condivisione della visione</i>  A livello di UO di <i>line</i> il meccanismo è ancora in parte percepito come strumento <i>top down</i> di definizione del governo dei processi  Rischio di creare una «doppia percezione» tra il livello della direzione e dipartimento, da un lato, e il livello della <i>line</i> , dall'altro, in termini di padronanza, consapevolezza e piena accettazione del meccanismo
<i>Capacità del meccanismo operativo di evolvere tecnicamente.</i> L'evoluzione della tipologia di obiettivi e indicatori utilizzati nella scheda di <i>budget</i> (oggi in parte «qualitativi», oltre che quantitativi, <i>esempio «qualità di compilazione della cartella clinica»</i> ) è un processo di affinamento del meccanismo che ne testimonia la maturità	<i>Permane un grado di difficoltà nell'esprimere indicatori significativi e rappresentativi delle convenienze dei professionisti</i>
<i>Ampia condivisione della visione strategica del meccanismo.</i> Fino al livello dei responsabili di dipartimento si riscontra una reale condivisione del linguaggio del <i>budget</i> e della visione del contesto strategico entro cui si muove il sistema di programmazione e controllo annuale	<i>Ci sono spazi di miglioramento del meccanismo in termini di efficacia nel guidare le convenienze reciproche degli attori</i>  Lo strumento <i>budget</i> è maturo tecnicamente ma presenta ancora margini di intervento e miglioramento, evidenziati dallo scostamento tra livello degli obiettivi e risultati conseguiti a consuntivo

Un'area di miglioramento, di taglio organizzativo, riguarda il ruolo dei responsabili del meccanismo operativo nei confronti sia del gruppo dei facilitatori che dei professionisti. Richiamando la terminologia adottata dalla ricerca CERGAS 2001 sullo sviluppo delle funzioni innovative in sanità, i responsabili del meccanismo hanno in mano il compito di indirizzare un'ulteriore evoluzione del meccanismo, dalla fase «tecnocratica» (che persegue soprattutto obiettivi di efficienza e funzionalità del sistema aziendale) ad una fase «strategico-organizzativa» (in cui il meccanismo qualità assurge ad una funzione di consulenza alla *line* per la valutazione del livello di qualità delle attività e dei processi gestiti, attivare circoli virtuosi di miglioramento e, infine, valorizzare e dimostrare i risultati all'insieme dei clienti, interni ed esterni). Un livello di complessità che il meccanismo si troverà a gestire, in questa prospettiva è rappresentato dall'emergere delle professioni sanitarie non mediche che sempre più spesso saranno «competitors» delle figure mediche, soprattutto nel ruolo di *case manager*. Il meccanismo di gestione della qualità (e non solo questo) dovrà in prospettiva adattare i propri strumenti e il linguaggio per dialogare efficacemente anche con altri interlocutori: dalla professione infermieristica in reparto e in ADI, al personale sociale nell'area dell'integrazione socio-sanitaria.

Infine, completata la fase di prima strutturazione dei processi, delle procedure e della rete della qualità è ora opportuno che il meccanismo si orienti a diventare l'elemento che integra la visione di tutti i macro-processi aziendali, in modo complementare al meccanismo di programmazione e controllo. Questo sarà possibile, in prima battuta, attraverso il rafforzamento dell'integrazione tra gli attuali sottosistemi del meccanismo (accreditamen-

to, sicurezza delle prestazioni, valutazione dell'appropriatezza). In un secondo momento sarà forse necessario sostenerne maggiormente la visibilità, attraverso il (ri)lancio interno del valore aggiunto del meccanismo, secondo la regola: «fare, fare bene, fare sapere».

#### 4.4. Il meccanismo di sviluppo delle risorse umane

L'investimento nel meccanismo di governo delle risorse umane effettuato dall'Ausl di Reggio Emilia è importante. Il sistema di valutazione individuale, in particolare, deve ora mirare a miglioramenti radicali e non incrementali delle risorse umane, affinché la sperimentazione si traduca in un

consistente apprendimento organizzativo (tabella 13).

In questo quadro, è possibile ipotizzare che gli interventi sul meccanismo dovranno passare soprattutto attraverso il rafforzamento del ruolo di supporto del meccanismo alle scelte in tema di sviluppo delle risorse umane (necessariamente discrezionali, non oggettivabili). Il meccanismo, infatti, deve essere percepito come equo soprattutto a livello di raccordo tra il sistema di raccolta delle informazioni (valutazione individuale) e il sistema di ricompensa (formazione, percorsi di carriera e sviluppo professionale).

Il coordinamento con il meccanismo di comunicazione interna è, in questo caso, una leva da valorizzare più intensamente. Il meccanismo di

Tabella 12 - Qualità e accreditamento

Punti di forza	Punti di debolezza
<p><i>Maturità nello svolgimento dei processi</i></p> <p>Raggiunta un'elevata standardizzazione dei processi di accreditamento</p>	<p><i>Livello effettivo di impatto sui comportamenti dei professionisti</i></p> <p>Difficoltà tecnica generale, nonostante il grado di maturità tecnica del sistema, nel trovare indicatori e <i>standard</i> di esito</p>
<p><i>Riconoscimento della validità intrinseca</i></p> <p>In generale, il sistema di valutazione della qualità percepito anche a livello di UO come reale supporto alla implementazione dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni</p>	<p><i>Rapporto costi/benefici</i></p> <p>Percezione dell'esistenza di uno squilibrio implicito tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obiettivi del sistema di qualità (potenziali e/o ancora da raggiungere)</li> <li>• risorse disponibili (umane, organizzative, economico-finanziarie)</li> </ul> <p>Gli operatori percepiscono l'onerosità del processo di accreditamento in termini di risorse dedicate: è necessario continuare a supportare la valenza «non burocratica» ma «aziendale» dello strumento</p>
<p><i>Sinergia con altri meccanismi operativi.</i></p> <p>Nell'ambito del meccanismo di <i>budget</i> sono stati inseriti obiettivi inerenti al sistema di qualità: riconoscimento esplicito del valore (e della operatività) del «sistema di qualità aziendale»</p>	

comunicazione dovrebbe essere il mezzo principale per promuovere gli obiettivi strategici della politica del personale (soprattutto tra il livello di Dipartimento e le UO) e per supportare la trasparenza percepita nel *mix* delle dimensioni di ricompensa attuate (ad esempio, rafforzando il messaggio della inevitabile selettività dei percorsi di carriera).

Il messaggio prioritario è che le politiche di gestione del potenziale umano non possono garantire miglioramenti radicali diffusi a tutta la struttura. Questo vale in particolare con riferimento al sistema di valutazione individuale delle competenze, che dovrebbe completare il passaggio da strumento a valenza prettamente «individuale», a strumento «aziendale». In altri termini, si auspica un'evoluzione del sistema:

— da strumento di guida dei comportamenti individuali

— a sistema di «talent scouting» (gestione degli «alti potenziali») ovvero sistema informativo per le scelte di sviluppo e carriera a disposizione dell'Azienda in coerenza con gli obiettivi strategici. In questa seconda prospettiva, il sistema di valutazione dovrà necessariamente operare una selezione del proprio spettro d'analisi a favore delle posizioni di struttura strategiche (da tutti i dirigenti alle sole posizioni di struttura e *professional* di peso principale).

#### 4.5. Il meccanismo di gestione delle informazioni

Il sistema informativo reggiano è stato in grado, in questi anni, di giungere ad un livello informativo di supporto alle decisioni elevato e tempestivo. Il meccanismo di gestione delle informazioni è riuscito a sostenere efficientemente la crescita del fabbisogno informativo, concentrandosi in particolare sulla diffusione e standar-

dizzazione delle risorse informatiche (tabella 14).

È quindi maturo il passaggio verso un nuovo ruolo aziendale del meccanismo, che vede un sistema di gestione delle informazioni rafforzato soprattutto nell'aspetto di programmazione delle risposte ai fabbisogni informativi (e non solo informatici). Il passaggio richiede un'evoluzione del rapporto tra i gestori del meccanismo e i responsabili di *line*, verso un modello di «consulenza» e non di «sosti-

tuzione» nella esplicitazione dei fabbisogni e nella programmazione degli interventi.

È necessario per questo stimolare un atteggiamento il più possibile attivo da parte della *line* nel momento di individuazione e valutazione dei fabbisogni informativi, in coerenza con una «strategia informativa» aziendale, sulla base del quale i responsabili del meccanismo operativo delinei l'opportuna «strategia informatica». Ciò garantirebbe la definizione delle prio-

**Tabella 13 - Governo delle risorse umane**

Punti di forza	Punti di debolezza
<p><i>Sistema di valutazione della dirigenza come strumento di effettivo supporto al governo delle risorse umane</i></p> <p>Forte valenza a livello individuale: la valutazione è un meccanismo in grado di orientare con efficacia i comportamenti del singolo nell'ambito della propria professionalità, con forte azione di rinforzo o dissuasione rispetto a comportamenti ritenuti positivi/negativi</p>	<p><i>Non sempre è chiara a livello individuale la connessione tra la valutazione individuale e le decisioni di sviluppo</i></p> <p>L'attuale separazione tra sistema di valutazione e sistema delle ricompense (sviluppo e percorsi di carriera, in particolare, sistema dei premi non monetari) genera ancora, soprattutto a livello di UO, un certo grado di disorientamento nei valutati</p>
<p><i>Coerenza tra i diversi sottosistemi di governo delle risorse umane</i></p> <p>I diversi meccanismi operativi di governo delle risorse umane appaiono fortemente coerenti tra loro. L'aggancio è particolarmente significativo tra il meccanismo di valutazione e quello di formazione</p>	
<p><i>Forte orientamento all'innovazione, atteggiamento anticipativo rispetto alle tendenze.</i></p> <p>L'Ausl di Reggio Emilia è un'azienda che sul tema della valorizzazione delle risorse umane, è stata capace di «guardare avanti»</p> <p>Ciò si traduce in un elevato grado di innovazione e di originalità delle soluzioni implementate in termini di meccanismi operativi (ad esempio, la scelta di impostare il sistema di valutazione individuale come valutazione delle competenze interne) che si traduce, nel tempo, in una notevole disponibilità di informazioni accumulate</p>	<p><i>Carico informativo complessivo per la gestione del meccanismo per l'azienda</i></p> <p>L'elemento di gestione delle informazioni diventa oneroso se non è mirato ad un miglioramento «radicale» della decisione. Qual è oggi il rapporto costo/beneficio dell'investimento sulla valutazione delle competenze individuali?</p>

rità di investimento informatico e informativo sulla base delle risorse disponibili, in più stretta relazione con la pianificazione strategica aziendale.

#### 4.6. Il meccanismo di gestione della comunicazione

Il meccanismo di gestione della comunicazione, così come il meccanismo di supporto informativo, presenta il carattere di maggiore trasversalità e la potenzialità di rappresentare il vero «supporto ai processi di supporto», ovvero ai meccanismi operativi analizzati (tabella 15).

In quest'ottica alcuni spunti di miglioramento che il gruppo di lavoro ha evidenziato si riferiscono:

— alla necessità di affrontare la costruzione di un registro condiviso di comunicazione all'interno dell'organizzazione, per regolare la percezione di rilevanza e priorità dei messaggi;

— più in generale, alla ridefinizione della missione dell'attuale configurazione del meccanismo operativo, per supportare la promozione della comunicazione interna ed esterna come fattore critico di successo delle azioni intraprese dall'azienda a tutti i livelli, compresa l'attività dei meccanismi operativi stessi.

### 3. Conclusioni

L'analisi dei meccanismi operativi dell'Ausl Reggio Emilia, oltre a fornire una rappresentazione esaustiva delle caratteristiche e della funzionalità dei processi di supporto di un'azienda che si distingue nel panorama italiano per il carattere estremamente innovativo e l'attenzione allo sviluppo organizzativo, consente di esporre in modo organico alcune riflessioni sui meccanismi operativi che appaiono valide in generale per altri contesti aziendali.

Queste riflessioni attengono ad alcune conclusioni che emergono dal-

l'analisi del caso, e, in termini più generali, all'approccio metodologico illustrato con riferimento all'analisi svolta.

Emerge, in primo luogo, la necessità di presidiare il quadro unitario dei meccanismi operativi nell'ambito della valutazione della funzionalità del sistema aziendale, soprattutto in una strategia di cambiamento e innovazione organizzativa. L'analisi del caso evidenzia in particolare il contri-

buto dei meccanismi di comunicazione e del sistema, tradizionalmente considerati più come strumenti che come processi di supporto. Dal caso emerge, al contrario, il portato strategico insito nella scelta di impostazione e nel ruolo della diffusione e comunicazione delle informazioni, dei valori, dei messaggi — oggetto della strategia di comunicazione e della strategia informativa — che, per questo motivo, è auspicabile siano il più

**Tabella 14 - Sistemi informativi**

Punti di forza	Punti di debolezza
Buon livello di efficienza tecnica del sistema	La definizione del fabbisogno informativo delle UO è svolto prevalentemente dal responsabile del meccanismo
Elevato livello di affidabilità e confrontabilità dei dati	Mancanza di un datawarehouse unico Elemento critico specie nella prospettiva dell'aumento del carico informativo da gestire (vedi sviluppo sistemi BSC - valutazione delle competenze - sistema qualità)

**Tabella 15 - Comunicazione**

Punti di forza	Punti di debolezza
Garanzia di elevata standardizzazione dei processi della comunicazione esterna	L'efficacia dei meccanismi di comunicazione interna rispetto a quella dei meccanismi di comunicazione esterna evidenzia spazi di miglioramento/evoluzione Non è ancora stato valutato, in particolare, il grado di efficacia di diffusione dei messaggi dal centro alla periferia Non è stato codificato un sistema di prioritizzazione della rilevanza delle comunicazioni interne
Il meccanismo svolge un'importante funzione di monitoraggio della qualità percepita attraverso la gestione del percorso del reclamo del pubblico (testimonianze sulla sensibilità e maturità dell'atteggiamento aziendale verso l'esterno)	

possibile in linea e coerenti tra loro nell'ambito del sistema aziendale.

Infine, è opportuno sottolineare il valore di un'analisi dell'efficacia dei meccanismi operativi. La riflessione sui meccanismi di supporto si dimostra un approccio «a tutto tondo» della descrizione dell'organizzazione, capace di chiamare in causa elementi di struttura, di responsabilizzazione, di processo e, non ultimo, di auto-percezione della cultura aziendale. La riflessione sull'efficacia dei meccanismi operativi, infatti, richiede un'analisi che tagli verticalmente e trasversalmente l'organizzazione, per valutare quanto il meccanismo operativo realizzato (*ex-post*) rifletta le intenzioni del suo disegno (*ex-ante*), offrendo un'occasione di ripensamento complessiva che risulta motivante e stimolante per tutti gli attori aziendali: per i soggetti che hanno impostato la visione del meccanismo (governo aziendale), per coloro che hanno sviluppato questo mandato (*staff*) e per coloro che ne sono destinatari (*line*).

---

(1) Con intervento organizzativo s'intende l'attività di analisi, diagnosi e riprogettazione dell'assetto organizzativo.

(2) In parte, questa tendenza è stata guidata dalla valutazione dei risultati conseguiti in termini di cambiamento e innovazione organizzativa in seguito agli interventi di tipo *top-down* aventi per oggetto elusivamente la struttura organizzativa, come reazione delle stesse aziende alla fase di «illuminismo» dell'analisi organizzativa tradizionale (Valotti, 2000).

(3) Nelle aziende sanitarie, pertanto, tipicamente a supporto dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

(4) Che comporta la presenza di elevata autonomia decisionale nel personale di *line* (medici, altro personale sanitario, personale infermieristico).

(5) Ovvero la detenzione di conoscenze distintive proprie del corpo professionale e l'autonomia con il quale impiegarle. È lo stesso corpo professionale che garantisce, dal suo interno, la validità delle conoscenze dei propri membri e la valutazione delle stesse.

(6) Si sostanzia, in pratica, un fenomeno di adempimento burocratico allo strumento, per cui i meccanismi operativi sono adottati solo formalmente dagli attori aziendali, che ne tengono in vita gli aspetti di processo, senza che essi comportino alcuna modificazione dei comportamenti. Questa situazione presenta indubbiamente un notevole spreco di risorse che sarebbe auspicabile poter liberare per altri impieghi.

(7) Si richiama qui la natura strategica delle decisioni relative alla configurazione dei meccanismi operativi nell'ambito delle «strategie funzionali» (Coda, 1995). Questa definizione sottolinea le interazioni tra la strategia aziendale generale (competitiva, economico-finanziaria e sociale), la strategia organizzativa e le «strategie funzionali» di cui i meccanismi operativi sono espressione. Se adeguatamente collegati, i diversi livelli di strategia sono sinergici nel raggiungimento degli obiettivi strategici di fondo. Per questo motivo, la configurazione e la gestione dei meccanismi operativi rappresenta uno dei fattori critici di successo della generale riflessione strategica a livello aziendale.

(8) Regione Emilia-Romagna, deliberazione 1° marzo 2000, n. 321.

(9) I riferimenti principali per un approfondimento del tema sono offerti da W.E. Deming, J.M. Juran e K. Ishikawa.

(10) Riferimento dal sito web aziendale: [www.ausl.re.it](http://www.ausl.re.it).

(11) Dal punto di vista operativo, il processo di accreditamento coinvolge un gruppo di pilotaggio, un gruppo tecnico e circa 140 facilitatori nelle UO di *line*. Il gruppo di pilotaggio, che definisce l'indirizzo strategico per l'accreditamento attraverso una o due riunioni annuali. Il gruppo tecnico cura invece l'aspetto applicativo, definendo il piano di verifica degli standard e coordinando l'attività di valutazione. Nelle singole UO, infine, opera la figura del facilitatore, figura di riferimento, con la funzione di interagire con i valutatori del gruppo tecnico, cogliere le istanze di modifica e revisione organizzativa proposte sulla base della valutazione e dialogare con il *management* di linea per la risoluzione dei problemi.

(12) La verifica degli *standard* e delle autovalutazioni è eseguita tramite verifica a campione. Alla fine dell'anno il processo di *audit* prevede lo svolgimento di visite di monitoraggio dell'accreditamento che coprono i 2/3 del totale delle verifiche da effettuare. Durante la verifica gli *auditor* devono sincerarsi dell'esistenza del sistema di qualità prescritto dal sistema di qualità aziendale, nonché della bontà dell'analisi fornita e del percorso che il paziente compie nell'unità operativa.

(13) Il servizio si avvale di 1 responsabile, un vice responsabile, un addetto al rischio biologico, un addetto alla sicurezza elettrica, un addetto alla sicurezza antincendio e macchine e un addetto alla valutazione rischi e autorizzazione, un ufficio medico (dal 2001 opera con personale dipendente) che organizza la sorveglianza sanitaria sul personale dipendente.

(14) «Il motore propulsivo è il Nucleo di valutazione che, di concerto col responsabile dello staff, è stato il luogo di elaborazione delle idee di fondo del sistema, col supporto attivo del DG che ne legittima le scelte di fondo, definisce l'impianto teorico e le regole di aggancio tra *budget* e incentivi. Le prime valutazioni pilota effettuate dai responsabili di struttura complessa vennero avviate nel 1998. Dall'anno successivo i valutatori cominciano ad acquisire dimestichezza col loro nuovo ruolo; al tempo stesso iniziano a strutturarsi altri sotto-sistemi di gestione del personale: il sistema per la formazione e le relazioni sindacali, in particolare, in *staff* alla DG. In questa fase il risultato principale è il rafforzamento di un linguaggio comune, condiviso dall'intera dirigenza, nonché l'introduzione della logica e del processo della valutazione delle prestazioni all'interno della cultura aziendale. Dal 2000 il meccanismo di gestione del personale si avvia alla completazione, con il rafforzamento della credibilità del processo di valutazione attraverso un aggancio al sistema di conferimento degli incarichi e, più in generale, ai percorsi di carriera. L'azienda ha presidiato e accompagnato con attenzione il processo di cambiamento, coinvolgendo più attori e avvalendosi di diversi strumenti o momenti per l'informazione, la condivisione, la formazione» (De Pietro, 2002).

(15) Sono comitati composti da membri delle aziende sanitarie e membri, a partecipazione maggioritaria, delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di difesa dei diritti degli utenti, per il controllo della qualità dal lato degli utenti (ai sensi della L. reg. 19/99 e succ. mod. e integrazioni, art. 16).

(16) Delibera del D.A. del 22 ottobre 2003.

(17) Il processo di analisi ambientale può essere scomposto in due differenti dimensioni di indagine, ovvero:

— l'analisi ambientale esterna, che mira ad esplorare l'ambiente socio-economico-istituzionale all'interno del quale opera l'azienda per individuare i punti di disconnessione, ovvero quei cambiamenti rilevanti attuali, emergenti o probabili, e determinare le loro implicazioni per l'azienda;

— l'analisi ambientale interna, che serve ad individuare le competenze e le capacità distintive proprie dell'azienda in termini di risorse, processi e risultati. In altre parole si valutano le

capacità finanziarie, produttive, d'innovazione, di gestione delle risorse umane, logistiche e tecnologiche presenti nell'azienda.

## BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G. (1980), *I sistemi operativi*, Giuffrè, Milano.
- CAMUSSONE P. (1998), *Il sistema informativo aziendale*, Etas, Milano.
- CERGAS (2001) «Lo sviluppo delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn», report di ricerca.
- CODA V. (1995), *L'orientamento strategico dell'impresa*, UTET, Torino, pp. 50-52
- DE PIETRO C. (2002) «La valutazione del personale dirigente quale strumento di sviluppo organizzativo: il caso di un'azienda sanitaria territoriale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2001*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2000*, Egea, Milano, pp. 232-236
- ELEFANTI M., BRUSONI M., MALLARINI E. (2001), *La qualità della sanità*, Egea, Milano.
- KAPLAN R. (1996), *The balanced scorecard. Translating strategy into action*, Harvard Business School Press, Boston.
- LEGA F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità. Il caso dell'Azienda ospedaliera L. Sacco di Milano*, McGraw Hill, Milano.
- LONGO F., CARBONE C., COSMI L. (2003), «La regione come capogruppo del Ssr», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2003*, Egea, Milano.
- MENEGUZZO M., REBORA G. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, UTET, Torino, p. 105 e segg.
- RUGIADINI A. (1979), *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, Milano, pp. 267-268.
- VALOTTI G. (2000), *La riforma delle autonomie locali: dal sistema all'azienda*, Egea, Milano.

## Allegato 1 - Piano interviste

Le interviste sono state tutte effettuate dal gruppo di lavoro nel mese di settembre 2003 (\*).

### Referenti dei meccanismi operativi

Meccanismi operativi	Responsabilità
Budget, controllo di gestione e sistema informativo	Direttore <i>staff</i> Programmazione e controllo
Valutazione e sviluppo risorse umane	Resp. Processo valutazione risorse umane
Sistema retributivo, compensi, carriera	Direttore Servizio bilancio e Servizio gestione economica del personale
Formazione	Resp. aziendale per la formazione
Comunicazione	Resp. Ufficio comunicazione Resp. <i>staff</i> Tecnologia dell'informazione
Garanzia della qualità e accreditamento	Resp. Programma efficacia e sicurezza delle prestazioni Resp. accreditamento aziendale Direttore <i>staff</i> Sicurezza, prevenzione, protezione e conformità strutturale
Sistema di pianificazione strategica	Direttore generale Direttore sanitario Direttore amministrativo Coordinatore sociale

### Top management di line

Responsabilità e luogo di lavoro
Direttore distretto di Reggio Emilia e distretto C. Monti Direttore Programma cure primarie Direttore del Presidio ospedaliero; Resp. Programma materno/infantile Direttore Dipartimento farmaceutico Direttore Direzione infermieristica aziendale Direttore distretto Guastalla; Direttore Programma aziendale Demezze Guastalla Dirigente medico Presidio ospedaliero Area Nord Guastalla

### Responsabili di line

Responsabilità e luogo di lavoro
Direttore di radiologia - Guastalla Direttore medicina del lavoro - Guastalla Capo sala medicina Guastalla Direttore di medicina Scandiano Direttore di anestesia e rianimazione Montecchio Direttore di pediatria C. Monti Direttore programma riabilitazione pneumo/cardiologia Correggio Direttore dipartimento salute mentale Modulo SUD Direzione infermieristica cure primarie Coordinatore area anziani Area Sociale Direttore SIAN Reggio Emilia Direttore medicina di base RE Capo sala poliambulatori Scandiano

(\*) Si ringraziano tutti i professionisti che hanno collaborato alla realizzazione delle elencate interviste per la disponibilità e cordialità accordata al gruppo di lavoro esterno.



## **Allegato 2 - Elenco dei documenti analizzati**

Piano sanitario regionale

Atto aziendale

Elementi per l'assetto organizzativo dell'azienda Usl di Reggio Emilia

Piano degli obiettivi 2002 per le Aziende sanitarie

Piano delle azioni 2003

Accordo sul percorso di sviluppo professionale e la valutazione della dirigenza medica e veterinaria

Progetto di sviluppo dei piani per la salute della Provincia di Reggio Emilia

Delibera del Direttore generale n. 101 dell'8 luglio 2002 (Definizione dello schema generale di graduazione degli incarichi di posizione di struttura complessa ...)

Verso il nuovo Piano attuativo locale (PAL) del sistema curante provinciale

Schede di controllo interno (Distretto di Reggio Emilia)

Consuntivo anno 2002 (Dipartimento farmaceutico)

Del. G.R. 31 ottobre 2000 n. 1882 (Direttiva alle Aziende della Regione per l'adozione dell'atto aziendale ...)

Il cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie: percorsi e scenari di sviluppo. Le funzioni di *staff* nell'azienda Usl di Reggio Emilia

Legge regionale 25 febbraio 2000, n. 11 - Modifiche della L. reg. 12 maggio 1994 n. 19 «Norme per il riordino del Ssr ...» e della L. reg. n. 50 «Norme in materia di Programmazione, contabilità ...»

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 salute

## 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.

# L'EVOLUZIONE DELLE CURE PRIMARIE IN REGIONE LOMBARDIA

Stefano Del Missier

Direttore generale ASL della Provincia di Pavia

SOMMARIO: Introduzione - 1. Il contesto istituzionale nella sanità italiana - 2. Il contesto istituzionale della sanità in Lombardia - 3. Le cure primarie - 4. Politica sanitaria e cure primarie in Lombardia - 5. Una nuova prospettiva di governo della sanità - 6. Conclusioni.

## Introduzione

Il titolo di questo articolo rimanda a due dimensioni attorno alle quali si vuole indagare il ruolo che le cure primarie potranno svolgere in un prossimo futuro all'interno di una delle regioni guida all'interno del Sistema sanitario nazionale (Ssn).

La prima dimensione è quella dell'esperienza. In un periodo in cui si è sviluppata in modo esponenziale la produzione di «modelli di riferimento», per loro natura astratti, si apre la stagione del confronto e delle valutazioni sulle esperienze già in atto. Non si vuole quindi indagare o proporre un modello di riferimento per le cure primarie, bensì osservare cosa è successo là dove si è cominciato a lavorare in questa direzione.

La seconda dimensione riguarda la prospettiva futura disegnata dal recente quadro normativo in Regione Lombardia, non tanto in termini descrittivi, quanto in termini di interazione tra quanto è in atto e quanto viene auspicato. In questo modo, a partire da un'analisi sull'esperienza, il quadro normativo assume i contorni di un contesto a più dimensioni (istituzionali, politiche, normative) che ha lo scopo di aiutare a leggere le esperienze e

ad indirizzarle in modo più coerente e più organico.

Evidentemente, proprio per poter giudicare l'esperienza, è bene possedere i termini del contesto più generale del cambiamento che il nostro Paese sta vivendo non solo nella sanità, nostro oggetto di interesse, ma più in generale in tutti gli ambiti di erogazione dei servizi di pubblica utilità (1).

## 1. Il contesto istituzionale nella sanità italiana

Nell'aprire una nuova fase, la riforma del Titolo V della Costituzione, di fatto, sancisce la fine di un lungo processo di cambiamento nel modello istituzionale della sanità italiana, un percorso che può essere individuato attraverso tre passaggi fondamentali:

— la riforma sanitaria del 1978, con l'istituzione del Ssn;

— il riordino del Ssn a partire dai decreti legislativi 502/92 e 517/93;

— la modifica, appunto, del Titolo V della Costituzione repubblicana.

È importante leggere cosa è successo storicamente, se non altro per ottenere un supporto «psicologico» nell'attraversare momenti di grande tensione e di grande cambiamento, e non subire le vertigini causate da quanto

sta accadendo. Inoltre, rileggendo la storia si ha la possibilità di cogliere gli elementi stabili del sistema, cioè quelli attorno ai quali si può costruire efficacemente il cambiamento.

In estrema sintesi, con questa chiave di lettura, si possono individuare in un ventennio di riforme della sanità italiana, alcuni passaggi particolarmente rilevanti.

La legge istitutiva del Ssn, innanzitutto, nasce in un particolare clima politico e sociale: sono gli anni delle Brigate Rosse e del compromesso storico, premessa indispensabile ad un cambiamento epocale rappresentata da una larga convergenza politica all'interno del parlamento. Definire un nuovo modello istituzionale, su nuovi principi fondanti la convivenza e le modalità di relazione tra Stato e cittadini, necessita infatti di particolari condizioni sul piano politico-istituzionale per generare una larga condivisione: quelle della fine degli anni '70 sono di difficile ripetizione.

Il nuovo contesto istituzionale si è poi sviluppato lungo gli anni '80, caratterizzati da grandi cambiamenti, che nel mondo della sanità potremmo individuare nei seguenti eventi:

— il miglioramento del quadro complessivo di salute (Censis, 1999) è

testimoniato da un abbassamento significativo dei tassi di mortalità, dalla crescita dell'età media, da un innalzamento del tasso di invecchiamento della popolazione;

— il cambiamento nel *mix* delle patologie, determinato anche dall'insorgere di nuove malattie e da un significativo aumento delle cronicità;

— il ricorso crescente alle nuove tecnologie che progressivamente si affacciavano sul mondo sanitario, determinando forti cambiamenti nei processi diagnostico-terapeutici;

— l'aumento delle attese dei cittadini, in uno scenario di confronto più ampio, determinato dalla spinta all'integrazione tra i paesi europei;

— la crescita dei costi della sanità, a fronte del raggiungimento di un livello di pressione fiscale non più valicabile.

In un contesto di finanziamento progressivamente più scarso e di un deficit pubblico cui bisognava far fronte (2) il nostro paese ha cercato di rendersi «credibile» nella sua volontà di cambiamento e i decreti di riordino dei primi anni '90 rappresentano l'impegno istituzionale a modificare il sistema secondo una riattribuzione di competenze tra i diversi organi dello Stato in cui:

— allo Stato centrale era assegnata la funzione di definire la programmazione sanitaria (attraverso il Piano sanitario nazionale) e di quantificare il finanziamento complessivo del Ssn (determinazione del Fondo sanitario nazionale);

— alle Regioni veniva assegnata la funzione legislativa in merito al modello istituzionale, al modello organizzativo e alle modalità di finanziamento del sistema sanitario regionale;

— ai Comuni, di fatto, venivano tolte funzioni e competenze in materia sanitaria.

Questa suddivisione di competenze veniva accompagnata da criteri di fun-

zionamento generale altrettanto innovativi:

— il finanziamento non più sulla base della spesa storica bensì sul criterio della quota capitaria;

— l'aziendalizzazione di Usl e ospedali, che veniva introdotta in sanità per perseguire obiettivi di efficienza;

— l'accreditamento come requisito di qualità del servizio;

— il principio di libera scelta dei cittadini.

Nel corso degli anni '90, quindi, assistiamo ad un processo di «regionalizzazione» della sanità a tal punto che nella letteratura aziendale sono stati descritti puntualmente dei «modelli di riferimento» (3).

Il tentativo del D.L.vo 229/99 di riportare una sorta di omogeneizzazione tra i modelli regionali, di fatto, falliva prima ancora di nascere, in quanto i comportamenti degli attori del sistema erano ormai consolidati, ed è stato, di fatto, «ignorato», anche in previsione delle modifiche ormai mature al Titolo V della Costituzione repubblicana.

La riforma del Titolo V della Costituzione repubblicana, come si è detto, ha chiuso questo periodo di riforme per aprirne uno nuovo, secondo un'impostazione che ha «stravolto» il quadro legislativo.

Infatti, sebbene la tutela della salute venga inserita tra le materie di legislazione concorrente, è chiaro che:

1) è competenza legislativa piena delle Regioni tutto ciò che non è espressamente riservato allo Stato;

2) spetta al legislatore statale la sola determinazione dei «principi fondamentali», mentre tutto il resto della legislazione è affidato alle Regioni;

3) il livello della competenza comunale viene confinato in una molto generica «funzione amministrativa».

Quanto sopra fa riflettere sulla necessità di rivisitare tutta la legislazio-

ne in materia sanitaria (4) affinché una ragionevole gerarchia delle norme sia mantenuta e non si ingeneri una confusione legislativa che minerebbe l'assetto istituzionale dello Stato e l'equilibrio tra i diversi organi in cui è articolato.

## 2. Il contesto istituzionale della sanità in Lombardia

La riforma sanitaria in Regione Lombardia fa riferimento ad una complessiva riforma della Pubblica amministrazione (PA) impostata perseguendo un cambiamento radicale nei rapporti tra la stessa PA e la società civile (5).

I principi della riforma sono sostanzialmente quattro:

— libera scelta del «provider» da parte del cittadino, senza vincoli di programmazione;

— separazione tra i soggetti erogatori di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e i soggetti garanti della salute dei propri cittadini e acquirenti le stesse prestazioni (Asl);

— piena parità di diritti e di doveri tra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato;

— aziendalizzazione per il recupero di efficienza delle organizzazioni sanitarie pubbliche.

Tali principi rappresentano il tentativo di costruire un sistema di regole, un contesto che permetta realmente di porre il cittadino al centro del sistema.

Quanto richiamato in precedenza circa le conseguenze della riforma del Titolo V, in Lombardia è ormai esperienza consolidata. Di fatto, la competenza legislativa regionale si è espressa ben oltre i confini disegnati dalla normativa nazionale (un esempio su tutti: il conflitto istituzionale dovuto all'incompatibilità tra la L. reg. 31/97 e il D.L.vo 229/99), anticipando il dettato del nuovo Titolo V.

Fin dall'inizio della VI legislatura, era chiara l'ineluttabilità di una riforma sanitaria in Lombardia (6); non era altrettanto ineluttabile farla secondo i principi descritti. Le scelte effettuate, di grande qualità e tempestività a parere dello scrivente, trovano le loro ragioni proprio in quei mutamenti nelle strategie di sanità pubblica cui abbiamo assistito negli ultimi anni e cui assistiamo tuttora:

— cresce il peso delle patologie legate all'anzianità e delle malattie croniche gravi, non suscettibili di trattamenti risolutivi;

— la durata media delle degenze ospedaliere si è progressivamente ridotta e si sviluppano sempre di più ricoveri in DH-DS, facendo emergere un fabbisogno di differenziazione dell'offerta non più riconducibile esclusivamente all'ambito dell'assistenza ospedaliera;

— il contesto sociale si è sviluppato e nel nostro sentire civile c'è sempre più spazio per un'attenzione alla qualità dell'assistenza;

— aumenta l'esigenza di coordinamento e di integrazione tra l'azione degli erogatori sanitari e funzioni e professionalità di tipo più assistenziale e sociale;

— rimane rilevante, e non ultimo, il problema di un equilibrio stabile e duraturo nell'utilizzo delle risorse.

Queste strategie in Regione Lombardia sono state continuamente esplicitate e sono ormai familiari, non solo dal punto di vista concettuale o della comunicazione istituzionale, ma anche nel concreto svilupparsi dei processi organizzativi e produttivi delle aziende sanitarie.

In particolare, la politica sanitaria regionale, esplicitata nelle modalità di finanziamento del sistema, ha orientato le aziende a privilegiare gli interventi territoriali e domiciliari proprio per garantire un'assistenza continuativa e programmata, migliorando la per-

sonalizzazione della stessa e migliorando l'appropriatezza delle attività di ricovero, rendendo gli ospedali sempre più (e solo) un luogo in cui erogare cure intensive e prestazioni di alta complessità.

Questa politica ha di fatto creato importanti conseguenze nell'ambito delle cure primarie che non sono state ancora pienamente recepite, come dimostrano alcune considerazioni che legano il finanziamento e le scelte di politica sanitaria.

Sono infatti molto significativi i dati di allocazione della spesa sanitaria negli ultimi anni in Lombardia.

A fronte di un crescita del Fondo sanitario regionale del 37,6%, tra il 1998 e il 2002, la spesa per ricoveri è aumentata del 16,2%, la spesa per attività ambulatoriale del 36,1%, la spesa per farmaci in convenzione di oltre il 70%, e la spesa per le attività sociosanitarie integrate del 33,2%.

Ma di fronte ad un forte cambiamento nella disponibilità di risorse finanziarie, non abbiamo assistito ad un significativo cambiamento nelle modalità gestionali di tale ambito di cura e assistenza. In questo scenario, su questo sfondo in cui, in questi anni, si è venuta sviluppando la politica sanitaria della Regione Lombardia, la gestione e l'organizzazione delle cure primarie (come della più ampia sfera dei servizi territoriali) sono rimaste ad un livello primitivo, dilettantesco. E tale modalità gestionale non sembra cambiare neppure di fronte ad ulteriori spinte determinate da strumenti e interventi innovativi e di forte valenza finanziaria quali la sperimentazione dei *buoni* e dei *voucher* sociosanitari, mantenendo tale settore ad un livello di arretratezza non più tollerabile.

Si rende così necessario un *focus* sul contenuto stesso del tema «cure primarie», per poter quindi individuare possibili politiche sanitarie orientate al loro sviluppo.

### 3. Le cure primarie

La definizione dei contenuti delle cure primarie nasce dalle ricerche in materia di medicina generale e medicina di famiglia. I recenti lavori della European Society of general Practice, cui hanno aderito le società italiane di settore, hanno portato ad una pubblicazione a cura di Wonca Europe (2003) sufficientemente esaustiva delle esigenze di classificazione concettuale.

Il processo di unificazione europea, con i dettati della direttiva EU 93/164, ha sottolineato l'esigenza di sviluppare anche concettualmente i contenuti da ascrivere alle conoscenze, alle competenze, alle esperienze e, non ultime, alle necessità della medicina generale.

In questa prospettiva, l'OMS Europa ha descritto in modo molto sintetico ed esaustivo quelli che potrebbero essere definiti come gli obiettivi della medicina generale all'interno di un sistema sanitario, evidenziando la relazione dinamica tra i principi che fondano la disciplina ed i compiti che ciascun medico di medicina generale deve svolgere. Tale relazione dinamica è delineata nella tabella 1.

Si può quindi affermare che la medicina generale si distingue per alcune competenze precipue che garantiscono un approccio centrato sulla persona e non sulla patologia, selezionando preventivamente problemi specifici da trattare, poi eventualmente, ad un livello più specialistico.

L'approccio olistico alla persona, la garanzia di una continuità assistenziale nel tempo e la promozione della salute del singolo e delle sua famiglia fanno del medico di medicina generale il professionista che riveste un ruolo (per definizione) critico dell'intero sistema sanitario, soprattutto in un tempo in cui il rapporto tra il costo delle cure ed il beneficio di salute che ne de-

riva è duramente messo in discussione. Non a caso, è ormai opinione comune che una medicina generale ben organizzata è la base per un sistema sanitario più efficiente (Gay, 1995).

Ma nel momento in cui si passa da un concetto di *medicina generale* ad uno più ampio di *organizzazione di medicina generale*, di fatto, si introduce la necessità di ampliare il contesto nella più vasta area delle cure primarie, in cui, al ruolo svolto dal professionista medico di medicina generale, si aggiungono i ruoli di altri professionisti sanitari. Questo perché sono diversi i modi in cui possono essere fornite le cure primarie, esattamente come diversi possono essere i profili professionali che le forniscono ai pazienti. Non a caso, nel modello di salute comunemente accettato e rappresentato nella tabella 2, la medicina generale viene assorbita nella separazione tra i diversi livelli di cura.

Il passaggio dal concetto di medicina generale a quello di cure primarie, inoltre, è dettato dal fatto che in molti sistemi sanitari medici specialisti svolgono un ruolo all'interno di sfere che in altri contesti sono riservate ai medici di famiglia. Viceversa, in altri sistemi, i medici di famiglia svolgono un ruolo (pur se limitato o formalmente contestualizzato) e gestiscono problemi propri del secondo livello di cure.

È evidente che «assorbire» la medicina generale nel più ampio contesto delle cure primarie è un'operazione che non elimina le specificità (anche concettuali) del medico di famiglia che abbiamo individuato, anzi. La precisa definizione di competenze costitutive rappresenta la possibilità stessa di sviluppare le cure primarie quali ambito, contesto in cui più professionisti, magari integrati nei loro processi lavorativi, interfacciano e si fanno carico dei bisogni del paziente intercet-

tato all'interno della sua abituale comunità di vita.

Nella tabella 3, sono dunque rappresentate le principali definizioni terminologiche che aiutano ad una migliore comprensione del ruolo e della funzione delle cure primarie e dei professionisti che vi operano.

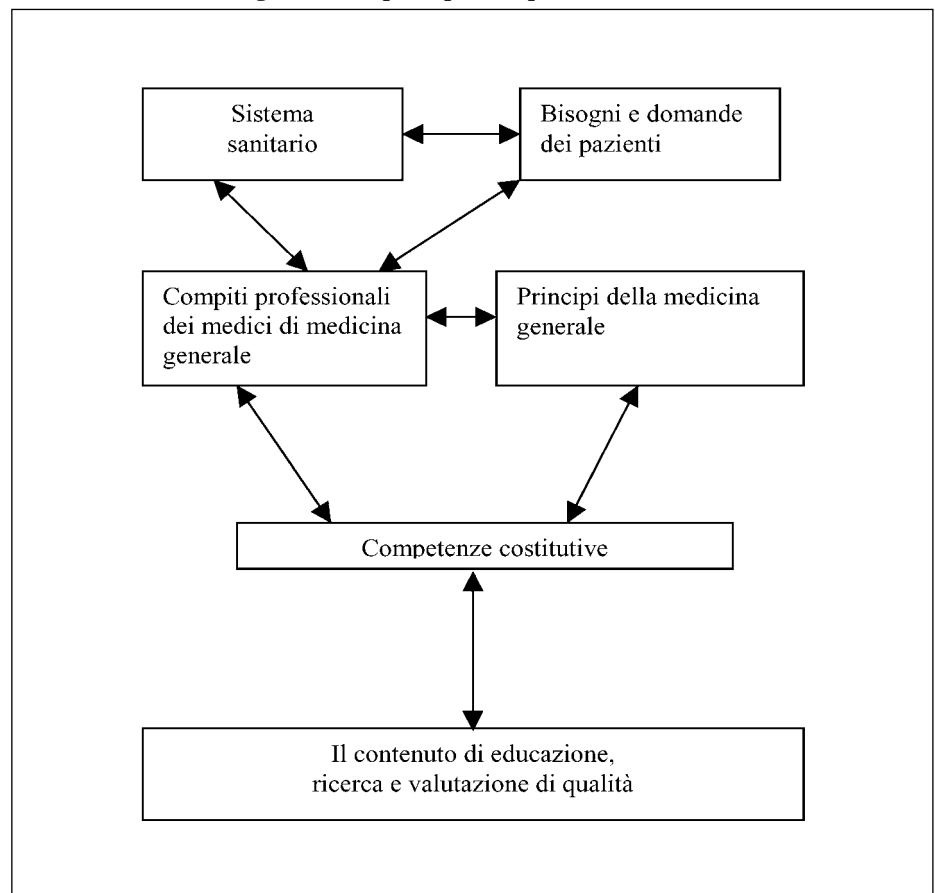
L'individuazione di un ambito puntuale all'interno del più ampio sistema sanitario, ci permette quindi di identificare meglio possibili strategie di cambiamento per le cure primarie che nascono dalla necessità di cogliere e analizzare la domanda sanitaria partendo dal suo unico portatore: il cittadino con il suo bisogno di salute.

#### 4. Politica sanitaria e cure primarie in Lombardia

Porre il cittadino al centro del sistema sanitario rappresenta un obiettivo che va accompagnato con uno sviluppo delle logiche dell'intervento sanitario. Infatti, è necessario il superamento della vecchia logica tesa a risolvere il singolo episodio clinico a favore di una nuova tesa a permettere una gestione globale del bisogno di salute.

Questa trasformazione logica richiede un cambiamento di ordine organizzativo, caratterizzato sia dallo sviluppo dell'integrazione tra diversi

**Tabella 1 - La medicina generale tra principi e compiti**



Fonte: Wonca Europe (a cura di) (2003).

percorsi assistenziali, sia dall'introduzione di nuovi modelli organizzativi e gestionali.

In questa direzione, il Pssr 2002-2004 della Lombardia apre lo spazio per la costituzione di Gruppi delle cure primarie (GCP), che rappresenta un primo passo nella prospettiva indicata: «il Gruppo di cure primarie imperniato sui MMG/PLS, sui medici di continuità assistenziale in collaborazione con le altre professioni, sperimenterà la presa in carico delle problematiche di salute della popolazione che fa riferimento ai singoli MMG/PLS: tali problematiche, oltre alle attuali funzioni di diagnosi, terapia ed assistenza, potranno, a puro titolo esemplificativo, comprendere anche l'espletamento delle funzioni di prevenzione, la attivazione e la gestione di protocolli di cura integrati per le patologie croniche, il coordinamento ed il management del GCP, il necessario raccordo con il distretto» (Regione Lombardia D.C.R. 13 marzo 2002).

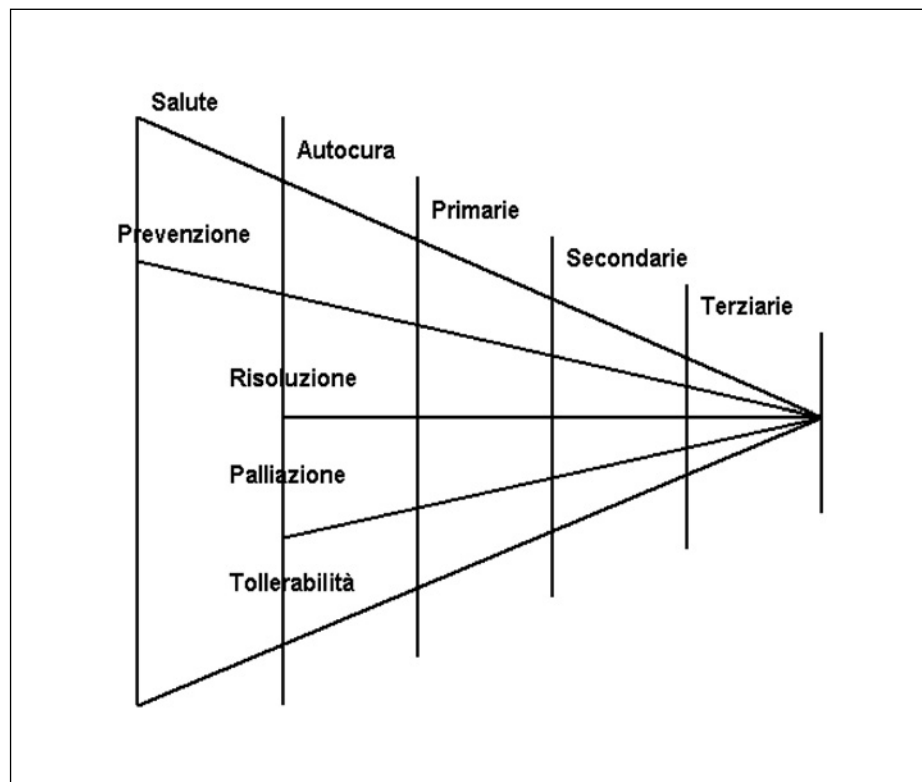
Il modello organizzativo delle cure primarie viene assunto come un indirizzo strategico che impegna la Regione su più versanti, e in particolare a:

— assicurare il governo dell'innovazione, strutturando un sistema di valutazione delle sperimentazioni, di validazione e di disseminazione delle stesse;

— favorire la creazione di reti tra Mmg/Pls, confermando le esperienze di aggregazione, al fine di rendere consueto il lavorare insieme secondo specifiche direttrici quali la sperimentazione di iniziative di governo clinico, la sperimentazione di livelli complessi di *management* e l'integrazione con la specialistica territoriale e ospedaliera;

— definire percorsi di accreditamento per erogatori di cure primarie, introducendo nuove modalità organizzative, facendo attenzione a salva-

Tabella 2 - Il modello di salute



Fonte: Wonca Europe (a cura di) (2003).

Tabella 3 - La terminologia a confronto

Medico di medicina generale (Medico di famiglia)	Sono sinonimi, utilizzati per descrivere quei medici che hanno fatto un tirocinio post-laurea in medicina generale almeno sino al livello nel Titolo 4 della Doctors' Directive.
Medico delle cure primarie	Un medico appartenente a qualsiasi disciplina che lavori nel contesto delle cure primarie.
Medico delle cure secondarie	Un medico che ha seguito un periodo di <i>training</i> post-laurea in una specialità biomedica e che lavora prevalentemente in quel campo all'interno dell'ospedale.
Specialista	Un medico di qualsiasi formazione disciplinare che ha seguito un periodo di <i>training</i> post-laurea.
Cure primarie	L'ambito all'interno di un sistema sanitario, di solito la comunità territoriale del paziente, nel quale avviene il primo contatto con un professionista sanitario (esclusi i traumi maggiori).

Fonte: Wonca Europe (a cura di) (2003).

guardare il rapporto di fiducia che lega il cittadino al medico, e rinnovando il modello retributivo del Mmg/Pls;

— formare il Mmg/Pls coerentemente al contesto che si viene a creare, ricordando che l'attenzione sui risultati della pratica professionale richiede da un lato l'aumento del lavoro in comune e la collaborazione tra diverse professionalità sanitarie, e dall'altro un orizzonte più ampio per la formazione continua.

Senza voler forzare l'interpretazione di alcuno sugli eventi descritti, è facile notare che si prospetta un impegno rilevante sia da parte della Regione Lombardia, nel perseguire correttamente e coerentemente gli indirizzi prescelti, sia da parte dei Mmg/Pls che, nel cogliere le nuove opportunità offerte, rivedono la loro funzione e la loro professionalità in questa prospettiva.

L'interesse verso lo sviluppo delle cure primarie, quindi, non nasce principalmente da questioni di ordine culturale o ideologico, bensì da una convenienza legata alla sostenibilità del sistema secondo i valori ed i principi che lo regolano. Le cure primarie, infatti, possono rappresentare lo strumento per coniugare le esigenze di integrazione tra i vari punti della rete, di coordinamento degli interventi in ambito sanitario, sociosanitario e assistenziale, di raggiungimento degli obiettivi di politica sanitaria senza farne pagare il prezzo al cittadino (7). Lo sviluppo delle cure primarie permetterebbe di rileggere percorsi e procedure a partire dalla lettura globale del bisogno dei cittadini, anche attraverso una funzione di «regia della rete di offerta» che nel contesto sanitario lombardo trova anche nell'Asl un soggetto istituzionale preposto.

## 5. Una nuova prospettiva di governo della sanità

Nel lasciare a professionisti più adeguati l'ulteriore riflessione sui cambiamenti organizzativi richiesti, allo scopo di rendere più efficace la lettura o la definizione di nuovi scenari, pare importante porre l'attenzione sulle linee di politica sanitaria dal punto di vista del governo complessivo del sistema.

Le regole principali di governo, all'interno di un qualsiasi modello istituzionale, riguardano il livello e le modalità di finanziamento, il sistema tariffario per la remunerazione delle prestazioni, i sistemi di controllo, e gli strumenti di regolazione dei rapporti tra gli attori del sistema.

È evidente che tali regole possono mutare nella misura in cui muta il contesto istituzionale di riferimento, proprio come sta avvenendo nel nostro paese in quel grande processo devolutivo di poteri dallo Stato alle Regioni.

Tuttavia è opportuno sottolineare che il termine *devolution* va interpretato, in quanto diverse sono le forme in cui può avvenire il passaggio di funzioni tra lo Stato e gli ordini istituzionali di grado inferiore e, a seconda della forma prescelta, mutano in modo considerevole le modalità di relazione tra i diversi livelli istituzionali così come, soprattutto, muta radicalmente il ruolo che la dirigenza pubblica deve giocare nel nuovo contesto.

In modo molto schematico tali forme sono riassumibili in tre modelli:

- decentramento amministrativo;
- delega di funzioni;
- riconoscimento di autonomia di governo.

Ad ogni forma che assume il modello di Stato riscontriamo maggiori o minori coerenze con le modalità di relazione tra i suoi diversi livelli istituzionali o con i profili manageriali richiesti: non si danno «incroci».

Se lo Stato è improntato ad un modello di decentramento amministrativo, è coerente che i rapporti tra le istituzioni siano definiti in modo verticale, ed è opportuno avere dirigenti di profilo esecutivo, prevalentemente di profilo tecnico/giuridico, legati alle decisioni del livello politico per attuarle.

Nel caso di un modello improntato alla delega di funzioni, si assiste a modalità di rapporto «verticali» fra organi di diverso livello istituzionale e «orizzontali» fra organi dello stesso livello istituzionale. In questa forma istituzionale, il dirigente pubblico può contribuire o partecipare a formare la norma delegata, forte di competenze anche gestionali che gli vengono richieste.

In un modello improntato alla sussidiarietà per la quale si riconosce autonomia di governo agli organi di livello inferiore, le modalità di relazione istituzionale sono definite da modelli gestionali innovativi, all'interno dei quali il dirigente pubblico gioca un forte ruolo nella definizione delle strategie di governo, ha maggiore visibilità e autonomia, ha una grande conoscenza dell'ambiente e si fa misurare sui risultati raggiunti.

Si comprende bene, allora, il problema di incoerenza che si verifica quando, in un modello che non si regge più su un rapporto verticale tra livelli istituzionali ma si orienta verso forme di modelli a rete per la gestione dei servizi, si mantengono gli strumenti di gestione interna e di contratto tipici delle forme centralizzate, che risultano appunto completamente incoerenti. Per esemplificare meglio, è evidente ai più la contraddizione che emerge tra la presenza di uno strumento contrattuale rigido, basato su una convenzione nazionale, omogenea e uniforme, e la richiesta di forme innovative di gestione del bisogno di salu-



te dei cittadini quali quelle rappresentate dai GCP.

Non si dà una prospettiva di governo se non si affrontano seriamente queste contraddizioni e incoerenze.

Pur timidamente, il Pssr 2002-2004 della Regione Lombardia rappresenta il primo documento normativo che ha il coraggio di affrontare queste contraddizioni, in forza del quadro di cambiamento introdotto dalla L. reg. 31/97, cui il piano regionale dà rilancio sulla scorta di tre direttive principali:

1) le Asl, in una logica di cambiamento della politica sanitaria regionale sintetizzabile in uno sviluppo della domiciliarità e in un ridimensionamento della residenzialità, rappresentano un ruolo di garante del cittadino e di acquirente delle prestazioni necessarie alla tutela della sua salute attraverso:

— l'esercizio di una funzione di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni;

— la piena titolarità e gestione dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

— la ridefinizione dei contenuti dei contratti con gli erogatori;

— la graduale esternalizzazione dei servizi a gestione diretta;

2) la rete di offerta dei servizi sanitari è improntata ad una logica fortemente orientata al paziente, per il quale la scelta di accesso non può essere determinata dal «dove lo metto», bensì dal «dove lo curo meglio». Diviene importante, in questa prospettiva, lo sviluppo di attività e conoscenze in grado di ricomporre la lettura del bisogno, i termini della lettura del bisogno, in modo da confezionare interventi su misura, con risposte tempestive e differenziate ai problemi sempre più complessi e spesso scaricati sul contesto familiare. Il bisogno non deve più essere frammentato in base alle esigenze dell'assetto organizzativo dei

servizi e si tenta di costruire e gestire la rete come momento di integrazione delle risposte, nella logica del percorso di cura e nella consapevolezza dell'importanza del coordinamento inter-settoriale, istituzionale, gestionale e professionale;

3) lo sviluppo di una funzione di *governance* rappresenta il collante necessario al mantenimento della stessa rete di offerta e l'unica modalità per rendere coerente il sistema delle regole con la nuova prospettiva di politica sanitaria. Il problema dei sistemi a rete non è tanto nella loro progettazione e costruzione, quanto nel loro governo.

In questo contesto e, soprattutto, in questa prospettiva, le Asl ricoprono un ruolo fondamentale e insostituibile nella creazione di un sistema sanitario a rete e nella costruzione di una funzione di governo innovativa.

Ne consegue la necessità di rimuovere gli ostacoli che si frappongono a questo processo di sviluppo e che sono, sostanzialmente, di due ordini:

— ostacoli normativi, prodotti soprattutto da strumenti contrattuali non adeguati alla complessità rilevata e alle necessità di flessibilità richieste in forma e quantità diverse a seconda dei contesti in cui tale processo si sviluppa;

— ostacoli manageriali, rilevabili in una cultura manageriale ancora debole nella classe dirigente pubblica e nella scarsa abitudine e propensione allo sviluppo di strumenti gestionali a supporto del cambiamento (8).

Lo scenario futuro, di conseguenza, dipende molto dalle scelte del legislatore in ordine al ruolo degli attori istituzionali (fra i quali, principalmente, il proprio) ed allo sviluppo reale ed efficace dell'aziendalizzazione in ambito sanitario.

La Regione Lombardia si ritaglia il ruolo di ultimo regolatore del sistema (9), rappresentando quel livello istituzionale in grado di assorbire l'e-

sigenza di equilibrio tra le forze centrifughe e centripete che accompagnano il processo di cambiamento in atto. Tale ruolo viene accompagnato con un certo realismo, consci che progetto e azione non rappresentano due fasi sequenziali, bensì momenti di interscambio continui, per cui ogni azione non può non avere un progetto all'origine, così come tutta la progettazione non può non partire dalla considerazione di quanto già in atto.

## 6. Conclusioni

Nel determinare l'evoluzione delle Cure primarie, come detto in premessa, vanno tenuti in considerazione due fattori fondamentali: il quadro legislativo e di contesto, e la risposta che gli attori del sistema danno al cambiamento di questo quadro.

Sono state riprese e delineate le opportunità connesse alla parte normativa della Regione Lombardia, che rappresenta la punta avanzata della riflessione e dell'attuazione sulla politica sanitaria connessa alle cure primarie. Certo è che il modello istituzionale risulta più «avanzato» del modello organizzativo. Infatti, oggi è difficile impostare un lavoro che abbia come oggetto nuovi modelli organizzativi, nuove regole di funzionamento del sistema, proprio in considerazione delle resistenze che naturalmente si incontrano di fronte al cambiamento di comportamenti ormai consolidati. Il periodo storico, inoltre, è caratterizzato da forti elementi di incertezza, che non favoriscono neppure una riflessione serena.

Ci troviamo, infatti, in un contesto di continuo cambiamento, pieno di contraddizioni, sia rispetto alle condizioni esistenti, sia rispetto alle prospettive future. Ne è riprova che uno dei dati certi dell'attuale situazione è che è del tutto anacronistico perseguire modelli organizzativi omogenei co-

me richiesto dalla vigente normativa sanitaria nazionale: l'isomorfismo organizzativo della prima fase del Ssn è totalmente tramontato.

Però, al fine di perseguire un'utilità comune, è consigliabile lavorare sul metodo e sugli obiettivi che le esperienze in atto vogliono perseguire. È probabile che la definizione di modelli e regole più puntuali emergerà naturalmente da una seria analisi e valutazione di questa fase «esperienza».

Il Pssr 2002-2004 della Regione Lombardia cerca di utilizzare questo metodo del miglioramento continuo, del «provare e giudicare per poi ripartire». È un fatto che sia un piano sanitario anomalo rispetto a quelli tradizionali cui siamo abituati, ma esprime le esigenze sentite da molti addetti ai lavori e comincia a diffondere questa nuova impostazione: lo stesso Piano sanitario nazionale 2003-2005 ne ripercorre stile e metodo (10). Un documento programmatico in senso lato, in cui non si trovano le «cose da fare», ma si suggeriscono le prospettive di lavoro in cui costruire liberamente risposte particolari e più adeguate, proprio perché costruite in ambiti specifici.

Se questo è il contesto di lavoro, i GCP si inseriscono pienamente come elemento qualitativo del grande cambiamento in atto. Il successo della loro presenza, durata e solida, nel panorama della rete dei servizi di tutela della salute dipenderà dalla capacità di non rendere troppo strette le maglie della rete e di lasciare spazio a che queste realtà si autodefiniscano in una continua ricerca di coerenze e di integrazione attorno al cittadino in stato di bisogno.

(1) Una panoramica generale sul cambiamento del welfare nel nostro paese si ha in Vittadini (2002).

(2) Il debito pubblico alla fine degli anni '80 ha reso indispensabile un'operazione internazionale di credito, cui si è fatto fronte con la legge delega n. 421/92 e i conseguenti decreti legislativi in materia di sanità, pubblico impiego, finanza territoriale e previdenza.

(3) Si veda, a tale proposito, Longo (1999).

(4) Il decreto legislativo n. 229/99 ha rappresentato il tentativo di ricondurre ad uniformità istituzionale ed organizzativa tutte le esperienze legislative regionali susseguite al decreto legislativo n. 502/92. Di fatto i modelli regionali hanno continuato a funzionare secondo propri dettati rendendo inapplicato il dettato legislativo nazionale nelle parti riguardanti i modelli istituzionali e organizzativi, come, ad esempio, per l'individuazione di aziende ospedaliere autonome. Si veda, a tale proposito, Caravita (2004).

(5) Si veda, a tale proposito, Careri, Cattaneo (1999).

(6) Documentazione testimoniale a tale riguardo è rintracciabile nei lavori del Consiglio regionale della Regione Lombardia negli anni 1995-1997, così come negli interventi pubblici del Presidente Roberto Formigoni negli anni 1996-1999, tra i quali si segnala, per sintesi e completezza, Formigoni (1999).

(7) La progettazione di un buon sistema di cure primarie rappresenta uno spazio di azione enorme non solo per i medici di famiglia, ma anche (e, forse, soprattutto) per lo stesso management pubblico, chiamato a governare aziende incapaci di soddisfare la domanda con le risorse disponibili. Di fronte alla crisi finanziaria delle amministrazioni pubbliche, il management pubblico è chiamato a ricercare un equilibrio tra domanda e offerta di servizi pubblici, e lo può fare solo attraverso una maggiore economicità delle aziende sanitarie. Si veda, a questo proposito, Zangrandi (2003).

(8) Molto interessante, per aprire il fronte della riflessione su questi temi e della necessità di investire sul management pubblico, il contributo di Moore (2003).

(9) A questo proposito, si richiama un passaggio significativo all'interno del Piano socio-sanitario regionale 2002-2004 della Regione Lombardia: «... è necessario "ripensare" il ruolo regionale all'interno del sistema di welfare anche al fine di evitare il rischio di sostituire al centralismo del governo nazionale quello del governo regionale. In quest'ottica, la Regione ... reputa opportuno rafforzare da un lato il ruolo di governo del sistema attraverso più puntuali e condivise norme di programmazione, indirizzo e controllo e, dall'altro, potenziare il ruolo autonomo e le respon-

sabilità gestionali delle Aziende sanitarie pubbliche».

(10) A tal proposito, si ricorda quanto affermato dal Ministro della salute, prof. Girolamo Sirchia, nella presentazione del Psn 2003-2005: «... È dunque naturale che il Piano sanitario nazionale 2003-2005 si ponga in una ottica del tutto nuova e coerente con questi cambiamenti legislativi e politici trasformandosi, rispetto ai precedenti Piani, da atto programmatico per le Regioni in Progetto di salute condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo».

## BIBLIOGRAFIA

- AUXILIA F. (2003), «Cure primarie: ruolo e modello assistenziale», *Prospettive sociali e sanitarie*, 11.
- CARAVITA B. (2004), «Riflessione sul mondo della sanità tra riforme e istanze di autonomia», *Federalismi.it*, Rivista telematica.
- CARERI M., CATTANEO R. (1999), *Cambiare la Pubblica amministrazione: l'esperienza della Regione Lombardia*, ed. Laterza, Bari.
- CENSIS (1999), «Il sistema di welfare», in Censis, *Rapporto 1999*, Roma, pp. 239-346.
- REGIONE LOMBARDBIA, D.C.R. 13 MARZO 2002, N. VII/462, *Il Piano socio-sanitario regionale 2002-2004*.
- FORMIGONI R. (1999), *Federalismo e percorsi di salute*, Congresso Cgil, Milano, 15 ottobre 1999.
- GAY B. (1995), «What are the basic principles to define general practice», *Meeting of European society of General Practice/Family Medicine*, Strasburgo.
- LONGO F. (1998), *ASL, distretto, medico di base. Logiche e strumenti di management*, EGEA, Milano.
- MOORE M.H. (2003), *La creazione di valore pubblico: la gestione strategica nella Pubblica amministrazione*, Guerini & Associati, Milano.
- VITTADINI G. (2002), *Liberi di scegliere: dal welfare state alla welfare society*, ETAS, Milano.
- ZANGRANDI A. (2003), *Management pubblico e crisi finanziaria*, EGEA, Milano.
- WONCA EUROPE (A CURA DI) (2003), «La definizione europea di medicina generale e medicina di famiglia», *Il Sole 24 Ore Sanità*, ottobre.

# ALLINEARE AD ETICA E SALUTE DELLA COMUNITÀ DEI CITTADINI LE CONVENIENZE DEI DIVERSI ATTORI IN SANITÀ

Alberto Donzelli

Direttore Servizio Educazione Sanitaria - Asl Città di Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I modelli finora adottati - 3. Un sistema di finanziamento/remunerazione dei principali attori in sanità che paghi la salute - 4. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Una delle constatazioni più sorprendenti per il comune cittadino e gran parte degli stessi medici è la straordinaria variabilità delle cure prestate ad assistiti affetti dalle medesime malattie anche all'interno delle stesse aree geografiche. Sono state considerate (McPherson, 1990) molte possibili fonti di divergenze nelle procedure mediche:

— epidemiologiche, cliniche o nelle preferenze dei clienti-assistiti (*differenze legittime*);

— casuali o legate a diverso modo di pensare dei medici. L'opinione pubblica corrente, indotta ad avere un'idea mitica della medicina come scienza esatta (Domenighetti *et al.*, 1998), tende a considerare queste differenze come *meno legittime*, benché le seconde siano in parte inevitabili, dove connesse alle *aree* — per ora — *grigie* della medicina. Ciò tuttavia rimanda già al problema degli interessi, come si vedrà più avanti;

— differenze legate all'offerta, intese come diversa disponibilità di determinati trattamenti, o nel livello di conoscenze tra i medici, o come diversa copertura assicurativa, o come convenienza ad effettuare (o a non effettuare) certe prestazioni da parte del

medico o della organizzazione in cui lo stesso opera. A tali differenze è correntemente negata legittimità, in maniera fortemente crescente dalla prima variante all'ultima citata, ma i dati mostrano quanto proprio quest'ultima pesi nella variabilità delle cure (Donzelli, Longo, 1997).

Non vi è dubbio che i determinanti dei comportamenti prescrittivi/erogativi dei medici siano molteplici, ma la legge di Pareto o *principio 80/20* («in qualsiasi situazione vi sono pochissimi fattori causali veramente importanti che rendono ragione indicativamente dell'80% degli effetti riscontrati ...», Steindl, 1965) consente di concentrare a buon diritto l'attenzione anzitutto sui fattori maggiormente rilevanti, che in questo caso si ipotizza siano: etica, conoscenze e sistema premiante/convenienze/interessi.

Benché l'*etica* sia sicuramente un importante determinante dell'agire umano, e in particolare sia considerata un cardine dei comportamenti prescrittivi ed erogativi dei sanitari, bisogna riconoscere che essa non è l'unico, e non necessariamente il principale loro determinante. Inoltre non è facilmente modificabile da decisioni interne al Ssn.

Le *conoscenze tecniche e scientifiche* (e le conoscenze/informazioni sulle condizioni locali di offerta, di accesso, di erogazione, di disponibilità di certe tecnologie ...) sono un altro ovvio determinante maggiore dei comportamenti prescrittivi ed erogativi.

Un altro determinante molto potente è rappresentato dagli *interessi* (o *convenienze*, chiamati anche *punti di vista* da parte degli autori anglosassoni). Questo determinante è spesso scotomizzato nelle rappresentazioni correnti, ma opera comunque ed è in grado di spiegare variabilità di comportamento che altrimenti è difficile interpretare (Donzelli, Sghedoni, 1998).

I fattori della motivazione umana sono efficacemente rappresentati dalla piramide di Maslow (1973), che ordina i principali bisogni alla base della motivazione in una gerarchia di decrescente *prepotenza relativa*. Il riadattamento interpretativo della teoria e dell'immagine (figura 1) può dare valore aggiunto al ragionamento che si andrà sviluppando.

La teoria esplicativa di Maslow (concepita per gli individui, ma con possibili interessanti applicazioni anche a comportamenti di organizzazioni, specie dove sia molto forte una

componente professionale con alto grado di autonomia clinica) indica che la prepotenza relativa di interessi posti sul 2° gradone (*sicurezza*, ad esempio, di avere un lavoro garantito e ben remunerato, o di non avere minacce all'organizzazione che ci dà lavoro capaci di ripercuotersi sulla nostra sicurezza) o sul 3° (ad esempio *appartenenza* ad una categoria professionale, ad una disciplina scientifica, ad un paradigma culturale dominante; con il correlato timore di esclusione/riprovazione sociale se si percorrono strade diverse da quelle che la maggioranza dei simili percorre) può essere superiore a quella di interessi posti sul 4° gradone (che comprende sia la stima attribuitaci dagli altri, sia il bisogno di autostima e integrità, e quello di essere utile e necessario nel mondo, che si può ricondurre all'etica).

Ciò implica che un conflitto, ad esempio, tra interessi economici ed etica potrebbe non risolversi a favore della seconda, per quanto vi sia riluttanza a fare questa ammissione, anche di fronte alla constatazione di fatti.

In effetti, il processo attraverso il quale si mette la sordina all'etica, sottomettendola di fatto ad altri interessi, è spesso inconsapevole, per consentire a chi compie questa operazione di conservare un sufficiente senso di integrità. Questo processo è favorito dalla disponibilità di una grande pluralità di «linee guida», che sarebbe semplicistico considerare solo frutto di un differente grado di conoscenze metodologiche e scientifiche dei diversi *team* di estensori. Molte differenze si spiegano infatti se si guarda a diverse linee guida anche come il prodotto di specifici interessi e come mezzo volto a giustificare/legittimare il perseguimento di proprie convenienze, senza entrare in conflitto con il proprio bisogno di (auto)stima (Donzelli, Sghedoni, 1998).

È stato dimostrato in maniera convincente che i comportamenti degli operatori sanitari, come quelli degli altri esseri umani, non sono anzitutto determinati dalle finalità espresse nei primi articoli delle leggi o dagli obiettivi enunciati dalla normativa, ma — in larga misura — dal sistema premiante (inteso in senso lato, fino a comprendere almeno i tre gradini centrali della piramide di Maslow) connesso ai comportamenti stessi (Lomas *et al.*, 1989; Gori *et al.*, 1991; Stelfox, 1998; Donzelli, Geddes, 1999). Solo se il sistema premiante è coerente con gli obiettivi questi verranno davvero perseguiti.

Dato che il sistema di pagamento di un professionista è fra i costituenti maggiori del suo sistema premiante, ne deriva che la sua coerenza con gli obiettivi desiderati per quel professionista è decisiva. Lo stesso è ragionevole pensare del sistema di finanziamento di un'organizzazione rispetto agli obiettivi desiderati dal si-

stema, e della coerenza fra convenienze-obiettivi di un'organizzazione e fra convenienze-obiettivi di chi vi lavora e porta il suo contributo al raggiungimento o meno dei risultati più generali.

Se si vuole che i diversi attori che lo compongono perseguano gli obiettivi fondamentali di un Sistema sanitario pubblico è necessario l'allineamento del sistema premiante (interessi) degli attori del Sistema sanitario con gli obiettivi del sistema stesso. Tale allineamento di interessi non è certamente l'unica modalità di intervento (si pensi, ad esempio, al ruolo della programmazione) e non si esaurisce certo con una ridefinizione del sistema di remunerazione, ma deve necessariamente contemplare anche questo, che oltretutto è modellabile con decisioni interne al Sistema sanitario.

Se gli «architetti di sistema» non sono abbastanza consapevoli di quanto sopra, e disegnano un sistema premiante che divarica le convenienze

Figura 1 - I determinanti della motivazione umana (Maslow, 1973)



(economiche, ma anche di appartenenza e stima) degli attori principali in sanità rispetto agli obiettivi fondamentali di un Servizio sanitario pubblico (quelli che ne giustificano l'esistenza a carico della collettività), il Sistema non riuscirà a ottenere i risultati che si dichiara di voler raggiungere.

Questo è uno dei principali problemi di molti Sistemi sanitari, che non si risolve solo con l'uso di avanzate tecniche manageriali e con un più importante impegno formativo, ma richiede anche di sanare la contraddizione strutturale di base.

Se queste premesse sono valide, è necessario interrogarsi su quali siano sistemi di finanziamento e di remunerazione più coerenti con gli obiettivi fondamentali sopra richiamati, proponendo una seria sperimentazione sul campo dei modelli che riescono a superare un primo vaglio critico. Tali modelli teorici vanno anzitutto messi alla prova partendo da informazioni basate sui dati (Donzelli, Longo, 1997; Jommi, 2004), ma anche usando la logica e l'esperienza, ed evitando di chiudersi dietro al luogo comune che *«tutti i sistemi di remunerazione presentano vantaggi e svantaggi»*. Questa affermazione, infatti, sembra saggia ed è persino ovvia, ma spesso viene formulata per concludere subito dopo che *«dunque tanto vale tenerci il sistema di remunerazione in atto»*, attuando solo piccoli aggiustamenti incrementali.

Un sistema di finanziamento ideale per un'Azienda sanitaria — come quello di remunerazione per un singolo medico/operatore — non dovrebbe essere neutro (come nel classico modello *command and control*) o peggio in contraddizione rispetto agli obiettivi dichiarati, ma al contrario (pur con la necessaria specializzazione dei compiti delle diverse articola-

zioni o attori) essere in grado di incentivare:

— la promozione e la tutela della salute, stili di vita e comportamenti salutari e — dov'è possibile e utile — l'autogestione di problemi di salute da parte dell'assistito e dei suoi familiari;

— la revisione di efficacia delle prestazioni erogate, favorendo l'eliminazione delle prestazioni non necessarie e di provata/molto probabile inefficacia o inappropriata (che rappresentano un problema potenzialmente enorme in sanità), anche per consentire di reperire — all'interno di un *budget* spesso bloccato — le risorse necessarie per mantenere e sviluppare gli interventi di provata efficacia;

— una corretta individuazione delle prestazioni da garantire a tutti gli assistiti potenziali, per ottimizzare il rapporto costi-utilità ai fini della salute (e non ai fini della convenienza tariffaria delle prestazioni, che può non coincidere affatto con l'utilità ai fini della salute), in una cornice di equità d'accesso e di rispetto della persona;

— l'aumento di efficienza operativa per interventi/prestazioni di provata/probabile efficacia ai fini della salute;

— l'aumento di accessibilità, equità, solidarietà, qualità «soft» del servizio e in genere della soddisfazione dei cittadini, sempre per interventi/prestazioni di provata/probabile efficacia ai fini della salute;

— la soddisfazione e motivazione degli operatori, che devono risultare pienamente coerenti con la promozione e la tutela della salute;

— la tensione a un miglioramento continuo della qualità in tutti i campi sopra descritti;

— la produzione e diffusione di informazioni sui risultati in termini di salute, di efficienza, equità e soddisfazione in relazione ai servizi offerti, da

mettere attivamente a disposizione di tutti gli attori e i destinatari del sistema;

— la fiducia del paziente nel proprio medico e dei cittadini nell'azienda sanitaria di riferimento, senza dover temere che questi possano avere interessi in conflitto con quelli di coloro che devono assistere.

Se queste caratteristiche configurano un modello cui idealmente tendere, c'è anzitutto da chiedersi quanto il progresso e l'attuale sistema di finanziamento/remunerazione dei principali attori in sanità rispondano a tali caratteristiche.

## 2. I modelli finora adottati

Il modello che ha caratterizzato il sistema sanitario italiano fino al 1994 era fondamentalmente basato sul finanziamento dei fattori produttivi e sul sostanziale ripiano a pie' di lista di quanto speso da Usl e ospedali pubblici, da una parte, e sul pagamento di rette per giornata di degenza per ospedali privati, dall'altra. Tale risultato scaturiva non tanto dalle regole dichiarate quanto dai comportamenti praticati in termini di sistematici ripiani a fronte di *deficit* altrettanto sistematici. Questo modello non spingeva verso l'insieme dei criteri sopra espressi, anche se non era in conflitto con alcuni di essi (es. equità, solidarietà) e lasciava un ampio spazio potenziale all'etica professionale, nel senso che le remunerazioni prevalenti, prive di significative parti variabili, non producevano situazioni di esplicito o ravvicinato conflitto con la stessa, e non mettevano in discussione, almeno apparentemente, il rapporto medico-paziente. In tale modello di finanziamento:

— le strutture pubbliche non avevano incentivi espliciti né per la salute né per la malattia;

— l'etica medica non era premiata, ma neppure a rischio di conflitto con il sistema incentivante;

— il potere di politici, primari e dirigenti si esprimeva dilatando le strutture direttamente gestite e acquistando alta tecnologia, senza entrare in competizione con altre strutture e con il privato;

— efficacia, appropriatezza, efficienza ed eliminazione del loro contrario non erano sostanzialmente incentivate;

— la qualità percepita era incentivata solo nel privato (che doveva superare i filtri autorizzativi all'accesso).

Nell'insieme il modello storico di finanziamento delle organizzazioni (e la base di quelli utilizzati per la remunerazione di molti professionisti: stipendio o quote capitarie fissi, spazio limitato alla libera professione per la maggior parte dei professionisti) produceva un sistema de-responsabilizzante nei confronti del miglioramento continuo dei fattori di qualità e del controllo dei costi, premiava le convenienze politiche, professionali o personali di chi detiene il potere. Su i suoi difetti strutturali c'è ampio accordo.

Il sistema di remunerazione a prestazione degli erogatori formalmente introdotto con il DL.vo 502/92, di cui il finanziamento per Drg/caso trattato rappresenta una forma evoluta, ha alcuni evidenti vantaggi rispetto al sistema precedente nell'incentivazione dell'efficienza operativa (ma solo se la si misura come rapporto prestazioni/costi, non necessariamente se la si esprime più correttamente come risultati in termini di salute/costi), nello sviluppo dei sistemi informativi e nella diffusione della consapevolezza dei costi di produzione, e in una maggiore trasparenza dei criteri di finanziamento dell'offerta. Inoltre incentiva la ve-

locità di risposta e in generale l'attrazione del cliente-consumatore.

Presenta tuttavia anche rischi più forti di iniquità dal punto di vista di pazienti e cittadini (come riconosciuto dai vertici sanitari degli Stati della Regione europea dell'OMS nella carta di Lubiana - WHO European Region, 1996) e soprattutto di distorsione delle finalità del sistema, o addirittura di aperto conflitto con l'etica professionale e con gli interessi di salute dei singoli e della comunità rispetto al sistema precedente.

In effetti, il pagamento a prestazione in sanità presenta un serio problema strutturale. Infatti un limite strutturale per il «mercato» in sanità è rappresentato dall'insufficiente informazione del consumatore, che non gli consente di adottare le scelte tendenzialmente più razionali nell'acquistare le prestazioni più utili alla sua salute. Ciò vale anche per un acquirente più esperto (Ausl + medico di famiglia) che in molti casi non sa quale sia la risposta ottimale per grandi tipologie di problemi sanitari, e a maggior ragione spesso non può sapere cosa realmente serve in una specifica situazione clinica (o come questa possa essere esaurientemente classificata).

Anche dove linee-guida/protocolli su risposte efficaci siano ben definite, vi è spesso l'impossibilità strutturale da parte di un controllore esterno, per quanto qualificato, di verificare l'appropriatezza (la cosa giusta alla persona giusta) dell'applicazione di un protocollo ad un caso clinico. Infatti molti degli elementi che possono giustificare (o no) la decisione di un intervento sono basati su sintomi e segni verificabili solo «qui ed ora». Ciò postulerebbe in molti casi, come unica condizione per controlli efficaci, l'affiancamento (ovviamente impraticabile) di un controllore esperto e disinteressato ad ogni clinico decisore.

Quanto sopra spiega la «*assoluta libertà dei fornitori pagati a prestazione, se lo vogliono, di incoraggiare la domanda di servizi ... i medici sono in grado di attutire l'impatto di una riduzione tariffaria aumentando la quantità dei servizi forniti e modificandone la composizione, per mantenere il livello di reddito desiderato ... Il potere discrezionale dei medici ... è probabile aumenti con l'aumentare dell'incertezza relativa all'efficacia clinica*» (Saltman, Figueras, 1998; si veda anche McPherson, 1981; Rice, 1984; Labelle, 1990; Rochax, 1993; Donaldson, Gerard, 1989; Greenfield, 1992).

Il finanziamento/remunerazione a prestazione può essere descritto come un *sistema che paga la malattia*. In questo modello di finanziamento:

— la maggiore ricchezza degli ospedali scorporati (o di presidi interni valutati attraverso Drg e tariffe ambulatoriali) e del privato accreditato sono i malati;

— la prevenzione non conviene, e se non ci sono abbastanza malati bisogna inventarli (diagnosi che non modificano le prognosi, continua anticipazione delle soglie diagnostiche, medicalizzazione di stati fisiologici, induzione di bisogni e di aspettative irrealistiche e mitiche, sovratrattamento e iatrogenesi), infatti:

— più salute e più efficacia comportano minori entrate;

— più eliminazione dell'inefficienza comporta conseguenze contraddittorie (dipende dalla convenienza o meno delle tariffe che remunerano le prestazioni inefficaci/inappropriate);

— più efficienza comporta maggiori entrate, più efficientismo (cioè efficienza senza efficacia) pure.

In questo modello di finanziamento i responsabili della tutela della salute sono la Regione e le Ausl che continuano ad essere finanziate a quote capitarie per i residenti, per altro sempre

più assimilate ad un'assicurazione pagatrice e messe in conflitto artificiale, sul percorso assistenziale di ciascun cittadino, con tutti gli ospedali del proprio territorio.

Con il finanziamento degli ospedali a prestazione (1), per chi vi lavora diventa sempre più grave il disaccoppiamento tra gli obiettivi di salute attribuiti a parole e il sistema premiante operante nei fatti, man mano che gli operatori hanno avuto modo di verificare e di conseguenza comprendere cos'è che fa aumentare il finanziamento per la propria Azienda, o reparto, e in definitiva la convenienza per ciascuno di loro.

Per frenare gli effetti distorcenti di questo sistema di pagamento sul comportamento erogativo si sono introdotti sistemi di controllo sanitario e amministrativo sempre più costosi, che consumano una quota crescente delle risorse del sistema senza tuttavia produrre salute (ma solo per controllare/contenere i guasti, assunti come inevitabili, di un modello intrinsecamente conflittuale).

Si fa notare in proposito che negli USA dove tale modello predomina, con programmi statali, federali e assicurazioni al posto di un Ssn e Ssr articolati in Ausl, la spesa amministrativa e di controllo è ormai salita a più del 30% della spesa sanitaria totale (Himmelstein *et al.*, 1986; Woolhandler *et al.*, 2003), che è già la più alta nel mondo. Ciò nonostante essi presentano risultati molto insoddisfacenti dal punto di vista dell'efficacia complessiva, dell'efficienza (rapporto efficacia/costi, tendenzialmente peggiore per le assicurazioni *for profit*) (Himmelstein *et al.*, 1999), per non parlare della ben nota iniquità del loro sistema, e del basso grado di soddisfazione sia dei cittadini che dei medici (Blendon *et al.* 1990; Grumbach, 1993). Ciascuno dei parametri indicati si colloca ai livelli più bassi tra tutti i paesi

occidentali industrializzati (OECD Health Data, da 1996 a 2003; Mossialos, 1997; European Commission, 1998).

Un'attenta riflessione sull'esperienza USA dovrebbe dunque scoraggiare i teorici dell'*aumento dei controlli* come strategia per risolvere i problemi di un sistema sanitario in generale e dell'appropriatezza in particolare. Anche gli USA, nel cercare una via di uscita, si sono progressivamente orientati verso le HMO, che sposano il principio fondamentale «di pagare la salute» e che hanno alcune importanti caratteristiche che le accomunano alle nostre Ausl, pur con molti gravi difetti, a partire da quello di un sistema orientato al profitto privato anziché alla salute della comunità dei cittadini (Donzelli, Longo, 1997).

Un'altra contromisura escogitata per frenare i descritti effetti inflattivi e distorsivi è l'accordo contrattuale che stabilisce tetti di spesa e volumi e tipologie di prestazioni per ogni erogatore. Ciò riduce effetti indesiderati del pagamento a prestazione, ma sconta un forte aumento dei costi amministrativi e di transazione e conferisce un eccesso di potere (e una buona dose di arbitrio) ai programmatori. Però tende a mancare ugualmente l'equilibrio economico nel medio(-lungo) periodo (Donzelli, 1998), sia perché una prestazione di necessità discutibile può essere più conveniente di una necessaria, sia perché la libera professione e i fondi integrativi sanitari costituiscono comunque uno sbocco per l'eccesso di prestazioni extracontratto, che i cittadini sono comunque chiamati a pagare (e che costituiranno al rinnovo un buon argomento in mano agli erogatori per chiedere di aumentare i volumi che vengono a loro riconosciuti nel contratto).

La crescente percezione degli aspetti negativi di tale sistema anche

nell'induzione di una grande quantità di prestazioni inutili o complessivamente dannose (Domenighetti, 1994; Donzelli, 1999 e 2000) legittima lo sforzo di considerare anche nuove strade e nuovi paradigmi per il finanziamento e la remunerazione dei principali attori in sanità (Maynard, Bloor, 1995; Richards, 1996).

### 3. Un sistema di finanziamento/remunerazione dei principali attori in sanità che paghi la salute

Se si vuole un modello di remunerazione coerente con gli obiettivi professati da un sistema sanitario, non si deve continuare — per la maggior parte degli attori — a *pagare la malattia* diagnosticata/trattata (rendendo paradossalmente conveniente proprio quella *malattia* che si dichiara di voler combattere), ma bisogna cominciare a «pagare la salute». Ciò non costituisce solo una frase ad effetto, ma configura un sistema premiante praticabile e meno complicato da governare rispetto ai sistemi in atto, anche se richiede lo sforzo culturale di uscire dal paradigma corrente e di assumere un punto di vista differente. Tale sistema non dovrebbe trovare applicazione solo nei finanziamenti destinati ad Ausl, che in molte realtà regionali segue in parte già questi principi formali (sia pure in maniera spesso incoerente e di regola inconsapevole delle sue potenzialità), ma riguardare anche Aziende erogatrici ed essere coerentemente declinato all'interno di tali Aziende, per quanto possibile fino ad Uo e a singoli professionisti (naturalmente sempre nel rispetto delle autonome scelte e delle specificità aziendali). Esaminiamo quindi analiticamente una possibile proposta per diversi attori principali.

### 3.1. Modalità di finanziamento virtuoso di un'Ausl

Un possibile *modello che paga la salute* si basa sul fondamentale principio del finanziamento/remunerazione per quote capitarie pesate per età dei residenti.

Una domanda spontanea in molti lettori potrebbe essere: «ma le Ausl non sono già finanziate con questa modalità prevalente da quasi tutte le Regioni?». In effetti una recente revisione (Jommi, 2004) sembra confermare questa scelta. Peccato che tale sistema non finanzia coerentemente anche le Aziende ospedaliere, e il principio — anche dove applicabile — non sia preso in considerazione nelle scelte di remunerazione di livelli sottostanti del sistema (che comprendono i criteri di allocazione delle risorse alle partizioni organizzative delle Aziende e logiche di remunerazione di dipendenti e altri professionisti, inserite nel loro più complessivo sistema premiante). Inoltre i sistemi correnti di finanziamento delle Ausl presentano di norma anche difetti che impediscono di esprimerne le potenzialità. Infatti i sistemi di pesatura delle quote capitarie:

— a livello nazionale, livello che ha finora guidato i riparti interregionali, sono molto complessi (popolazione residente al 48%, consumi sanitari per età e sesso, tassi di mortalità della popolazione, densità abitativa/altitudine, indicatori epidemiologici territoriali, dotazioni strutturali; e inoltre pesature differenziate per livello e sottolivello di assistenza). Ciò lascia trasparire una preoccupazione di equità, ma soprattutto rappresenta il punto di equilibrio raggiunto tra gli interessi delle diverse Regioni, ciascuna tesa a sostenere criteri che possano avvantaggiarla nel riparto nazionale. Sfortunatamente, nella declinazione dei criteri al proprio interno, molte Regioni non li

hanno affatto semplificati (anche se la tendenza dei sistemi regionali più maturi sembra essere una loro semplificazione) (Jommi, 2004). Il risultato della complicazione è di non rendere riconoscibili neppure ai decisori nelle Ausl quali siano le convenienze finanziarie legate a scelte strategiche di politica sanitaria;

— sono spesso incoerenti con il principio fondamentale di pagare la salute (che richiederebbe di fondare la pesatura del riparto intraregionale alle Ausl essenzialmente sulla longevità della popolazione) (box 1), o addirittura coerenti con il principio opposto prevedendo correlazioni positive con tassi di mortalità e morbosità. Di questi si potrà eventualmente tenere conto in un fondo integrativo a esplicito e progressivo riassorbimento. Se invece sono usati per pesare le quote capitarie, danno un premio strutturale ai sistemi che non si impegnano anzitutto a promuovere una longevità sana e inquinano il principio generale di «pagare per ciò che si vuole che il sistema ottenga»;

— normalmente prevedono un numero di scaglioni di età insufficiente, anche nelle Regioni dove le pesature per età sono preminenti. Idealmente le quote dovrebbero variare con un incremento annuale (salvo che nei primi 5-6 anni di vita, che richiederebbero una progressione inversa), per rendere facilmente riconoscibile a tutti gli attori dell'organizzazione l'allineamento tra *mission*, etica e convenienze.

A tali difetti si associa poi una scarsa coerenza, quando non una aperta contraddizione, tra modelli di finanziamento applicati all'azienda e sistema di incentivi (criteri di allocazione delle risorse, sistemi di remunerazione) che l'azienda stessa utilizza al proprio interno.

Si potrebbe osservare che tale impostazione non risolverebbe per una Regione il problema di trovare più ri-

sorse per la sanità. Tuttavia ciò, anzitutto, consentirebbe alle Ausl di competere in maniera più virtuosa per la quota parte assegnata di un Fsr, premiandole per la salute/longevità che concorrono a produrre sul loro territorio (box 1), e non — come oggi spesso accade — per la quantità di prestazioni che in quel territorio è generata, che di per se non garantiscono nulla. Inoltre ciò aiuterebbe per un'altra via a risolvere i problemi di finanziamento del Fsr, che potrebbe essere mantenuto costante, con copertura assistenziale e salute prodotta almeno pari, riducendo la massa di prestazioni non necessarie oggi rese, con i costi connessi. Come ciò sia possibile apparirà più chiaro nei paragrafi successivi.

L'elemento fondamentale, tuttavia, è che un nuovo sistema di creerebbe una generale convenienza a privilegiare gli interventi con un buon rapporto costo-efficacia e ad eliminare la grande massa di cure non necessarie o di beneficio clinico irrilevante. Ciò creerebbe una pressione sociale di tutti i componenti dell'organizzazione opposta a quella che oggi spinge all'inflazione delle prestazioni in ogni settore di intervento, e libererebbe un'ingente quantità di risorse, oggi consumate per aumentare le entrate senza porsi il problema della loro relazione con incrementi di salute.

### 3.2. Modalità di remunerazione virtuosa di un sistema aziendale integrato Ausl + Ao

Si è detto che un possibile *modello che paga la salute* (figura 2) si basa sul principio del finanziamento per quote capitarie pesate per età dei residenti, attribuite ad Ausl, dotate preferibilmente, ma non necessariamente, di quasi tutti gli ospedali. Le Ausl a loro volta finanzierebbero ospedali scorporati «di riferimento virtuale» per un certo bacino di utenza con op-



## Box 1

Di fronte alla proposta di *remunerare la salute*, che sovverte il paradigma corrente di remunerare prestazioni, casi trattati o percorsi diagnosi e cura di patologie (*disease management*), nascono spontanee numerose obiezioni. È però necessario affrontarle in questa sede almeno una.

**Obiezione:** il contributo che possono dare i sottosistemi sanitari all'aumento dell'aspettativa di vita è molto piccolo rispetto a quello di altri settori del complessivo sistema sociale. E comunque impiega tempi lunghi per manifestarsi, che ne renderebbero improponibile l'aggancio a sistemi di finanziamento/remunerazione di organizzazioni o di professionisti.

**Risposta:** l'OMS (WHO, 2000) confuta le stime che attribuiscono ai sistemi sanitari un peso modesto (solo 10-20% del totale) nel determinare lo stato di salute complessivo di una popolazione, e il luogo comune di una loro scarsa efficienza potenziale rispetto a quella di investimenti indirizzati in altri settori. Ma anche accettando stime molto più consistenti, un diffuso pregiudizio riguarda il tempo eccessivo che i benefici di interventi sanitari impiegherebbero a manifestarsi. Invece si tratta solo di rivedere la scelta delle priorità.

Tra gli interventi capaci di ridurre del 20-50% la mortalità totale in tempi piuttosto brevi si citano ad esempio diete mediterranee ricche di acido  $\alpha$ -linolenico e/o di pesce in infartuati, prevenzione primaria, poche decine di grammi di proteine di soia in donne orientali, assunzione di noci/mandorle/arachidi in popolazioni occidentali, il trattamento farmacologico di soggetti a elevato rischio cardiovascolare globale e la cessazione dal fumo. Si propone una simulazione in proposito.

Una recente revisione sistematica dei 20 studi prospettici di coorte di migliore qualità sulla cessazione del fumo in pazienti con malattia coronarica (Critchley, 2003) ne ha quantificato l'efficacia nella riduzione della mortalità per qualsiasi causa nei 5 anni successivi, confrontandola con l'impatto di interventi farmacologici collaudati in prevenzione secondaria. A chi osservasse che l'intervento singolo più efficace, la cessazione del fumo, non va facilmente a buon fine, si ricorda che un intervento strutturato molto semplice è in grado di aumentare del 28% a un anno i tassi di cessazione spontanei, già piuttosto alti (36%) in questa categoria di pazienti (Reid *et al.*, 2003).

Il declino del rischio di eventi cardiovascolari conseguente alla cessazione del fumo è più rapido di quello di eventi gravi respiratori o tumorali; si stima che a un anno dalla cessazione l'eccesso di rischio rispetto al non fumatore sia già dimezzato, risultando quasi azzerato a tre anni.

L'entità del beneficio sulla longevità derivante dalla cessazione dal fumo è stata adeguatamente quantificata negli USA (Taylor *et al.*, 2002):

*Aspettativa di vita in relazione all'abitudine al fumo per maschi e femmine di 35 anni nel 1990*

Comportamento rispetto al fumo	Anni guadagnati corretti rispetto a chi continua a fumare Maschi	Anni guadagnati corretti rispetto a chi continua a fumare Femmine
Fuma fino alla morte	—	—
Non ha mai fumato	10,5	8,9
Smette a 35 anni	8,5	7,7
Smette a 45 anni	7,1	7,2
Smette a 55 anni	4,8	5,6
Smette a 65 anni	2,0	3,7

Si effettuino ora alcune assunzioni, tutte realistiche. Si assuma che in un'Asl come quella di Milano, con il 22,5% circa di cittadini fumatori, l'80% circa dei quali nell'arco

portune frazioni delle stesse quote, contrattualmente negoziate e sempre pesate per età. Al *budget* dinamico costituito dall'insieme di queste quote capitarie sarà applicata una compensazione della mobilità in entrata e in uscita tramite flussi finanziari (solo in questi casi si utilizzano tariffe/Drg) che seguano gli assistiti in ragione delle prestazioni effettuate in strutture sanitarie da loro liberamente scelte che non appartenessero all'Asl di residenza (o al bacino virtuale dell'ospedale scorporato di riferimento). In questo modello:

— le Asl sono finanziate per produrre salute e sono incentivate a tutelarla con la massima coerenza possibile;

— la salute dei cittadini di riferimento (contrariamente al modello precedente) rappresenta la maggiore ricchezza di un'Azienda sanitaria:

a) più salute comporta più avanzzi di gestione da reinvestire (o per incentivare chi vi lavora);

b) più efficacia, più appropriatezza, più eliminazione dell'inefficacia e più efficienza comportano tutte coerentemente anche più avanzzi di gestione da reinvestire (o per incentivare chi vi lavora);

— anche le convenienze di ospedali scorporati e presidi privati accreditati possono essere allineate a queste logiche.

Anche questo è un modello competitivo, ma a differenza di quello che «paga la malattia», che scarica le tensioni competitive all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, con il cittadino/assistito che ne fa le spese, in questo caso la competizione si esercita nel verso giusto, tra sistemi aziendali (Asl + Ao di riferimento) integrati, con territorio e ospedale/i di riferimento realmente cointeressati al massimo della cooperazione per la salute e la soddisfazione del

segue **Box 1**

di un anno ha contatti ripetuti con il proprio Mmg, l'impegno combinato di Asl e medici di famiglia (con la collaborazione delle Ao) esponga tali fumatori al primo passo dell'intervento delle 5 A (Zuccaro *et al.*, 2002), l'invito a smettere (con 2% di cessazioni a un anno aggiuntive rispetto ai tassi di cessazione spontanei), e al 50% di fumatori che sono disponibili a tentare di smettere offra l'intero percorso di *counseling* breve delle 5 A + un trattamento farmacologico efficace come terapia nicotinic sostitutiva o/e bupropione (10% di cessazioni aggiuntive a un anno). Il risultato a un anno sarebbe l'1,1% in meno di cittadini milanesi che fumano, equivalenti a circa 14.000 fumatori in meno rispetto al dato atteso in assenza d'intervento. Per semplificare l'ipotesi, si assuma che i tassi di fumatori siano uniformi in tutte le età e che l'1,1% di cittadini che smettono si distribuiscano uniformemente in tutte le classi di età, compresa quella 65-74 anni (che in Milano ammonta a circa 160.000 individui), con un guadagno di vita stimabile in circa 2 anni e quella = 75 (quasi 130.000 individui), in cui si potrebbe assumere un guadagno di 6 mesi di vita per ogni fumatore che smette. Solo nelle due classi di età considerate ciò comporterebbe un aumento di vita medio rispettivamente di circa 8 e 2 giorni.

Se gli incrementi in longevità sopra indicati per Milano non si verificassero contemporaneamente anche nella media delle altre Asl lombarde, ciò — a quote capitarie costanti — comporterebbe l'anno seguente per l'Asl Città di Milano un ricavo aggiuntivo dell'ordine di 13 + 3.8 miliardi di vecchie lire, senza contare le maggiori entrate derivanti dai guadagni in longevità distribuiti anche sulle fasce di età precedenti.

Incrementi di entrate di quest'ordine di grandezza non sarebbero ottenibili con l'aumento della produzione diretta di prestazioni di competenza Asl, come ad esempio le attività certificate e ispettive del Dipartimento di prevenzione, che inoltre comporterebbero costi di produzione probabilmente superiori ai ricavi, senza per altro modificare in misura apprezzabile la salute della popolazione.

Si potrebbe osservare che simili aumenti di ricavi non si manifesterebbero per intero nell'anno successivo alle cessazioni, ma si diluirebbero negli anni di aspettativa di vita media delle due coorti considerate nell'esempio. Tuttavia, se l'intervento non venisse effettuato *una tantum*, ma replicato negli anni successivi, gli incrementi indicati andrebbero a regime in pochi anni, e il beneficio annuale raggiungerebbe un punto di equilibrio superiore a quello indicato. Per inciso, sembra ragionevole assumere che la replica per diversi anni di un intervento di disassuefazione dal fumo come quello proposto dia benefici marginali almeno costanti e non decrescenti. Infatti l'effetto di riduzione del beneficio marginale ipotizzabile affrontando, nel lungo periodo, fumatori sempre «più resistenti» e meno propensi a smettere a seguito di interventi a bassa intensità sarebbe per molti anni controbilanciato da un aumento del beneficio marginale derivante da più esposizioni agli interventi da parte degli stessi fumatori (è provato che una cessazione definitiva richiede in media più tentativi, ciascuno dei quali, anche se negativo, avvicina in realtà al successo finale), dalle maggiori competenze acquisite nel tempo dai medici che erogano gli interventi e dall'effetto *pressione sociale* a favore della cessazione che si verrebbe a creare a livello di comunità.

cliente/assistito in tutti i passaggi del percorso assistenziale.

Solo se un ospedale beneficia di un *budget* ricavato da predefinite frazioni delle quote capitarie *pesate per età* relative ai residenti di un bacino virtuale (il che — si ripete — è concettualmente possibile anche per gli ospedali scorporati) (Donzelli, Longo, 1997) questo ospedale avrà finalmente con-

venienza alla longevità sana dei cittadini che vi afferiscono e gli interessi di chi vi opera potranno essere completamente allineati alla salute dei singoli e della comunità, in piena coerenza con l'etica e la deontologia professionale. La spiegazione è semplice: solo in questo contesto «+ salute», «+ efficacia», «+ eliminazione dell'inefficacia» e «+ informazione corretta dei

*cittadini*», anche se si traducono in tendenziale minore domanda di prestazioni e minore produzione di Drg, possono comportare maggiori avanzi di gestione per l'Azienda, da reinvestire per lo sviluppo/qualificazione delle proprie strutture anche ospedaliere, e per incentivare chi vi lavora.

In questo modello tariffe e Drg concorrono a pagare la salute, per remunerare la mobilità in uscita verso altre organizzazioni, come salutare incentivo alla risoluzione dei problemi locali che hanno determinato tale «fuga» di assistiti. Inoltre il loro calcolo potrebbe costituire un argomento di verifica interna tra unità che comunque sono co-interessate al massimo della cooperazione per i meccanismi premianti descritti nella figura 2.

In questo modello, a differenza dei precedenti, si può dare concreta attuazione alla libertà di scelta del cittadino senza il pericolo di portare il sistema alla bancarotta. La migliore garanzia che le finalità di tutela della salute proprie dell'Ausl siano condivise anche da un ospedale scorporato è rappresentata dall'allineamento effettivo degli interessi di chi lavora in un ospedale remunerato in questo modo con quelli della salute della comunità dei cittadini.

Nel sistema di finanziamento che «paga la salute» le Ausl e le Ao scorporate disporrebbero all'inizio di ogni anno di risorse attribuite con un meccanismo trasparente ed esplicito e sarebbero incentivate coerentemente a:

a) puntare sulla prevenzione e sulle cure primarie e a fare solo cose utili per la salute dei propri assistiti, perché più migliora la loro salute (e di conseguenza una sana longevità), più aumentano i ricavi di organizzazioni remunerate in questo modo;

b) individuare ed eliminare al proprio interno le prestazioni e gli interventi inutili, perché — essendo tali Aziende pagate in anticipo — meno

cose inutili (o dannose) esse fanno, più avranno avanzi di gestione da poter reinvestire nell'interesse della comunità locale, dell'Azienda stessa e di chi vi opera;

c) individuare, affrontare e risolvere i problemi di insufficiente qualità interna (relativa a interventi potenzialmente efficaci), che inducono i residenti a cercare risposte altrove;

d) individuare le migliori strategie informative e promozionali (*marketing* sociale) per far accedere la popolazione ai propri servizi interni che diano garanzie di produrre salute (ma anche a quelli forniti da altri, se ritiene che abbiano un migliore rapporto costo-efficacia) e reciprocamente per evitare che sia indotta ad accedere a servizi non necessari, da chiunque siano offerti.

Quali garanzie si possono avere che un sistema di remunerazione come quello proposto non crei artificialmente avanzi di gestione sottraendo cure necessarie ai residenti (confidando nelle insufficienti conoscenze degli assistiti rispetto ai sanitari offerenti?). Le garanzie sono almeno quattro:

1) *la libera scelta degli assistiti*, che si possono orientare verso la struttura di erogazione che meglio risponde ai loro bisogni (percepiti). Si sottolinea a questo proposito che la libera scelta garantita dal nostro ordinamento è superiore a quella prevista dalla maggior parte dei paesi del mondo. Ed è scontato che diverse aziende, nonché il privato accreditato, metteranno in atto strategie informative e promozionali nei confronti degli assistiti, per far conoscere e valorizzare le proprie offerte;

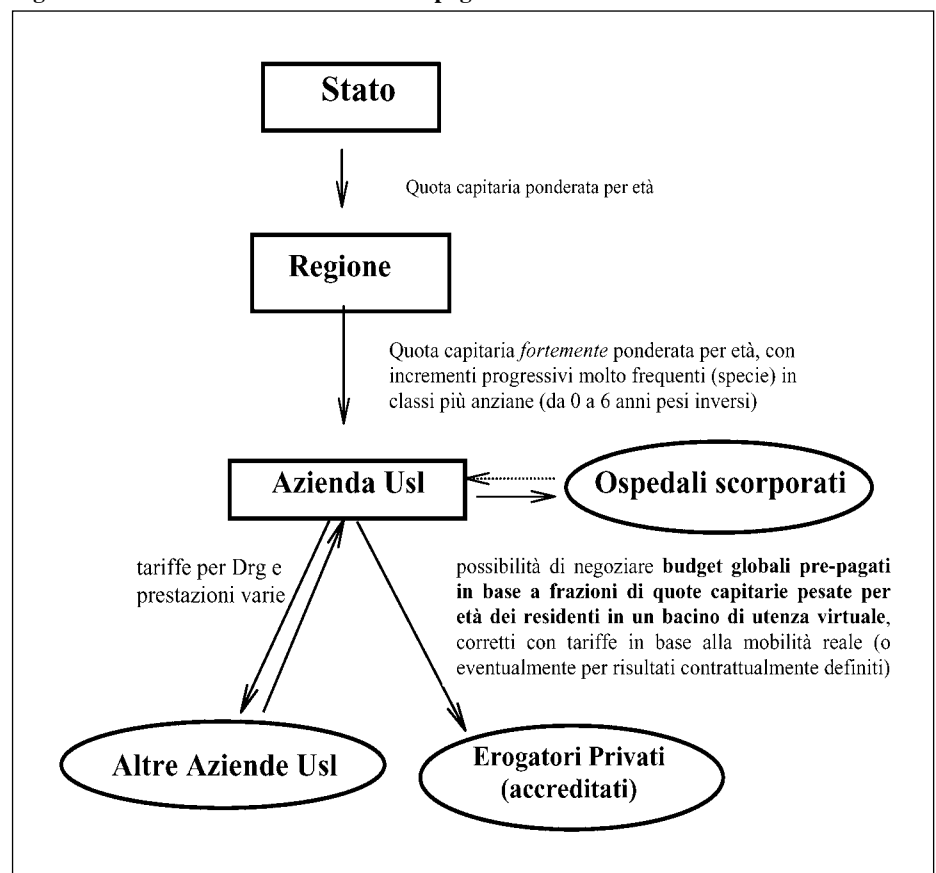
2) *le informazioni/correlazioni sulla qualità delle cure nelle diverse Aziende/strutture* che dovranno essere messe a disposizione di tutte le Aziende, di tutti gli operatori e della popolazione da parte delle Regioni («sponsor» istituzionali degli assistiti). Tale

ruolo, sul territorio di un'Ausl, dovrebbe essere svolto da quest'ultima nei confronti degli erogatori che vi operano;

3) una *forte e progressiva ponderazione delle quote capitarie per età* (la maggior salute si traduce senza equivoci nell'indicatore unificante di una maggiore durata della vita). Quest'ultimo è lo strumento più equo e potente per incentivare una maggior produzione di salute e per compensare le Ausl e le Ao dei costi necessari per generarla e mantenerla. Gli scatti frequenti (anche per ogni anno in più di età di ogni residente) e progressivi delle quote capitarie hanno anche il vantaggio di rendere evidente a tutti gli erogatori così retribuiti la convenienza prioritaria degli interventi che

risultano già efficaci a breve-medio termine nel prolungare la vita di un gran numero di persone, come sono ad es. le iniziative di disassuefazione dal fumo e per evitare l'abuso di alcol, l'adozione di misure protettive su autoveicoli, di un corretto modello alimentare mediterraneo (arricchito di cibi efficaci almeno quanto farmaci costosi e molto più sicuri ed economici: pesce, noci e altra frutta secca oleosa, soia e derivati, alimenti ricchi di fibra ...) e di una sana attività fisica da parte di ampi strati della popolazione (anche durante le degenze negli Ospedali per acuti si potrebbero cogliere opportunità per correggere fattori di rischio e rinforzare comportamenti salutari), l'utilizzo dei farmaci più efficaci e sicuri, e tra questi, i più *cost-effective*

Figura 2 - Modello di finanziamento che «paga la salute»



(Donzelli, *Pillole di buona pratica clinica*, 1-16, 2002-2004), e di tutti gli interventi salvavita;

4) la Regione potrebbe inoltre attribuire premi supplementari, da convenirsi preventivamente, per incentivare le Ausl (e queste le Ao) che documentino una migliore *performance* in aree di interesse regionale che non fossero già ricomprese nell'indicatore ampio di un miglioramento della longevità.

Per finire, tra le garanzie che questo modello non riduca cure necessarie non si dovrebbe dimenticare l'etica. È ben vero, infatti, che nell'introduzione si è sostenuto che non si deve pretendere troppo dall'etica, chiedendole di essere l'unico argine nei confronti di un sistema intrinsecamente conflittuale, in cui le convenienze dei principali attori sono strutturalmente divaricate dalla salute. Però, in presenza di un sistema premiante più virtuoso e strutturalmente allineato alla salute, non è pretendere troppo dall'etica aspettarsi che intervenga dove occorrono più fini correzioni di comportamento, che le regole generali di un sistema di remunerazione non riescono a considerare/premiare a sufficienza.

Se si compie a questo punto l'esercizio di confrontare le caratteristiche di un modello di remunerazione ideale identificate al paragrafo 2 con il modello che paga la salute (tabella 1), si potrà constatare che questo risponde praticamente a tutte meglio degli altri sistemi finora descritti.

### 3.3. *Modalità virtuosa di allocazione delle risorse a (eventuali) presidi ospedalieri interni alle Ausl*

Quali riferimenti di massima dovrebbe avere il *budget* (sistema di responsabilizzazione per obiettivi e correlati costi) dei presidi ospedalieri interni delle Ausl, tuttora presenti nella maggior parte delle Regioni, per

quanto riguarda le prestazioni erogate alla popolazione residente? In coerenza con la logica già espressa, esso dovrebbe avere come base della negoziazione la frazione, appropriata per il livello di assistenza ospedaliera, delle quote capitarie assegnate all'Ausl, fortemente e frequentemente ponderate in base all'età (e al conseguente dimostrato diverso assorbimento di risorse ospedaliere e specialistiche) della popolazione residente che ne costituisce il bacino di riferimento, detratte le tariffe destinate alla remunerazione di soggetti erogatori esterni alla Ausl.

Si avrebbe così un meccanismo di definizione prospettica del *budget*, in quanto tale *budget* — con la connessa allocazione di fattori produttivi da parte dell'Ausl — può aumentare o diminuire nella misura in cui i presidi interni riescono a soddisfare sul posto la domanda di salute della popolazione residente.

Qualora nell'Ausl vi fossero più presidi, a ciascuno potrebbe essere attribuito dalla direzione aziendale, nell'ambito della propria programmazione, un bacino virtuale di utenza, con relativo *budget*. Tali bacini di norma andrebbero commisurati alla capacità produttiva di ciascun presidio, alla sua accessibilità, ad esigenze di razionalizzazione e ad altri parametri ritenuti rilevanti nella programmazione aziendale, nel rispetto delle condizioni previste per l'accreditamento degli altri soggetti che erogano prestazioni sanitarie.

Il modello descritto è rivolto ad incentivare comportamenti virtuosi: ricerca dell'efficacia, dell'efficienza e della massima soddisfazione degli assistiti; eliminazione delle prestazioni non efficaci e disincentivo ad ogni intervento inappropriato; attivazione delle migliori strategie informative per far accedere la popolazione ai servizi che diano garanzie di produrre sa-

lute e per evitare l'accesso a servizi non necessari; coordinamento degli obiettivi con quelli dell'intera Ausl, con integrazione fra presidi ospedalieri e territorio che dia luogo a comuni convenienze alla collaborazione, alla razionalizzazione degli interventi e alla sussidiarietà nella definizione delle rispettive competenze.

Qualcuno potrebbe osservare che, se si attiva un Dipartimento che coordina le divisioni/Uo di più presidi, il *budget* viene negoziato dalla Direzione con il Dipartimento nel suo insieme, che a sua volta di solito lo negozia con le Uo non sulla base dei bacini, ma delle scelte di specializzazione.

Tale prassi in linea teorica sarebbe incompatibile con il modello proposto, che prevede l'assegnazione di un *budget* dinamico, che si modifica in relazione a «tariffe virtuali» che seguono la mobilità effettiva tra presidi dei residenti.

Se le suddette scelte di specializzazione sono fondate su una risposta razionale a bisogni degli assistiti di quelle Ausl, che richiedono la concentrazione a livello aziendale o interpresidi di alcune specializzazioni, di nuovo non vi è conflitto con il modello proposto. Infatti si tratterebbe solo di ridisegnare correttamente il bacino su cui misurare le frazioni di quote capitarie (in risorse-equivalenti) da attribuire all'inizio dell'anno: non più solo relative al bacino del presidio su cui insiste l'Uo *specializzata*, ma ad un bacino di più presidi, o aziendale.

L'alternativa, purtroppo assai concreta, è che scelte non fondate sulle soluzioni proposte generino una programmazione non basata sui bisogni di salute della popolazione, ma sulle preferenze/convenienze delle discipline scientifiche coinvolte o sull'arbitrio di chi detiene il potere.

Tabella 1 - Confronto tra due sistemi di finanziamento di Aziende ospedaliere rapportati alle caratteristiche di un sistema ideale

Caratteristiche di un sistema di finanziamento ideale per un'Azienda ospedaliera (in analogia con quello di un'Asl/Ausl)	Tipologia di finanziamento	
	Tariffe/Drg	Quote capitarie pesate per età per utenti di bacino virtuale (+ Drg per mobilità)
<b>Dovrebbe essere in grado di incentivare:</b>		
– la <b>promozione</b> e la <b>tutela della salute</b> e, dovunque possibile e utile, l' <b>autogestione</b> di problemi di salute da parte dell'assistito e dei suoi familiari	– + – –	+ + + +
– la <b>revisione di efficacia</b> delle prestazioni erogate, favorendo l' <b>eliminazione delle prestazioni non necessarie e di provata/molto probabile inefficacia/inappropriatezza</b> , anche per consentire di reperire risorse necessarie <b>per mantenere e sviluppare le prestazioni di provata efficacia</b>	– + –	+ +
– la <b>prevenzione della medicalizzazione non necessaria</b> di linee guida e protocolli	–	+
– la <b>ottimizzazione del rapporto costi-utilità ai fini della salute</b> (e non ai fini della convenienza tariffaria delle prestazioni, che può non coincidere affatto), in una cornice di <b>equità di accesso</b>	– –	+ + +
– l' <b>aumento di efficienza operativa per interventi di provata o probabile efficacia</b>	+ –	+ – +
– l' <b>aumento di accessibilità e di equità</b>	+ –	+ + (-)
– l' <b>aumento di qualità «soft» del servizio</b> e in genere della <b>soddisfazione dei cittadini</b>	+ + –	+ + – + ⇨
– la <b>soddisfazione degli operatori e motivazione degli operatori</b> che devono risultare pienamente coerenti con la promozione e tutela della salute ( <b>integrità</b> degli operatori: non conflitti tra etica e interesse aziendale e personale)	– + –	+ + +
– la <b>tensione a un miglioramento continuo della qualità</b> in tutti i campi descritti	+ –	+ +
– la <b>produzione/diffusione d'informazioni sui risultati in termini: di salute, di efficienza, di equità e di soddisfazione</b> in relazione ai servizi offerti, da mettere attivamente a disposizione di tutti gli attori del sistema	+ – + +	+ + + – +
– la <b>semplificazione amministrativa</b>	–	+ –
– la <b>valutazione epidemiologica di impatto delle politiche messe in atto</b>	–	+
– il <b>legame</b> e le <b>sinergie</b> con un <b>territorio</b> di riferimento riconoscibile	–	+
– la <b>razionalizzazione</b> (progressiva e volontaria) delle <b>afferenze degli assistiti</b>	–	+

### 3.4. Modalità di remunerazione «virtuosa» del privato accreditato

Con la consapevolezza che l'importanza di questo capitolo richiederebbe ben altro approfondimento, si osserva che le Ausl (e i loro distretti) e gli ospedali pubblici scorporati potrebbero puntare con appositi contratti a coinvolgere nel modello che paga la salute sopra descritto anche gran parte dello stesso privato (a partire da quello di grandi dimensioni e con un bacino virtuale riconoscibile o negoziabile, ma anche quello di dimensioni minori, aggregabile a più grandi strutture erogatrici tramite contratti con le stesse).

In ogni caso, nell'armonico contesto descritto, le note distoniche portate dagli erogatori che restassero pagati a prestazione perché non fosse possibile fare altrimenti, o eventualmente per propria scelta, potranno essere correttamente inquadrare, e — entro certi limiti — rappresentare anch'esse uno stimolo al sistema, anziché la valanga che oggi sta travolgendo ogni argine degli acquirenti-valutatori.

### 3.5. Modalità di remunerazione «virtuosa» degli specialisti ambulatoriali

L'argomento è stato affrontato organicamente in un saggio (Longo, Vendramini, Donzelli, 1999). Il sistema di finanziamento di questi professionisti andrebbe reso più dinamico e virtuoso, integrando una moderata retribuzione oraria di base non già con un pagamento a prestazione (le cui vestigia, rappresentate dalle cosiddette «prestazioni di particolare impegno professionale» o PPIP, andrebbero sostanzialmente eliminate), bensì con una cospicua «quota variabile» legata al raggiungimento di risultati d'interesse aziendale. Questi ultimi, in estrema sintesi, sono rappresentati in questo come in altri settori del Ssn da:

- A: efficacia in termini di salute;
- B: costi, fatta salva A;
- C: soddisfazione degli assistiti, fatta salva A (e, ragionevolmente, B);
- D: equità, fatte salve A e C (e, ragionevolmente, B).

I vantaggi conseguibili sono evidenti rispetto all'attuale sistema (paga oraria + PPIP), che risulta de-responsabilizzante nei confronti del miglioramento continuo dei fattori di qualità e scarsamente efficiente, ma anche rispetto a quello prefigurato dal DL.vo 502 (pagamento a prestazione), che risulta più dinamico del sistema attuale, ma che innesca pericolosi conflitti di interesse con il Ssn e con la salute, e sconta forti rischi di iniquità.

Si rimanda chi fosse interessato a uno sviluppo della proposta a una serie di indicatori di *performance* per gli specialisti ambulatoriali (utilizzati nel 1996 in un'Ussl di Milano in un'iniziativa pilota, concordata con le rappresentanze regionali della categoria) (Donzelli, 1977), identificati nelle aree dell'efficacia, dell'efficienza, della soddisfazione degli assistiti e dei clienti interni, corredati ciascuno di misure, obiettivi tendenziali e intermedi, strumenti/modalità di misurazione e responsabili della rilevazione, all'interno di un processo che mettesse la specialistica ambulatoriale contemporaneamente nella posizione di «clienti interni», cui vengono richieste, in forma sistematica e quantitativa, valutazioni sulla *performance* dei rispettivi fornitori; e di «fornitori» a cui vengono destinati sistematici *feedback* da altri clienti interni e — per gli operatori di prima linea — anche dagli assistiti.

Simili strumenti dovrebbero essere concepiti e utilizzati in modo che gli individui e i gruppi non siano messi in una situazione competitiva in cui uno vince a spese di altri. Ciascuno dovrebbe essere messo a confronto (in maniera confidenziale) con indicatori

relativi alla propria *performance*, con informazioni costruttive che lo aiutino a migliorarla

Si segnala il notevole potere che tale strumento innovativo potrebbe consegnare nelle mani dei professionisti (e in genere di tutti gli operatori coinvolti in tale processo), a cui può offrire l'opportunità di rimodellare efficacemente, con il proprio *feed-back* sistematico e quantitativo, i comportamenti dei propri interlocutori interni all'organizzazione. Ciò può significare, nell'esempio degli specialisti ambulatoriali, la possibilità di influenzare utilmente non solo i responsabili sanitari, ma anche altri «fornitori», comprese le Uo amministrative della propria Azienda deputate all'acquisto dei materiali, alla manutenzione delle apparecchiature, ai servizi tecnici, alla gestione amministrativa dei rapporti di lavoro con i professionisti.

### 3.6. Modalità di assegnazione virtuosa di un budget ai distretti di un'Ausl

Il Pssr della Regione Lombardia (come quello delle altre Regioni) attribuisce all'Asl «(pag. 28) la responsabilità della garanzia assistenziale e della tutela della salute di popolazioni definite, con impegno di risorse predeterminato per garantire servizi corretti, adeguati, appropriati, uniformi non tanto sul lato dell'offerta, quanto sui risultati di salute ...» e definisce «il distretto socio-sanitario come "area sistema" ... per il governo della domanda di salute e ... del budget distrettuale ...».

Ne dovrebbe fisiologicamente discendere la tendenziale declinazione da parte dell'Ausl del criterio virtuoso di finanziamento di cui essa stessa beneficia (basato su quote capitarie fortemente pesate per età dei residenti) nell'assegnazione di un *budget* alle proprie articolazioni distrettuali ini-

zionalmente corretto per una quota — decrescente negli anni — che tenga conto della spesa storica generata da ciascun distretto, e fatto salvo un fondo di riequilibrio e «di solidarietà» aziendale, comunque predefinito e di entità limitata, da gestire con trasparenza. In questo modo

— anche i distretti sono incentivati a generare salute e a tutelarla con la massima coerenza possibile, perché le loro assegnazioni aumentano con la longevità sana dei propri residenti;

— la salute diventa la maggiore ricchezza non solo dell'Ausl ma anche dei suoi distretti:

a) più salute comporta più avanzzi sul *budget* assegnato, con significativi gradi di libertà per reinvestire (o per incentivare chi vi lavora);

b) più efficacia, più appropriatezza, più eliminazione dell'inefficacia e più efficienza comportano tutte coerentemente anche più avanzzi sul *budget* assegnato, con gradi di libertà per reinvestire (o per incentivare chi vi lavora);

— al *budget* di tali distretti verranno imputate compensazioni (parame-trabili sulle corrispondenti tariffe, o in base a diverse decisioni aziendali) per la mobilità in uscita (o in entrata) dalle strutture «di bacino» direttamente gestite a livello distrettuale, avvenuta per libera scelta di cittadini non soddisfatti sul posto dai «propri» distretti.

Qualcuno potrebbe osservare che in questa visione un distretto somiglierebbe a un'azienda nell'Azienda, sollevando reazioni di rigetto in molti Direttori generali. In realtà, però, il modello proposto non esclude certo che un'Ausl possa introdurre nelle assegnazioni *ex ante* ad un distretto correzioni rispetto al criterio delineato, ad es. per il legittimo perseguimento di programmi aziendali a valenza sovradistrettuale, o per correggere situazioni di iniquità, o all'opposto per valorizzare maggiormente punti di forza

non uniformemente distribuiti. O che non possa integrare diversamente *ex post* il *budget* assegnato a ciascun distretto. Ciò fa sicuramente parte delle prerogative di una Ausl, che però di regola dovrebbe negoziare «ai margini» un *budget* che per un distretto viene già sufficientemente configurato dalla opportuna combinazione del dato storico (costi osservati negli anni precedenti e loro *trend*) con i «costi attesi», in base a un riparto delle quote capitarie aziendali (per residente fortemente pesato per età), corretto per la mobilità interdistrettuale.

Un'alternativa, purtroppo molto concreta, è l'assegnazione dei *budget* ai distretti all'insegna dell'improvvisazione, di logiche di appartenenza o in base al semplice arbitrio, non necessariamente consapevole, di chi ha il potere. O ancora, a dispetto della normativa, che non si assegni loro nessun *budget*.

### 3.7. Modalità di remunerazione virtuosa dei medici di famiglia

Anche attraverso opportune modifiche contrattuali, sarebbe opportuno che Ausl e distretti declinassero coerentemente un modello virtuoso di remunerazione nei confronti dei propri medici di famiglia, passando dall'attuale modalità, che non premia la salute a una modalità che renda esplicita (sia al professionista che agli assistiti) la convenienza del medico a promuovere e tutelare al meglio la salute dei cittadini che lo hanno scelto e a produrre il massimo di longevità sana nella coorte dei «suoi» assistiti (Donzelli, 2003).

Più in dettaglio, con l'attuale modello di pagamento:

— il medico non è premiato per la salute che produce;

— è pagato con una quota fissa a fronte di una lista ristretta di prestazioni da garantire e con facoltà di richie-

dere «passaggi in cura» senza alcun disincentivo, e con una quota variabile a fronte di altre prestazioni non ricomprese nella lista precedente («prestazioni aggiuntive», in cui spesso non è provato il legame tra esecuzione con cadenza stabilita e risultato in termini di salute);

— la sua maggiore ricchezza sono quelle categorie di malati che diano modo di (prescrivere)/effettuare prestazioni o di gestire PDT che l'Ausl dovrà pagare extra, o con cui esercitare la libera professione;

— la prevenzione non è molto conveniente, e se non ci sono abbastanza malati di cui al punto precedente si può esser tentati di inventarli (per es. abbassando le soglie diagnostiche, o effettuando diagnosi che non modificheranno le prognosi, o sovradiagnosi che generano sovratrattamento e iatrogenesi, e contribuendo a mantenere aspettative irrealistiche e mitiche sulle possibilità della medicina).

In sintesi accade che:

a) più salute e più efficacia non consentono maggiori entrate;

b) più efficientismo (cioè efficienza senza efficacia) nelle prestazioni extra produce maggiori entrate;

c) più qualità percepita dall'utente produce più scelte e più entrate, ma con un effetto attenuato (a volte addirittura distorto, come in presenza di prescrizioni *compiacenti*) in una situazione che fa percepire a molti il medico di famiglia come uno «smistatore» verso altri specialisti e dove non circolano informazioni rilevanti, corrette, chiare e «garantite» dall'Ausl sulle caratteristiche del servizio offerto.

Con l'attuale modello di remunerazione quindi gli interessi del medico di famiglia sono ben poco allineati a quelli del Ssn e della salute della comunità dei cittadini.

Si propone un cambiamento che dovrebbe fare leva su due aree di innovazione nella struttura del compenso:

— la quota capitaria pesata per età dell'assistito e usata in un contesto di competizione positiva, guidata dalle informazioni rilevanti ai fini della salute, rese disponibili e «garantite» dall'Ausl;

— la quota variabile.

La *quota capitaria* dovrebbe remunerare tutte le funzioni di assistenza medica primaria (essendo la quota variabile legata a specifici obiettivi da definire, ma comunque ricompresi all'interno delle funzioni di assistenza medica primaria cui è tenuto ogni medico convenzionato).

Non dovrebbe essere una quota capitaria fissa, ma dinamica, crescente di anno in anno con l'aumento dell'età dell'assistito, per remunerare i maggiori costi di assistenza medica primaria mediamente correlati all'aumentare dell'età, ma soprattutto per allineare esplicitamente l'obiettivo del Sistema sanitario ad etica e convenienza del medico: massimizzare la longevità sana nella coorte dei suoi assistiti.

Inoltre l'ACN dovrebbe prevedere che l'Ausl sia tenuta ad assistere il cittadino nella scelta informata del medico di famiglia, rendendo pubbliche e disponibili (a partire dalle sedi di scelta/revoca) informazioni scritte su alcune caratteristiche dei medici, su eventuali specializzazioni, sull'accesso e sui servizi da loro offerti, inclusa l'adesione a linee guida su temi rilevanti per l'assistenza sanitaria primaria validate dall'Ausl, nonché a programmi strutturati di educazione sanitaria.

Infatti le Ausl, chiamate a rispondere della tutela della salute della comunità dei cittadini con il vincolo di risorse limitate, devono poter contare sulla qualità/razionalità/economicità della prescrizione dei medici di famiglia, cui è affidato il ruolo di *gate-keeper* del Ssn. Per ottenere tale risultato, in alternativa agli strumenti nor-

mativi tipici del lavoro dipendente, le Ausl devono potersi affidare a meccanismi di mercato, come la scelta informata del consumatore, a cui l'Ausl — *sponsor* della comunità locale — deve fornire informazioni e *feed-back* costanti, all'interno di accordi locali con i medici di famiglia stessi.

La *quota variabile* dovrebbe servire come corrispettivo per il raggiungimento di risultati previsti dalla norma nazionale (rispetto di livelli di spesa programmati) o per il raggiungimento di risultati o livelli di risultato (Sghedoni, Donzelli, 2000, 2001, 2003) che le Regioni o le Ausl ritengano di particolare interesse, all'interno di funzioni comunque ricomprese nei compiti dell'assistenza medica primaria (e come tali remunerate attraverso la quota capitaria).

Bisogna infatti evitare l'errore di compensare risultati di interesse per il Ssn unicamente tramite la quota variabile. Ciò comporterebbe i gravi rischi di:

1) rendere «facoltative» — e pertanto omissibili — attività fondamentali per l'Assistenza medica primaria;

2) agganciare l'effettuazione di tali attività a una retribuzione, in assenza/insufficienza della quale il medico di famiglia rifiuta/rifiuterà di svolgerle, compromettendo l'Assistenza medica primaria e innescando nel tempo circoli viziosi;

3) ostacolare lo sviluppo di circoli virtuosi, impedendo cioè che una funzionale e salutare competizione porti al miglioramento complessivo degli standard assistenziali medi e alla definizione di obiettivi sempre più ambiziosi;

4) impedire che le realtà più evolute progrediscono liberamente senza essere frenate da quelle più arretrate.

Le Regioni possono definire eventuali altri ambiti (oltre al rispetto dei livelli di spesa programmati) a cui legare anche la quota variabile del compenso dei medici di famiglia.

Le Ausl dovrebbero comunque avere la competenza di individuare, modulare e gestire gli obiettivi a cui legare la quota variabile del compenso e la facoltà di aumentare per il proprio territorio le allocazioni complessive destinate alla quota variabile oltre i livelli minimi uniformemente stabiliti dall'ACN, nella misura in cui vengano ottenuti significativi risultati a livello di *budget* dell'Ausl chiaramente correlati all'azione dei medici di famiglia.

Comunque le quote variabili — per i medici di famiglia, ma anche per il personale dipendente dalle Aziende sanitarie — dovrebbero essere legate a un fondo la cui entità sia esplicitamente agganciata all'andamento complessivo del *budget* distrettuale (e aziendale), per rendere a tutti evidente che «si è sulla stessa barca (Azienda e distretto)» e incentivare comportamenti collaborativi e il sostegno degli operatori alla corretta scelta delle priorità, temperando egoismi e distorsioni legate alle discipline scientifiche e alle categorie di appartenenza.

Nell'ambito delle quote variabili andrebbe limitato il pagamento a prestazione. È dimostrato che tale sistema fa lievitare il numero delle prestazioni e perciò tende a fare aumentare la spesa sanitaria; e introduce nei fatti un contrasto di interessi tra efficacia degli interventi e gratificazioni economiche, con forte aumento delle prestazioni non necessarie. Tale sistema dovrebbe pertanto concettualmente essere riservato solo a prestazioni che non presentano rischi di induzione (rischio molto frequente in sanità).

Andrebbe di regola evitata negli accordi regionali/aziendali la soluzione di retribuire a prestazione le «pre-



*stazioni aggiuntive*». Un criterio fondamentale per affrontare tali accordi dovrebbe essere di non retribuire prestazioni né processi assistenziali, ma risultati in termini di salute o in termini economici (si badi che anche i risultati in termini economici per aziende senza fini di lucro come le Ausl finiscono per essere ancora traducibili in una definibile «quantità» di salute in una corretta logica di «costo-opportunità»).

Ci si può chiedere se ciò dovrebbe valere anche dove fosse possibile definire rigorosi percorsi di sicura efficacia sanitaria (o economica). La risposta è di norma affermativa: anche in questo caso la regola dovrebbe essere: pagare il risultato e non la prestazione o il processo. Infatti quando il *provider* è spinto dall'interesse (tipicamente rappresentato da un differenziale conveniente tra tariffa e costo locale di produzione), anche in presenza di 1) una sua formale accettazione di un 2) buon protocollo/PDT 3) condiviso/assegnato dall'acquirente (tutte e tre condizioni non facili a ottenersi), il *provider* stesso potrà forzarne l'applicazione, attuandolo anche quando le condizioni di appropriatezza non sono (tutte) rispettate, con scarse possibilità di controllo esterno, anche da parte di un acquirente esperto. Le dimostrazioni scientifiche di ciò non mancano, e la logica, il buon senso e l'esperienza di ogni clinico lo confermano.

Persino in quelle situazioni in cui un protocollo ottimale e strettamente correlato al risultato fosse chiaramente definito per una popolazione (ad esempio Pap-test triennale dai 20-25 ai 65 anni) è opportuno non retribuire la numerosità delle prestazioni (il che si presterebbe ad abusi persino nel caso indicato) ma «livelli di copertura secondo protocollo» della popolazione assistita, come già sperimentato con successo nel Regno Unito.

Nel sistema appena descritto il medico di famiglia è incentivato a produrre salute e a tutelarla con la massima coerenza possibile e in generale:

a) più salute e più efficacia determinano maggiori entrate (con maggiore guadagno e/o reinvestimento);

b) più eliminazione dell'inefficienza, come pure più efficienza, determinano maggiori entrate (con maggiore guadagno e/o reinvestimento);

c) più documentazione all'Ausl dei buoni risultati raggiunti comporta tendenzialmente più scelte, e dunque maggiori entrate (con maggiore guadagno e/o reinvestimento);

d) più qualità percepita dall'utente produce più scelte e più entrate, soprattutto dove le informazioni rilevanti, corrette e chiare sono messe a disposizione nelle postazioni di scelta e revoca dei medici di famiglia, presso i distretti;

e) la credibilità del medico diventa massima agli occhi dell'assistito, con grandi vantaggi per l'orientamento delle sue scelte, anche nelle circostanze in cui il medico dovesse chiedere di rinunciare a un trattamento proposto da uno specialista o dai media.

### 3.8. Modalità di remunerazione virtuosa delle farmacie

L'attuale sistema di remunerazione delle farmacie territoriali rende i loro interessi parzialmente contrapposti a quelli del Ssn e seriamente divaricati dalla salute dei cittadini. Esse infatti hanno oggettiva convenienza ad un aumento della spesa farmaceutica sia a carico del Ssn sia privata; hanno margini inferiori su farmaci ugualmente efficaci ma meno costosi e, se stili di vita della popolazione e condizioni ambientali dovessero migliorare al punto da rendere necessari molti meno farmaci, i loro interessi sarebbero minacciati.

Per far sì che la salute e l'assistenza farmaceutica più conveniente per costo-efficacia costituiscano una conveniente prospettiva, conciliando anche per loro etica sanitaria e interessi, potrebbe essere ipotizzata anche per le farmacie una riforma del sistema di remunerazione, utilizzando principi simili a quelli proposti per gli erogatori ospedalieri o per i medici di famiglia, assicurando per altro a priori in maniera affidabile il mantenimento delle entrate complessive oggi destinate alla categoria. Dato che il settore presenta peculiarità che non possono essere affrontate in maniera sommaria, ciò sarà oggetto di un saggio separato.

## 4. Conclusioni

L'attuale paradigma medico-sanitario orientato alla malattia e il pagamento a prestazione con esso correlato danno agli attori del sistema incentivi parzialmente in conflitto con la promozione e tutela della salute dei singoli e della comunità.

Se questi ultimi sono gli obiettivi che giustificano gli investimenti che la società è disposta a fare per un Sistema sanitario, è necessario che la società riformuli i principi-guida del sistema premiante di chi lavora in sanità, allineandoli agli obiettivi da essa desiderati.

Pagare organizzazioni sanitarie e professionisti, fin dove è possibile, per la salute che producono nelle coorti di assistiti loro affidati è meno difficile di quanto si pensi e porterebbe enormi benefici. Infatti libererebbe molte energie di erogatori, oggi sprecate per interesse a fare troppe diagnosi inutili e trattamenti discutibili o clinicamente irrilevanti (e a documentarli ad «acquirenti» a loro volta oberati di controlli), e consentirebbe agli erogatori di dedicarsi a fare solo ciò che in scienza e coscienza ritengono utile e

rilevante, finalmente liberi di seguire insieme la propria etica e le proprie convenienze, producendo il massimo di salute possibile, con soddisfazione propria e dei cittadini.

(1) È noto come il finanziamento a prestazione degli ospedali sia in realtà più dichiarato che praticato, considerata la diffusione di sistemi di «forfettizzazione» quali i tetti o gli accordi contrattuali. Tuttavia esso pare assolutamente in grado di orientare i comportamenti di organizzazioni e professionisti attraverso le percezioni, spesso distorte, delle convenienze reali.

#### BIBLIOGRAFIA

- BLENDON R.J. ET AL. (1990), «Satisfaction with Health Systems in Ten Nations», *Health Affairs*, pp. 185-92.
- CRITCHLEY J.A. ET AL. (2003), «Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease», *JAMA*, vol. 290, pp. 86-97.
- DOMENIGHETTI G. (1994), *Il mercato della salute. Ignoranza o adeguatezza?*, CIC Edizioni Internazionali.
- DOMENIGHETTI G. ET AL. (1998), «Promoting consumer's demand for evidence-based medicine», *Int J Technol Assess Health Care*, vol. 14, pp. 97-105.
- DONALDSON C., GERARD K. (1989), «Paying general practitioners: shedding light on the review of health services», *Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 39, pp. 114-7.
- DONZELLI A., LONGO F. (1997), *Sistemi sanitari a confronto. Efficacia, costi e qualità percepita*, Franco Angeli, Milano.
- DONZELLI A. (1997), «Un sistema di finanziamento e un sistema premiante virtuoso per la specialistica ambulatoriale», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, pp. 13-17.
- DONZELLI A. (1998), «Tetti di spesa per erogatore e pagamento delle prestazioni a tariffa: un «nuovo» cocktail fallimentare», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 11, pp. 1-4
- DONZELLI A., SGHEDONI S. (1998), *Le linee guida cliniche tra conoscenze, etica e interessi*, Collana Politiche Sociali, Ed. Franco Angeli.
- DONZELLI A. (1999), «Il pagamento a prestazione ha fallito la maggior parte degli obiettivi dichiarati», (I parte) *ASI*, vol. 17, pp. 3-17, e (II parte) *ASI*, vol. 18, pp. 7-17.
- DONZELLI A., GEDDES M. (1999), «Modifiche di comportamento medico in relazione ai sistemi retributivi», *La salute in Italia: Rapporto 1999*, curato da Marco Geddes, pp. 131-52, Ediesse.
- DONZELLI A. (2000), «L'evoluzione dei Drg negli ospedali lombardi dopo l'introduzione del pagamento a tariffa. Occorre ripensare criticamente al "motore" del sistema», *ASI*, 3, pp. 18-25.
- Donzelli A. (2003), «Un bivio per la medicina di base. Privilegiare l'orientamento della domanda e il governo appropriato dei consumi o il ruolo di erogatori? E con quale (coerente) modello di remunerazione?», *ASI*, 41, pp. 13-28.
- DONZELLI A. (da novembre 2002 a giugno 2004), «Pillole di buona pratica clinica, n. 1-16» *Occhio Clinico*.
- EUROPEAN COMMISSION (1998), *Eurobarometer*, 49.
- GORI G. ET AL. (1991), «Confronto fra due indagini condotte negli Ospedali nel 1987 e nel 1990 riguardo ai livelli di applicazione delle raccomandazioni OMS», in Biscontin S., Rigetti A. (eds.), *Per una ecologia della nascita*, Atti del Convegno, Pordenone, pp. 77-104.
- GREENFIELD S. ET AL. (1992), «Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study», *JAMA*, vol. 267, pp. 1624-30.
- GRUMBACK K., FRY J. (1993), «Managing primary care in the United States and the United Kingdom», *N Eng J Med*, vol. 328, pp. 940-5.
- HIMMELSTEIN D. ET AL. (1999), «Quality of care in investor-owned vs not-for-profit HMOs», *JAMA*, vol. 282, pp. 159-63.
- HIMMELSTEIN D. ET AL. (1986), «Cost without benefit. Administrative waste in US health», *N Engl Med J*, vol. 314, pp. 441-5
- JOMMI C. (A CURA DI) (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, EGEEA, Milano.
- Labelle R. et al. (1990), «Financial incentives and medical practice: evidence from Ontario on the effect of changes in physician fees on medical care utilization», *Centre for Health Economics and Policy Analysis*, Ontario.
- LOMAS J. ET AL. (1989), «Do practice guidelines guide practice? The effect of the consensus statement on the practice of physicians», *N Engl J Med*, vol. 321, pp. 1306-11.
- LONGO F., VENDRAMINI E., DONZELLI A. (1999), *Costi, modelli di retribuzione e sistemi di gestione per le attività medico specialistiche*, UTET periodici, Milano.
- MASLOW A.H. (1973), *Motivazione e personalità*, Armando, Roma.
- MAYNARD A., BLOOR K. (1995), *Health care reform: informing difficult choices*, John Wiley Sons, Ltd.
- MCPHERSON K. ET AL. (1981), «Regional variation in the use of common surgical procedure: within and between England and Wales, Canada and the United States of America», *Social Science and Medicine*, vol. 15, pp. 273-88.
- MCPHERSON K. (1990), *Why do variations occur? The challenges of medical practice variations*, Macmillan, London.
- MOSSIALOS E. (1997), «Citizens' views on health care systems in the 15 Member States of the European Union», *Health Economics*, vol. 6, pp. 109-16.
- OECD HEALTH DATA BASE (annualità dal 1996 al 2003).
- REID R. ET AL. (2003), «Stepped care approach to smoking cessation in patients hospitalized for coronary artery disease», *J Cardiopulm Rehabil*, vol. 23, pp. 176-182.
- RICHARDS T. (1996), «European health policy must redefine its raison d'être. Market model has failed: more imaginative individual national policies are needed», *BMJ*, vol. 312, pp. 1622-3.
- RICE T. (1984), «Physician initiated demand for medical care: new evidence from the Medicare program», *Advances in health economics and health service research*, 5, pp.129-60.
- Rochax L. (1993), «Financial incentives for Physicians: the Quebec experience», *Health economics*, vol. 2, pp. 163-76.
- SALTMAN R.B., FIGUERAS J. (1998), *Europa: sanità in transizione*, OMS - Ufficio Regionale per l'Europa, Quaderni di sanità pubblica, vol. 21 (monografia).
- SGHEDONI D., DONZELLI A. (2000), «The general practitioners' payment and inequalities in health: the system of incentives for health», in Wonca International Conference *Reducing Social Inequalities in Health*, atti, Copenhagen 28/9/2000, p. 7.
- SGHEDONI D., DONZELLI A. ET AL. (2001), «The cost-effectiveness of general practitioners' payment and incentive formulas: a proposal for incentives for health», in WONCA Region Europe, *atti*, 3-7/6/2001.
- SGHEDONI D., DONZELLI A. ET AL. (2003), «A smoker cessation project led by general

- practitioners. Incentives and implementation», in Wonca Europe Conferenza 2003, atti, Ljubljana.
- STEINDL J. (1965), *Random processes and the grow of firms: a study of the Pareto law*, Charles Griffin, Londra.
- TAYLOR D.H. ET AL. (2002), «Benefits of smoking cessation for longevity», *Am J Public Health*, vol. 92, pp. 990-7
- WHO (2000), *Health Systems: improving performances*, The World Health Report, Geneva.
- WOLHANDLER S. ET AL. (2003), «Costs of health care administration in the United States and Canada», *N Engl J Med*, vol. 349, pp. 768-75.
- ZUCCARO P. ET AL. (2003), «Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo», *ISS, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga*, [www.iss.it/sitp/ofad/Fumo/fpdf/0002.pdf](http://www.iss.it/sitp/ofad/Fumo/fpdf/0002.pdf).

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 salute

## 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<sup>a</sup>

È in distribuzione il CD-ROM contenente la copia esatta della raccolta completa dei fascicoli di **RAGIUFARM 2003** in un unico CD-ROM, in formato PDF, al prezzo di € 231,00 oppure, per coloro che sono già abbonati a **RAGIUFARM 2003**, € 121,00. Per coloro che hanno già sottoscritto l'abbonamento al supplemento **RAGIUFARM click 2003**, il CD-ROM contenente l'intera annata arretrata 2003, sarà inoltrato in regalo.



La S.I.P.I.S. srl è titolare dei diritti di proprietà intellettuale sui contenuti della rivista. Non sono consentiti la riproduzione anche temporanea o parziale, l'elaborazione, la comunicazione o trasmissione, effettuate con qualsiasi mezzo e in qualsiasi forma, della rivista originaria e/o di sue elaborazioni, nonché l'estrazione e/o il reimpiego del contenuto della rivista o di sue parti rilevanti e/o sostanziali ovvero l'estrazione e/o il reimpiego ripetuto e sistematico di parti non rilevanti e/o sostanziali della stessa.



Roma, luglio 2004

## CEDOLA D'ORDINE **RAGIUFARM click 2003** IN CD-ROM

Programma abbonamento 2004

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

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

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler inoltrare, con destinatario il nominativo sotto indicato

### **RAGIUFARM click 2003**

- al prezzo di  € 231,00  
 € 121,00 (in quanto già abbonato a **Ragiufarm 2003** cartaceo)  
 **GRATIS** (in quanto abbonato al supplemento **Ragiufarm click 2003**)

● 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. ....

..... lì .....

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

NERINA DIRINDIN  
(a cura di)

**Cooperazione e competizione  
nel servizio sanitario**

Il Mulino  
Bologna, 2003  
pagg. 242, € 20,00

*Questo volume affronta il tema del legame nell'area metropolitana torinese tra salute, benessere e sviluppo economico per comprendere come, in una fase di delicata trasformazione, possano essere affrontate le tradizionali e crescenti esigenze di contenimento dei costi e di miglioramento dell'accessibilità ai servizi senza per questo sacrificare richieste di innovazione e di continuità dei processi assistenziali. L'ipotesi di studio è che lo sviluppo di forme integrate di produzione e di governo dell'offerta sia funzionale non solo a contenere la capacità produttiva nei settori (come quello ospedaliero) in cui il rischio di ricorso improprio a prestazioni complesse è più elevato, ma soprattutto a favorire la specializzazione dei diversi produttori in modo da evitare inutili duplicazioni e sostenere lo sviluppo di modalità alternative di erogazione dell'assistenza. In questo volume vengono raccolti saggi sulla realtà sanitaria regionale, in particolare sull'area torinese, e sulle principali esperienze di cooperazione in rete.*

**INDICE:** 1. COOPERAZIONE E COMPETIZIONE NELLA SANITÀ DELL'AREA METROPOLITANA TORINESE: PRESENTAZIONE - 2. TUTELA DELLA SALUTE, SERVIZI SANITARI E SVILUPPO ECONOMICO: IL RUOLO DELL'INFORMAZIONE SULLA SALUTE PER LA VALUTAZIONE DELLE POLITICHE - 3. LA VARIABILITÀ NEI PERCORSI ASSISTENZIALI E IL SUO IMPATTO SULLA QUALITÀ DELLE CURE - 4. LA GESTIONE DELLA CONOSCENZA NELLE AZIENDE SANITARIE - 5. LE RETI SANITARIE MULTIOSPEDALIERE E MULTISERVIZI: ESPERIENZE E PROSPETTIVE DI SVILUPPO NELLE AREE METROPOLITANE - 6. LA MOBILITÀ PER MOTIVI SANITARI IN PIEMONTE: CRITICITÀ DI SISTEMA O FALSO PROBLEMA? - 7. LE RETI SANITARIE: IL CASO PIEMONTESE - 8. COORDINAMENTO INTERISTITUZIONALE E COOPERAZIONE INTERAZIENDALE: LA SPERIMENTAZIONE DELL'AREA CITTADINA TORINESE.

*Nel settore infermieristico e sanitario due aspetti cruciali e ancora poco trattati sono l'organizzazione del lavoro e la direzione delle risorse umane, che costituiscono le due direttrici principali di questo volume. Dopo un'analisi dell'organizzazione in prospettiva storica, il testo presenta un modello di costruzione delle mappe di competenza per le professioni infermieristiche e mette a fuoco sia il profilo del dirigente sia le tecniche di direzione delle risorse professionali. Nel quadro generale degli strumenti di gestione approfondisce alcune aree specifiche come l'inserimento lavorativo del personale, la sua formazione e la sua valutazione.*

**INDICE:** 1. IL PROCESSO DI AZIENDALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 2. I PRINCIPALI CONCETTI SULL'ORGANIZZAZIONE: LA VISIONE STORICA - 3. LA DIREZIONE DELLE RISORSE UMANE: LE MAPPE DI CONOSCENZA - 4. LE ABILITÀ DI DIREZIONE: MANAGEMENT E LEADERSHIP - 5. LE LEVE DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - 6. L'INSERIMENTO LAVORATIVO DEL PERSONALE - 7. LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE - 8. FORMAZIONE E PROFESSIONALIZZAZIONE.

TERESA LAVALLE

**Dirigere le risorse umane.**  
Il settore infermieristico

Carocci Faber  
Roma, 2003  
pagg. 178, € 18,90

L.S. ATTOLINI  
M.P. COSTANTINI  
A. DI STEFANO  
F. GIORDANO  
G. NATALUCCI, C. PACCHI

**Customer care in organizzazioni  
di servizio e di cura**

FrancoAngeli  
Milano, 2003  
pagg. 286, € 26,00

*Il testo intende fornire strumenti e materiali per la formazione di operatori addetti alle relazioni con il pubblico e alla comunicazione istituzionale presso amministrazioni di servizio alla persona. Pur trattandosi di una metodologia di intervento applicabile in diversi ambiti istituzionali, quello di riferimento è qui costituito dalla azienda sanitaria, per diverse ragioni: in primo luogo, il mondo della sanità ha inaugurato storicamente l'epoca della attenzione ai diritti del cittadino e alla comunicazione pubblica; in secondo luogo, le profonde trasformazioni in atto nei sistemi occidentali di welfare, a partire da quello sanitario, spingono i decisori pubblici a destinare l'allocazione delle risorse verso livelli essenziali di assistenza di cui sia garantita la appropriatezza degli interventi e la libertà di scelta del consumatore; infine, la maggiore soggettività dei cittadini e la necessità delle amministrazioni sanitarie di muoversi in un ambiente variabile inducono una nuova attenzione al posizionamento sul mercato, ricorrendo a strategie di comunicazione finora non praticate. L'azienda sanitaria si configura come un'applicazione emblematica e paradigmatica di tali nuove politiche comunicative.*

**INDICE:** 1. AZIENDA SANITARIA, SOCIETÀ E CITTADINI, DIRITTO ALLA SALUTE E DIRITTI DEL MALATO - 2. QUADRO NORMATIVO SULL'INFORMAZIONE E LA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE. RUOLO E FUNZIONI DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO, DELL'UFFICIO STAMPA E DEL

PORTAVOCE - 3. LO SVILUPPO DELL'ORGANIZZAZIONE. L'URP NELL'ORGANIZZAZIONE CHE APPRENDE - 4. LE FORME DELLA COMUNICAZIONE PUBBLICA. L'URP E IL CASO DELLA COMUNICAZIONE IN SANITÀ - 5. L'UFFICIO STAMPA E LA COMUNICAZIONE D'AZIENDA - 6. LA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE, LA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA - 7. LA TUTELA DEI DIRITTI. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI OPERATORI AL SISTEMA SANITARIO - 8. L'URP NEL SISTEMA QUALITÀ: PROGETTARE LA QUALITÀ DELLA COMUNICAZIONE - 9. I PASSI PRINCIPALI PER LO SVILUPPO DELL'URP.

*L'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane nasce dalla preoccupazione che una troppo rapida ed esclusiva regionalizzazione della sanità italiana non disponga dei supporti strutturali e metodologici necessari all'analisi e alla programmazione delle risorse e dei servizi. Il rischio è la perdita definitiva di ogni prospettiva nazionale e la frammentazione delle conoscenze, che renderebbe impossibile ricostruire un quadro di insieme ed effettuare un confronto tra le realtà epidemiologiche e assistenziali delle diverse regioni. L'Osservatorio è articolato in ventuno sezioni regionali e provinciali autonome, animate da ricercatori che, a diverso titolo e con diverse competenze, hanno posto al centro del proprio orizzonte scientifico la salute degli individui e delle collettività per promuovere il continuo miglioramento. Esso si è subito armonizzato, da un punto di vista concettuale e metodologico, con l'Osservatorio europeo per i sistemi sanitari, mantenendone approcci e prospettive, e ha partecipato alla costruzione del network degli Osservatori di sanità pubblica europei, di cui è membro, con lo scopo di fornire ai decisori politici e tecnici, strumenti scientificamente rigorosi, obiettivi e politicamente neutrali.*

**INDICE:** 1. QUADRO DI RIFERIMENTO DEMOGRAFICO E SOCIOECONOMICO - 2. I BISOGNI DI SALUTE - 3. L'AMBIENTE - 4. I FATTORI DI RISCHIO - 5. ASPETTI ECONOMICI E STRUTTURALI - 6. LA SALUTE RIPRODUTTIVA - 7. LA SALUTE IN ETÀ INFANTILE E GIOVANILE - 8. LA SALUTE DELLE PERSONE ANZIANE - 9. SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO, NEGLI AMBIENTI DI VITA E SULLA STRADA - 10. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA - 11. EMERGENZA - 12. L'ASSISTENZA TERRITORIALE - 13. L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE.

OSSERVATORIO NAZIONALE  
SULLA SALUTE  
NELLE REGIONI ITALIANE

**Rapporto osservasalute**  
Stato di salute e qualità  
dell'assistenza nelle regioni  
italiane

Vita&Pensiero  
Milano, 2003  
pagg. 312, € 25,00



ILENIS, AIOP

**Ospedali & salute.  
Primo rapporto annuale 2003**FrancoAngeli  
Milano, 2004  
pagg. 254, € 20,00

*Il settore dell'ospedalità in Italia offre le cure specialistiche, in regimi di ricovero, ogni anno a circa 11 milioni di cittadini ed è diffuso capillarmente sull'intero territorio nazionale. Esso coinvolge 600.000 addetti ed impiega risorse nella misura del 3% del PIL, rappresentando una delle fondamentali componenti del sistema economico del Paese che genera occupazione e sviluppo. Per una migliore conoscenza dell'intero settore l'AIOP ha promosso questo Rapporto che viene offerto a quanti hanno responsabilità politica e professionale nel settore sanitario, con un'ampia serie di dati e con un contributo di ricerca originale. Il quadro che emerge mette in evidenza, tra l'altro, una realtà dell'ospedalità privata accreditata in oggettiva crescita di qualità nelle strutture e nelle prestazioni, con il risultato di concorrere nei fatti e nelle opinioni degli intervistati, a disegnare un sistema ospedaliero a gestione mista peraltro ancora oggi parziale e incompiuto sotto il profilo normativo e della strategia di governance.*

**INDICE: PARTE PRIMA. LA CRESCITA DI UN'OSPEDALITÀ DI SISTEMA - 1. IL CONSOLIDAMENTO DELL'OFFERTA - 2. L'EVOLUZIONE DELLE LOGICHE DI DOMANDA - PARTE SECONDA. LE FAMIGLIE ITALIANE E L'OSPEDALITÀ - 1. L'ACCESSO ALLE CURE - 2. LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI - 3. OPPORTUNITÀ DI SCELTA E ORIENTAMENTI DELLE FAMIGLIE - 4. IL CONFRONTO PUBBLICO/PRIVATO - PARTE TERZA. GLI INDICATORI STATISTICI - 1. I DATI DI STRUTTURA - 2. I DATI DI ATTIVITÀ - 3. I DATI DI PERSONALE - 4. I DATI DI SPESA - PARTE QUARTA. L'OSPEDALITÀ**

**NELLA STAMPA QUOTIDIANA.**

*Il Sistema sanitario nazionale fonda le sue radici in una concezione della salute come diritto individuale, ma allo stesso tempo come bene collettivo da tutelare. Il presente lavoro si focalizza in particolare sulla struttura ed organizzazione delle aree tecnicostrutturali e delle aree di supporto delle aziende composte pubbliche appartenenti al Ssn. Il contenuto professionale espresso da queste aree va oltre la pura specializzazione tecnica in esso contenuta; nelle aree di staff, non solo quelle tecnicostrutturali ma anche quelle di supporto, i professionali sono fortemente rappresentati e la loro professionalità ad elevata specializzazione orizzontale è caratterizzata da un contenuto di potenzialità di analisi e di «reingegnerizzazione» attiva dei processi che li rende un riferimento nevralgico per l'attuazione del piano strategico.*

**INDICE: PARTE I. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E LE NORME DI RIFERIMENTO**

- 1. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 2. I SOGGETTI DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO NAZIONALE - 3. IL SOGGETTO OPERATORE DEL SSN: L'AZIENDA SANITARIA - 4. IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO - **PARTE II. L'ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE DEL SSN - 3. GLI ORGANI DI GOVERNO AZIENDALE - 2. LA MACRO-CONFIGURAZIONE ORGANIZZATIVA - PARTE III. GLI ORGANI DI TECNICOSTRUTTURA E DI SUPPORTO AL GOVERNO AZIENDALE - 1. LE FUNZIONI DEGLI ORGANI DI STAFF - 2. L'INTERNAL AUDITING - 3. LA RIORGANIZZAZIONE DELLE AREE DI TECNICOSTRUTTURA E DI SUPPORTO - 4. I PRINCIPALI SISTEMI TECNICOSTRUTTURALI - 5. I DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI.**

FRANCESCO MARIA SPANO

**L'organizzazione e la gestione  
dei processi di governo,  
tecnicostrutturali e di supporto  
delle aziende sanitarie pubbliche**

Giuffrè  
Milano, 2004  
pagg. 250, € 20,00

SAVERIO LUZZI

**Salute e sanità  
nell'Italia repubblicana**

Donzelli Editore  
Roma, 2004  
pagg. 411, € 24,00

*La ricostruzione storica delle vicende della sanità e della salute in Italia rappresenta uno dei terreni elettivi per condurre una sorta «analisi in sezione» dell'intera storia politica e sociale dell'Italia repubblicana. Sul versante sociale, il quadro delle patologie di massa all'indomani della seconda guerra mondiale mostra i pesanti retaggi di endemie di «antico regime» e la diffusione di malattie tipiche del mondo industriale e urbano, come la tubercolosi. Sul piano della storia istituzionale si parte dalla creazione dell'Ente di mutualità fascista, che orienterà l'assistenza pubblica per un lungo tratto dell'Italia repubblicana, sino alla creazione del sistema sanitario nazionale, che costituirà una delle più innovative conquiste del modello italiano di Stato sociale.*

**INDICE:** 1. LE MALATTIE E LA SALUTE DEGLI ITALIANI DAL 1943 AL 1980 - 2. 1943-1948. DALLA GUERRA ALLE GRANDI SPERANZE DI RIFORMA - 3. IL RIFLUSSO - 4. L'ISTITUZIONE DEL MINISTERO DELLA SANITÀ - 5. SCIENZA E MALOCCHIO: VERSO IL BOOM ECONOMICO - 6. DAL FALIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE AL 1968 - 7. LA LEGALIZZAZIONE DELL'ABORTO E LA CHIUSURA DEI MANICOMI - 8. LA LEGGE 833 DEL 1978. LA SANITÀ RIFORMATA - 9. LA SANITÀ ITALIANA NEGLI ANNI 80 E 90. BILANCI E CONCLUSIONI.

*La rivoluzione dei Diagnosis Related Groups (Drg) ha fatto sì che tutto cambiasse perché tutto rimanesse uguale? I Drg oramai costituiscono un normale e indispensabile strumento di gestione e verifica dell'attività ospedaliera. Ma la sempre più forte spinta verso l'aziendalizzazione e la regionalizzazione del Ssn sta forse facendo perdere di vista il significato dell'esperienza dei Drg quale primo organico tentativo di misurazione e valutazione del prodotto ospedaliero. A circa 10 anni dall'avvio della cosiddetta riforma del Ssn (D.L.vo 502/92) si può tentare un bilancio del pagamento a prestazione e si pone allora l'esigenza di uno stato dell'arte dei sistemi di misurazione del case-mix ospedaliero. Partendo dall'esperienza degli Stati Uniti, patria dei Drg, e dei principali Paesi dell'Unione europea, si presenta un'ideale e significativa antologia di esperienze regionali italiane. Il volume diviene così testimonianza e bilancio dei Drg a livello internazionale e italiano, e, soprattutto, utile strumento di lavoro per i decisori e dirigenti di sanità.*

**INDICE:** PRESENTAZIONE: I DRG/ROD OTTO ANNI DOPO - PARTE PRIMA. ESPERIENZE INTERNAZIONALI - 1. EVOLUZIONE DEI DRG NEGLI USA - 2. DRG IN EUROPA - PARTE SECONDA. DRG IN ITALIA - 1. DRG IN EMILIA-ROMAGNA: POLITICHE SANITARIE REGIONALI IN ITALIA DOPO - 2. L'APPLICAZIONE DELLA L. 724 DEL 1994 - 2. DRG IN FRIULI-VENEZIA GIULIA: POLITICHE SANITARIE REGIONALI IN ITALIA DOPO L'APPLICAZIONE DELLA L. 724 DEL 1994 - 3. DRG NEL LAZIO: UNO STRUMENTO PER PROMUOVERE UN USO APPROPRIATO DEL RICOVERO OSPEDALIERO ALL'INTERNO DELLE RISORSE DISPONIBILI - 4. DRG IN LOMBARDIA: IL SISTEMA DI PAGAMENTO A PRESTAZIONE DELLE ATTIVITÀ OSPEDALIERE - 5. DRG IN PUGLIA: SU ALCUNI ASPETTI DEL MODELLO SANITARIO PUGLIESE - 6. IL QUADRO DELLE INFORMAZIONI DISPONIBILI DOPO L'INTRODUZIONE DEI DRG IN ITALIA.

MARINO NONIS  
A. MARIO LERARIO  
(a cura di)

**DRG: valutazione  
e finanziamento degli ospedali**

Il Pensiero Scientifico Editore  
Roma, 2003  
pagg. 208, € 25,00

DINO AMADORI  
FRANCO DE CONNO

**Libro italiano di cure palliative**

Poletto Editore  
Milano, 2003  
pagg. 568, € 80,00

*I risultati ottenuti in oncologia negli ultimi anni hanno consentito un incremento della sopravvivenza per tutte le neoplasie a 5 anni, negli Stati Uniti, dal 50 per cento del 1975 al 58 per cento del 1990. Inoltre, si è assistito, per la prima volta, all'inversione di segno dei tassi standardizzati di mortalità, con una riduzione annua dello 0,8 per cento dal 1990 al 1997. Ciò nonostante, invecchiamento della popolazione, accresciuta incidenza di alcune neoplasie e accresciuta sopravvivenza di pazienti continuano a far aumentare i dati di prevalenza, anche, di pazienti con malattia in fase attiva e sintomatica. Le cure palliative costituiscono le terapie rivolte al trattamento dei sintomi fisici e delle problematiche psicosociali ed esistenziali dei pazienti e dei loro familiari; la medicina palliativa ne rappresenta la parte più tecnico-professionale. La prima sezione ne tratta la componente clinica, la cui rassegna di dati internazionali presentata dai maggiori esperti italiani è integrata dai risultati di propri studi originali. La seconda parte illustra la diffusione delle strutture della rete di cure, i diversi modelli organizzativi, le normative nazionali e regionali, l'interfaccia con le discipline vicine e alcune considerazioni sui costi. Chiude la sezione il recentissimo documento congiunto Società italiana cure palliative - Federazione cure palliative, costituito da suggerimenti generali per lo sviluppo e raccomandazioni specifiche sui requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'accreditamento delle unità di cure palliative e delle organizzazioni non profit che intendono erogare servizi in tale area. La terza parte presenta la legislazione e le tipologie delle organizzazioni del sistema non profit attive.*

INDICE: 1. MEDICINA PALLIATIVA (A CURA DI MARCO MALTONI) - 1.1. ASPETTI CLINICI - 1.2. NURSING - 1.3. RICERCA - 1.4. FORMAZIONE - 1.5. AUDIT E QUALITÀ DELLA VITA - 1.6. ASPETTI ETICI - 2. NORMATIVA, STRUTTURE OPERANTI, MODELLI E ORGANIZZAZIONE (A CURA DI OSCAR CORLI) - 3. ORGANIZZAZIONI NON PROFIT E SETTORE SOCIOASSISTENZIALE.

## SPOGLIO RIVISTE

### Meccanismi di mercato

STEPHEN PAGE

*How physicians' organizations compete: protectionism and efficiency*

Journal of health politics, policy and law, 1, Part 1, 2004, pp. 75-106

J. OKOCHI

*Regulation of physician supply in Japan*

Journal d'economie medicale, vol. 22, 1-2, 2004, pp. 57-62

DWIGHT MCNEILL

*Do consumer-direct health benefits favour the young and healthy?*

Health affairs, vol. 23, 1, 2004, pp. 186-193

ROBERT E. HURLEY, BRADLEY C. STRUNK AND JUSTIN S. WHITE

*The puzzling popularity of the PPO*

Health affairs, vol. 23, 2, 2004, pp. 56-68

CORY CAPPS AND DAVID DRANOVE

*Hospital consolidation and negotiated PPO prices*

Health affairs, vol. 23, 2, 2004, pp. 175-181

M. CHERNEW, G. GOWRISANKARAN, C. MCLAUGHLIN AND T. GIBSON

*Quality and employers' choice of health plans*

Journal of health economics, vol. 23, 3, 2004, pp. 471-492

AGNETA ANDERSON, L.A. LEVIN, JOHN CARSTENSEN, B.A. EMTINGER

*Cost of informal care for patients in advanced home care: a population-based study*

International journal of technology assessment in health care, vol. 19, 4, 2003, pp. 656-663

### Sistemi di finanziamento

THOMAS R. OLIVER

*Holding back the tide: policies to preserve and reconstruct health insurance in Maryland*

Journal of health politics, policy and law, 2, Part 1, 2004, pp. 203-236

STEPHEN ZUCKERMAN AND YU-CHU SHEN

*Characteristics of occasional and frequent emergency department users: do insurance coverage and access to care matter?*

Medical care, vol. 42, 2, 2004, pp. 176-182

MELINDA BEEUWKES, ALAN M. GARBER, MARK MCCLELLAN AND JOSEPH P. NEWHOUSE

*The costs of decedents in the medicare program: implications for payments to medicare + choice plans*

HSR, vol. 39, 1, 2004, pp. 111-130

CHUNLIU ZHAN, MARLENE R. MILLER, HERBERT WONG AND GREGG S. MEYER

*The effects of HMO penetration on preventable hospitalizations*

HSR, vol. 39, 2, 2004, pp. 345-362

J. OKOCHI AND S. MATSUDA

*The historical analysis of Japanese fee schedule in the social health insurance*

Journal d'economie medicale, vol. 22, 1-2, 2004, pp. 27-38

STAURT M. BUTLER

*A new policy framework for health care markets*

Health affairs, vol. 23, 2, 2004, pp. 22-24

### Economia del farmaco

S. MATSUDA

*Pharmaceutical policy in Japan*

Journal d'economie medicale, vol. 22, 1-2, 2004, pp. 49-56

IAIN M. COCKBURN

*The changing structure of the pharmaceutical industry*

Health affairs, vol. 23, 1, 2004, pp. 10-22

CYNDIA SMITH

*Retail prescriptions drug spending in the national health accounts*

Health affairs, vol. 23, 1, 2004, pp. 160-168

H.J. KIM, W. CHUNG, S.G. LEE

*Lessons from Korea's pharmaceutical policy reform: the separation of medical institutions and pharmacies for outpatient care*

Health policy, vol. 68, 3, 2004, pp. 267-276

DAVID U. HIMMELSTEIN, STEFFIE WOOLHANDLER AND SIDNEY M. WOLFE

*Administrative waste in the US health care system in 2003: the cost to the nation, the states, and the district of Columbia, with state-specific estimates of potential savings*

International journal of health services, vol. 34, 1, 2004, pp. 79-86

JOEL LAXCHIN AND PAUL GROOTENDORST

*Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of evidence*

International journal of health services, vol. 34, 1, 2004, pp. 101-122

S. REED, TA LEE, DC MCCRAY

*The economic burden of allergic rhinitis: a critical evaluation of the literature*

PharmacoEconomics, vol. 22, 6, 2004, pp. 345-361

A. LENOX-SMITH, P. CONWAY, C. KNIGHT

*Cost-effectiveness of representatives of three classes of antidepressants used in major depression in the UK*

PharmacoEconomics, vol. 22, 5, 2004, pp. 311-319

### Valutazione economica dell'attività sanitaria

DAVID R. HOLTGRAVE

*HIV prevention, cost-utility analysis, and race/ethnicity: methodological considerations and recommendations*

Medical decision making, vol. 24, 2, 2004, pp. 181-191

KELLY J. DEVERS, HOANGMAI H. PHAM AND GIGI LIU

*What is driving hospitals' patient-safety efforts?*

Health affairs, vol. 23, 2, 2004, pp. 103-115

EJ FREW, JL WOLSTENHOLME, DK WHYNES

*Comparing willingness-to-pay: bidding game format versus open-ended and payment scale formats*

Health policy, vol. 68, 3, 2004, pp. 289-298

M. RAIKOU AND A. MCGUIRE

*Estimating medical care costs under conditions of censoring*

Journal of health economics, vol. 23, 3, 2004, pp. 443-470

E. FENWICK, B. O'BRIEN AND AH BRIGGS

*Cost-effectiveness acceptability curves - facts, fallacies and frequently asked questions*

Health economics, vol. 13, 5, 2004, pp. 405-416

AR WILLAN, AH BRIGGS AND JS HOCH

*Regression methods for covariate adjustment and subgroup analysis for non-censored cost-effectiveness data*

Health economics, vol. 13, 5, 2004, pp. 461-476

BR SHACKMAN, HT GOLD, PW STONE, PJ NEUMANN

*How often do sensitivity analyses for economic parameters change cost-utility analysis conclusions?*

PharmacoEconomics, vol. 22, 5, 2004, pp. 293-300

### Analisi dei sistemi sanitari

GLENN BEAMER

*State health care reform politics and unfortunate end*

Journal of health politics, policy and law, 2, Part 1, 2004, pp. 293-304

LYNN A. BLEWETT, MARGARET BROWN GOOD, KATHLENN THIEDE CALL AND MICHAEL DAVERN

*Monitoring the uninsured: a state policy perspective*

Journal of health politics, policy and law, 1, Part 1, 2004, pp. 107-143

BRENDA C. SPILLMAN

*Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost*

The Milbank quarterly, vol. 82, 1, 2004, pp. 157-194

ADAM OLIVER

*Prioritizing health care: is health always an appropriate maximand*

Medical decision making, vol. 24, 3, 2004, pp. 272-280

MW CALNAN, E. SANFORD

*Public trust in health care: the system or the doctor?*

Quality and safety in health care, vol. 13, 2, 2004, pp. 92-96

S. MATSUDA

*Health status and its influence on health policy in Japan*

Journal d'économie médicale, vol. 22, 1-2, 2004, pp. 5-14

R. GROSS

*A consumer-based tool for evaluating the quality of health services in the Israeli*

Health policy, vol. 68, 2, 2004, pp. 143-158

J. CURRIE AND J. FAHR

*Hospitals, managed care, and the charity caseload in California*

Journal of health economics, vol. 23, 3, 2004, pp. 421-442

RM ROSA, IC ALBERTO

*Universal health care for Colombians 10 years after Law 100: challenger and opportunities*

Health policy, vol. 68, 2, 2004, pp. 129-142

### Programmazione e organizzazione del lavoro

JOHN D. PIETTE, TODD H. WAGNER, MICHAEL B. POTTER AND DEAN SCHILLINGER

*Health insurance status, cost-related medication under use, and outcomes among diabetes patients in three systems of care*

Medical care, vol. 42, 2, 2004, pp. 102-109

M. ROBIN DI MATTEO

*Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research*

Medical care, vol. 42, 3, 2004, pp. 200-209

JOHN HSU, MARY REED, RICHARD BRAND, BRUCE FIREMAN, JOSEPH NEWHOUSE AND JOSEPH V. SELBY

*Cost sharing: patient knowledge and effects on seeking emergency department care*

Medical care, vol. 42, 3, 2004, pp. 290-296

FUMIE YOKOTA, KIMBERLY M. THOMPSON

*Value of information literature analysis: a review of applications in health risk management*

Medical decision making, vol. 24, 3, 2004, pp. 287-298

J. FIRTH-COZENS

*Organisational trust: the keystone to patient safety*

Quality and safety in health care, vol. 13, 1, 2004, pp. 56-61

K. CHECKLAND, M. MARSHALL, S. HARRISON

*Rethinking accountability: trust versus confidence in medical practice*

Quality and safety in health care, vol. 13, 2, 2004, pp. 130-135

M. KATE BUNDORF, KEVIN A. SCHULMAN, JUDITH A. STAFFORD, DARRELL GASKIN, JAMES G. JOLLIS AND JOSÉ J. ESCARCE

*Impact of managed care on the treatment, costs, and outcomes of fee-for-service medicare patients with AMI*

HSR, vol. 39, 1, 2004, pp. 131-152

JOHN F. SCHNELLE, SANDRA F. SIMMONS, CHARLENE HARRINGTON, MARY CADOGAN, EMILY GARCIA AND BARBARA M. BATES-JENSEN

*Relationship of nursing home staffing to quality care*

HSR, vol. 39, 2, 2004, pp. 225-250

S. MATSUDA

*Re-organization of the Japanese hospital system*

Journal d'économie médicale, vol. 22, 1-2, 2004, pp. 69-78

ANGELA TESTI, ELENA TANFANI

*Liste di attesa: problemi aperti*

Politiche sanitarie, vol. 5, 1, gen-mar 2004, pp. 16-26

### Controllo di gestione e sistemi informativi

I. SCOTT, D. YOULDEN, M. COORY

*Are diagnosis specific outcome indicators based on administrative data useful in assessing quality of hospital care?*

Quality and safety in health care, vol. 13 1, 2004, pp. 32-39

JC LUTHI, B. BURNAND, WM MCCLELLAN, SR PITTS, WD FLANDERS

*Is the admission to hospital an indicator of poor process of care for patients with heart failure?*

Quality and safety in health care, vol. 13, 1, 2004, pp. 46-51

ROBERT H. MILLER AND IDA SIM

*Physicians' use of electronic medical records: barrier and solutions*

Health Services Research & Policy, vol. 8, 3, jul 2003, pp. 165-170

THOMAS K. ROSS

*Analyzing health care operations using ABC*

Journal of Health Care Finance, vol. 30, 3, 2004, pp. 1-20

STEPHEN E. WEYL

*Uncharitable and out of control*

Journal of Health Care Finance, vol. 30, 3, 2004, pp. 59-74

A. LEARMONTH, M. PEDLER

*Auto action learning: a tool for policy change. Building capacity across developing regional system to improve health in the north east of England*

Health policy, vol. 68, 2, 2004, pp. 169-182

SALLY HOPEWELL, MIKE CLARKE

*How important is the size of a reprint order*

International Journal of Technology assessment in health care, vol. 19, 4, 2003, pp. 711-714

STEFFIE WOOLHANDLER, TERRY CAMPBELL AND DAVID U. HIMMELSTEIN

*Health care administration in the United States and Canada: micromanagement, macro costs*

International journal of health services, vol. 34, 1, 2004, pp. 65-78

FEDERICO SPANDONARO, FRANCESCO SAVERIO MENNINI, VINCENZO ATELLA

*Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano*

Politiche sanitarie, vol. 5, 1, gen-mar 2004, pp. 27-32

### Innovazione tecnologica

REBECCA DRESSER

*Genetic modification of preimplantation embryos: toward adequate research policies*

The Milbank quarterly, vol. 82, 1, 2004, pp. 195-214

DENA M. BRAVATA, KATHRYN M. MC DONALD, HARBERT SZETO, WENDY M. SMITH, CHARA RYDZAK, DOUGLAS K. OWENS

*A conceptual framework for evaluating information technologies*

Medical decision making, vol. 24, 2, 2004, pp. 192-206

ERIC G. CAMPBELL, JOSHUA B. POWERS, DAVID BLUMENTHAL AND BRIAN BILES

*Inside the triple helix: technology transfer and commercialization in the life sciences*

Health affairs, vol. 23, 1, 2004, pp. 64-76

ROBERT M. CALIFF

*Defining the balance of risk and benefit in the era of genomics and proteomics*

Health affairs, vol. 23, 1, 2004, pp. 77-87

### Altro

JOHN LYNCH, GEORGE DAVEY SMITH, SAM HARPER, MARIANNE HILLEMEIER, NACY ROSS, GEORGE A. KAPLAN AND MICHAEL WOLFSON

*Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review*

The Milbank quarterly, vol. 82, 1, 2004, pp. 5-100

### Salute globale

JOHN E. EHRI, EBERE C. ANYANWU AND HENROY SCARLETT

*Mass use of insecticide-treated bed nets in malaria endemic poor countries: public health concerns and remedies*

Journal of public health, vol. 25, 1, 2004, pp. 9-22

JULIE CLIFF, GILL WALT AND ISABEL NHATAVE

*What's in a name? Policy transfer in Mozambique: DOTS for tuberculosis and syndromic management for STI*

Journal of public health, vol. 25, 1, 2004, pp. 38-55

JERRY M. SPIEGEL AND ANNALEE YASSI

*Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox*

Journal of public health, vol. 25, 1, 2004, pp. 85-100

VICENTE NAVARRO

*The world health situation*

International journal of health services, vol. 34, 1, 2004, pp. 1-10

PHILIP MUSGROVE

*The perils of adding up: a cautionary tale about modelling and regression analysis*

International journal of health services, vol. 34, 1, 2004, pp. 11-14

DEBABAR BANERJI

*Reinventing mass communications: a world health organization tool for behavioural change to control disease*

International journal of health services, vol. 34, 1, 2004, pp. 15-24

**Costo dell'abbonamento per l'anno 2004: € 226,00**

# 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, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (SANPAOLO IMI, Ag. n. 59 Roma, cod. BBAN: A 01025 03282, c/c 100000000178).

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2004 è fissato in:

**€ 226,00 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 2004 per l'estero è fissato come segue: € 226,00 per l'Europa unita; € 326,00 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) € 205,00**
- Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) € 205,00**
- Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) € 205,00**
- Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) € 205,00**
- Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) € 205,00**
- Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) € 205,00**
- Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) € 205,00**
- Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 205,00**
- Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716) € 205,00**
- Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 205,00**
- Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 226,00 \***
- Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) € 226,00 \***

**Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 2.126,70, anziché € 2.502,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.**

\* Disponibile anche in CD-rom.