

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XIV – N. 56 OTTOBRE-DICEMBRE 2005

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** La responsabilità sociale in sanità
Elio Borgonovi

SAGGI

- 11** Collaborazione pubblico-privato: un futuro di sistemi misti nella «sanità»
Roberto Artoni, Elio Borgonovi, Gustavo Galmozzi, Antonio Pedone

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 49** La sostenibilità dei sistemi sanitari: incognite e prospettive dallo studio Healthcast
Franco Ancona, Daniele Alesani
- 65** Il reporting consolidato di Area Vasta nell'esperienza della Regione Toscana
Lino Cinquini, Lorenzo Pescini
- 85** Shift del consumo da farmaci etici a farmaci senza obbligo di prescrizione: potenzialità ed effetti
Claudio Jommi, Beniamino Biasutti
- 103** La Breast Unit nell'Aou «Ospedali Riuniti» di Ancona: un esempio di gestione dei processi
Paolo Menichetti, Mauro Marabini, Vania Carignani
- 125** Valutazione preventiva delle iniziative di project financing in sanità e salvaguardia degli interessi collettivi
Antonio Barretta
- 141** Analisi preliminare all'ottimizzazione dell'attività di day surgery
Gianluigi Trianni, Elena Vecchi

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 155** Novità bibliografiche
- 159** Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO
Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario d'economia delle amministrazioni pubbliche - Università Bocconi di Milano - Direttore Scuola di Direzione Aziendale

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
Ordinario di diritto amministrativo - Università di Bologna

FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

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

CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

Elio Borgonovi

COORDINAMENTO EDITORIALE

Mario Del Vecchio

COORDINATORI DI SEZIONE

Gianmaria Battaglia

Luca Brusati

Chiara Peverelli

Carlo Ramponi

Rosanna Tarricone

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

REDATTORI

Giorgio Casati

Giovanni Fattore

Gioio Fiorentini

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Marco Meneguzzo

Franco Sassi

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

CORRISPONDENTI ESTERI

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales

DIREZIONE

00197 Roma – Viale Parioli, 77
Tel. 06.80.73.368 – 06.80.73.386
Fax 06 80 85 817
E-mail: sipised@tin.it

REDAZIONE

20135 Milano - Viale Isonzo, 23
Tel. 02.58.362.600
Fax 02.58.362.598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982
Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
Fotocomposta da SIPIS srl
Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700
Spedita in abbonamento postale, c. 1, art. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)
Prezzo di una copia € 68,00

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopie la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (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 di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. 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.

La responsabilità sociale in sanità

ELIO BORGONOVÌ

Qualche anno fa parlare di «responsabilità sociale delle imprese» provocava immediate e forti reazioni negative, al massimo veniva considerato come espressione di «idealismo di valori o buonismo di origine religiosa staccato dalla realtà dei fatti», oppure cadeva nella più completa indifferenza. A dire il vero dalla fine degli anni sessanta e, con forza decrescente, fino alla fine del decennio successivo, era arrivato anche in Europa il tema dell'etica degli affari e del bilancio sociale che da qualche anno si era sviluppato nel mondo accademico USA. In seguito, l'interesse e la rilevanza erano diminuiti fino ad eclissarsi quasi completamente, quando ricominciò a spirare il forte vento della teoria del management «razionale» (anni ottanta), dell'innovazione tecnologica (da metà anni ottanta e ancor oggi così centrale nel dibattito sulla competitività), della globalizzazione (a partire dagli anni novanta).

Parallelamente, con riguardo al settore pubblico (e in esso sicuramente i sistemi di tutela della salute) erano fortemente ostacolate, trovavano rigide resistenze, erano considerate «con sufficienza e distacco» o erano quasi del tutto ignorate le teorie e la richiesta di politiche di liberalizzazione, privatizzazione, esternalizzazione di funzioni, servizi, attività pubbliche, di pubblica utilità, di pubblico interesse.

Negli ultimi quindici anni in Italia, e ancor prima in altri Paesi, la situazione è cambiata radicalmente, in quanto nel mondo delle imprese, dell'economia e degli affari si sono diffuse teorie, dibattiti scientifici e sui media politiche e interventi finalizzati a legittimare, diffondere e consolidare la «responsabilità sociale dell'impresa» e il collegato aspetto dell'«etica nello svolgimento delle attività economiche». Nello stesso periodo le politiche di liberalizzazione, privatizzazioni, esternalizzazione riguardanti le attività del settore pubblico si sono estese in tutti i Paesi con modalità, tempi ed effetti assai diversi. Tale fenomeno ha riguardato in modo rivoluzionario e strutturale i Paesi che dai precedenti sistemi di «economia pianificata e statalista» sono passati o hanno avviato la transizione verso l'economia di mercato. Per essere precisi, si può mettere in evidenza che il cambiamento di politiche, ma anche di cultura, nel settore pubblico è iniziato e si è diffuso prima del cambiamento degli atteggiamenti e delle politiche delle imprese nei confronti della responsabilità sociale. Si fa riferimento, ovviamente, all'accettazione delle teorie e al diffondersi del dibattito pubblico, poiché molte imprese hanno, si può dire da sempre, dalla loro costituzione, applicato un approccio che oggi viene definito e identificato come «socialmente responsabile» senza sbandierarlo nei convegni, nei dibattiti, nelle interviste, sulle pagine patinate di giornali e riviste sul management. Su questo fronte, occorre ricordare che, forse, l'Italia non è stata seconda a nessuno con le migliaia di piccole e medie imprese che da sempre sono state fortemente legate al territorio e alle comunità locali, assumendo comportamenti di responsabilità sociale.

Queste tendenze contestuali delle imprese verso la responsabilità sociale e delle istituzioni pubbliche verso logiche e comportamenti più attenti all'efficacia, all'efficienza, all'economicità, alla funzionalità, caratteristiche tipiche del privato, rappresentano una convergenza verso un concetto comune: ogni istituzione, ogni azienda, ogni forma organizzativa della società ha, e deve avere, funzioni e fini specifici, ma non può più agire come un «corpo autonomo» che non si dà carico in qualche modo del buon funzionamento dell'intera società, del sistema complessivo, come si usa dire. Si può, quindi, identificare il primo e fondamen-

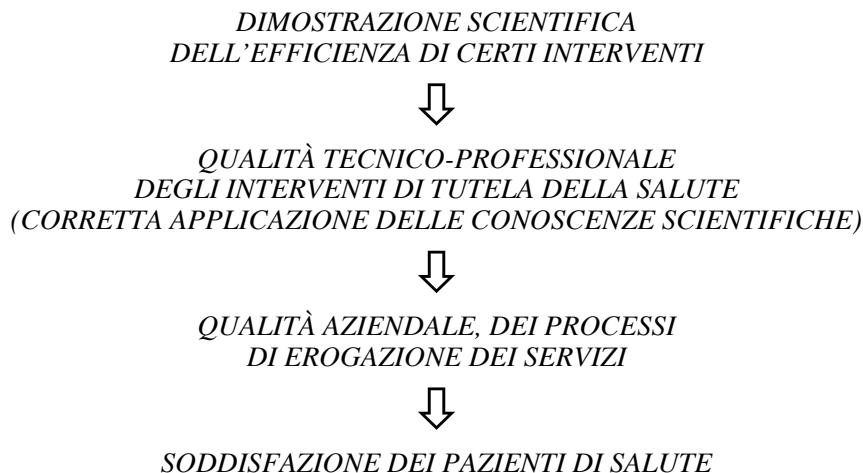
tale elemento che costituisce la responsabilità sociale che si realizza quando ogni istituzione, pubblica o privata che sia, in primis svolge nel migliore dei modi la propria funzione. L'impresa ha la funzione di produrre e distribuire ricchezza, le amministrazioni pubbliche quella di soddisfare i bisogni pubblici e comuni, di realizzare le infrastrutture materiali ed immateriali (quali l'istruzione) ed erogare i servizi che contribuiscono ad aumentare la produttività e la competitività delle imprese. Per il sistema di tutela della salute, per i soggetti pubblici e privati che erogano servizi e prestazioni e che contribuiscono al finanziamento della spesa, ciò vuol dire garantire i più elevati livelli quali-quantitativi di tutela della salute intesa come recupero della stessa (diagnosi, cura e riabilitazione), mantenimento (prevenzione), miglioramento (ricerca nel settore, promozione di stili di vita che contribuiscono positivamente al benessere fisico e psichico, prevenzione idonea ad evitare l'insorgere di malattie). Tuttavia, il passaggio da una semplice visione «funzionale», svolgere bene la propria funzione, ad una di responsabilità sociale dipende dall'accettazione di due presupposti logici:

- a) *la somma degli «ottimi parziali» e della «massimizzazione dei risultati» (in senso esteso e non solo economico) delle singole unità del sistema non coincide con l'ottimalità o la massimizzazione dei risultati generali;*
- b) *non esiste una razionalità assoluta circa i modi di operare, ad esempio di applicare le conoscenze nel campo della tutela della salute, la definizione dei confini della propria attività (i problemi di salute di cui ci si intende occupare oltre, ovviamente, a quelli obbligatori per legge), le strategie di azione, ossia le priorità attribuite ai diversi problemi di salute e, quindi, ai diversi gruppi sociali, le tecnologie e le metodiche assistenziali ritenute più efficaci, l'allocazione delle risorse umane, finanziarie, logistiche, tecniche ai diversi settori di intervento: esiste uno spazio di discrezionalità che può essere esercitato dimostrando un diverso grado di interesse e di attenzione agli effetti che si producono all'esterno delle aziende, ad esempio sui parenti o amici chiamati a garantire l'assistenza a lungodegenti non assistiti da ospedali o altre strutture sanitarie.*

Un primo livello, o stadio, di responsabilità sociale consiste allora nel perseguire politiche di costante aggiornamento rispetto alle conoscenze (formazione del personale) e delle tecnologie. Politiche e scelte che impediscono questo aggiornamento e determinano l'obsolescenza delle professionalità di medici, infermieri, altri professionisti, delle attrezzature e apparecchiature, degli edifici e degli ambiti in cui si svolge l'attività, sono contrarie alla responsabilità sociale.

Un secondo livello concerne il corretto, efficiente uso delle risorse. Infatti, date le enormi (rispetto al passato) e crescenti (previsioni per il futuro) possibilità di efficaci interventi di tutela della salute, il limite principale deriva dalla scarsità delle risorse disponibili o comunque attribuibili a questo settore in relazione al rispetto delle «compatibilità generali» dell'economia, ossia dell'equilibrio tra ricchezza prodotta e consumata. Infatti, le risorse destinate alla tutela della salute non possono essere utilizzate per soddisfare altri bisogni (ad esempio di istruzione, di mobilità, per abitazioni, ecc.). Di conseguenza, se è vero che la salute è «un bisogno essenziale e primario della persona», è altrettanto vero che anche aumentando di molto la spesa ad essa destinata si avrebbe un effetto progressivamente più ridotto sullo stato di salute (legge dell'utilità marginale decrescente) e, ad un certo punto, addirittura nullo, considerato che la morte è un evento ineliminabile. Non sarebbe economicamente sostenibile, socialmente opportuno e neppure eticamente accettabile destinare il 25% della ricchezza di un Paese, stima di qualche studioso, per rispondere a tutti i problemi di salute oggi scientificamente e tecnicamente risolvibili, riducendo la possibilità di rispondere ad altri bisogni primari (casa, alimentazione, ecc.) o rilevanti per la persona. Dunque la ricerca dell'efficienza economica, che consiste nell'ottenere il massimo dei risultati con il minimo impiego di risorse, non è in contraddizione con i valori di rispetto della persona e di riconoscimento della sua dignità. Al contrario, è un modo per dare contenuto reale al principio di responsabilità sociale perché, se si riesce a rispondere a determinati bisogni di salute con una minore quantità di risorse, si «liberano» risorse da destinare ad altri bisogni, ad altri pazienti.

Un terzo livello cui si esprime la responsabilità sociale è quello della ricerca della qualità per i pazienti, per i destinatari delle politiche sanitarie e della erogazione di prestazioni e servizi. Oggi il sistema sembra fondato su una logica che privilegia la sequenza:



Una sequenza che spesso si ferma e si focalizza sulla qualità tecnico-professionale o arriva a quella aziendale, ossia della ricerca delle migliori modalità di erogazione dei servizi. Non di rado, inoltre, si assiste al dibattito, confronto o scontro tra chi ricerca l'ottima qualità tecnico-professionale senza porre attenzione alla qualità dell'erogazione (sono tali le situazioni di assistenza di elevato livello ma con la mancanza di adeguate informazioni ai pazienti e ai parenti, l'assistenza realizzata in ambiti e in condizioni poco confortevoli, quali mancanza di sale di attesa per chi accompagna o assiste il paziente, ecc.) e chi invece pone l'accento sulla qualità dell'erogazione, applicando in alcuni casi criteri e sistemi di valutazione che penalizzano la qualità tecnico-professionale. In questo quadro si collocano molti dei contrasti, quando non degli aperti conflitti tra «professionisti» e «manager» della sanità. Comunque, in entrambi i casi, si è di fronte ad una cultura autoreferenziale dalla quale si può, e si deve, uscire se si vuole recuperare un migliore rapporto con i pazienti ed una più elevata credibilità e legittimità sociale, adottando politiche e gestendo le aziende sanitarie con una logica inversa privilegiando la sequenza:



L'attenzione alla qualità che parte dai bisogni reali e dalle attese dei pazienti, cui si dà una risposta «complessiva», globale, olistica (che cioè tiene conto della unitarietà della persona che è fatta di condizioni fisiche, psichiche, relazionali e spirituali) qualifica la responsabilità sociale. Essa, come appare evidente dalla sequenza logica sopra ricordata, richiede che siano erogate prestazioni la cui efficacia è fondata sulle conoscenze (in tal modo va inteso il concetto di efficacia scientifica dimostrata) evitando di generare speranze non fondate (i viaggi della speranza) ma, al tempo stesso, evitando l'impersonalità, e volte la crudezza, dell'informazione puramente scientifica sulla gravità delle malattie, sulla diagnosi e la prognosi quando questa è, purtroppo, infausta.

L'umanizzazione dell'assistenza, la ricerca di una organizzazione che consenta di realizzarla effettivamente, ad esempio definendo tempi e standard/obiettivi di produttività che tengano conto della componente «relazionale», sono espressione di responsabilità sociale in quanto tengono conto degli effetti prodotti su altri soggetti del modo di apparire delle aziende sanitarie. Ad esempio, si evitano disperazione e suicidi (che oltre a costituire drammi personali possono determinare costi per la società, come nel caso di suicidio con il gas che distrugge abitazioni, o con forme che bloccano il traffico ferroviario, di metropolitana, ecc.), oppure al contrario si dà la forza (e il sostegno) a persone per mantenere una «normale» attività (con beneficio della società sul piano economico, in generale della qualità) evitando di alimentare circuiti di «ricerca di soluzioni impossibili» che rappresentano uno spreco per la comunità.

Un quarto livello di responsabilità sociale riguarda il modo in cui viene gestito il rapporto tra domanda e offerta. Secondo i principi di razionalità, le strutture di offerta sono funzionali a dare risposte alla domanda e ai bisogni. Peraltro è noto che l'esistenza di strutture di offerta genera un «indotto» economico e sociale (occupazione, percezione di sicurezza che a volte è ben fondata, altre no, ecc.) per cui molte volte si hanno rigidità e resistenze nel modificare l'organizzazione dell'offerta in funzione della modificazione dei bisogni, della domanda e anche delle metodiche assistenziali. Chiudere ospedali che per le loro caratteristiche (dimensione, localizzazione vicina ad altri ospedali, numero di ricoveri) non sono più funzionali ad una assistenza di qualità, chiudere reparti e divisioni che sono duplicazione di altri e generano solo una «competizione» negativa (i pazienti si distribuiscono senza consentire a nessuna divisione o unità assistenziale di raggiungere una numerosità di casi che sia anche garanzia di qualità) ed altri interventi di razionalizzazione delle strutture di offerta, non solo rispondono a criteri economici e di razionalità, ma esprimono un orientamento alla responsabilità sociale. Rientra in quella che si definisce cultura di responsabilità sociale di chi adotta politiche e gestisce strutture di offerta evitare la creazione di domanda di prestazioni inutili e superflue, chiudere e riconvertire strutture per acuti che non sono più giustificate dalle moderne metodiche assistenziali, realizzare strutture per l'assistenza a lungodegenti o a malati terminali (per effettuare terapie del dolore) ed adottare provvedimenti che rispondono a logiche di funzionalità anche se fanno perdere consenso politico.

Un quinto livello di responsabilità sociale riguarda le politiche di finanziamento del sistema. Infatti, oltre al dibattito tecnico-economico sulle caratteristiche e sulla diversa efficacia dei sistemi di finanziamento, sistema nazionale di tutela della salute basato sulla fiscalità generale, sistemi mutualistici volontari, obbligatori e generalizzati, sistema di assicurazioni private con interventi «integrativi» del finanziamento pubblico per particolari gruppi deboli o svantaggiati (chi è sotto la linea di povertà, anziani, ecc.), oggi esiste un problema comune e uniforme, quello della difficoltà di sostenere la crescente spesa di tutela della salute. Si fa riferimento a sistemi pubblici che presentano spesso disavanzi a consuntivo o cercano di limitarli imponendo vincoli di spesa, a sistemi mutualistici sempre più in difficoltà nel mantenere l'equilibrio tra contributi e livelli di spesa e quindi spesso costretti a ridurre il grado di copertura dei bisogni, a sistemi assicurativi che sono costretti ad aumentare i premi limitando l'accessibilità a individui e famiglie con redditi medio-bassi e determinando un

aumento dei costi delle imprese (quando l'assicurazione dei dipendenti è a loro carico). In questa situazione, la responsabilità consiste in:

- a) nella capacità di abbandonare «modelli ideologici» di finanziamento (esempio completa gratuità delle prestazioni nei sistemi pubblici) e ricercare forme «miste» di finanziamento pubblico (tramite fiscalità) e privato sia per la copertura della spesa corrente sia, soprattutto, per la copertura della spesa di investimento;*
- b) nell'applicare forme di «compartecipazione» (ticket ed altre) ai pazienti che, da un lato, siano tali da stimolare forme di autocontrollo e auto selezione della domanda (riduzione della richiesta di prestazioni inutili o a bassa utilità come sono alcuni accertamenti ripetuti) e, dall'altro, non siano tali da escludere l'accesso alle cure di persone che ne hanno realmente bisogno: forme di compartecipazione che, ad esempio, evitano situazioni come quelle evidenziate da una recente indagine negli USA secondo cui circa un terzo degli intervistati (circa 6.000) ha dichiarato di «aver dovuto rinunciare a cure prescritte dal medico per difficoltà economiche»;*
- c) nell'applicare forme di finanziamento delle strutture pubbliche o private accreditate secondo modelli del tipo Drg (diagnosys related group) o simili, non con l'obiettivo primario, e a volte unico (addirittura espresso per legge), di raggiungere l'equilibrio di bilancio, ma con l'obiettivo di stimolare una più forte e precisa responsabilizzazione degli operatori anche sulle implicazioni economiche delle loro scelte e del loro operato, condizione questa per rendere più agevole il perseguimento dell'equilibrio economico (di bilancio) delle aziende: in particolare, si sottolinea che l'introduzione di sistemi tipo Drg, le modalità di loro applicazione e i sistemi di valutazione dei risultati dei professionisti e delle unità organizzative devono essere accompagnate da interventi (di informazione e formazione) tali da evitare che il rispetto degli obiettivi economici (di rispetto del livello di finanziamento) causi una riduzione della qualità dell'assistenza e diminuisca l'attenzione (e la tensione) sui livelli di efficacia;*
- d) nell'adottare sistemi di finanziamento in grado di evitare distorsioni nella definizione delle priorità: ad esempio evitare sistemi di finanziamento che privilegiano interventi di diagnosi e cura (ad alta visibilità) penalizzando interventi di prevenzione che sarebbero più efficaci per la tutela della salute, evitare di privilegiare il rafforzamento delle strutture e delle prestazioni «di eccellenza» per un numero limitato di utenti penalizzando invece il miglioramento più generale e più diffuso del sistema e la creazione di «reti integrate e ordinate di strutture» nelle quali le conoscenze e i modelli assistenziali «di eccellenza» generati in alcune strutture possano diffondersi in altre.*

Si può sostenere che la logica della responsabilità sociale richiede di applicare sistemi di finanziamento basati non esclusivamente sul principio della competizione (per favorire più elevati livelli di efficienza), ma basati su un bilanciamento dei principi di competizione e di collaborazione che rendono possibile perseguire un sempre migliore equilibrio tra efficacia-qualità ed efficienza e il progresso dell'intero sistema e non di singole strutture di offerta (private o pubbliche) a svantaggio di altre.

Un sesto livello cui si esercita la responsabilità sociale riguarda la capacità di coinvolgere e di far partecipare sostanzialmente vari soggetti nella definizione delle politiche di tutela della salute e nelle scelte fondamentali della gestione. La tutela della salute è problema e obiettivo talmente complesso da richiedere il concorso di molteplici dimensioni di razionalità e differenti sensibilità e percezioni. Accettare e comportarsi effettivamente secondo la logica della responsabilità sociale significa evitare modelli e processi di definizione delle politiche della salute e di definizione delle scelte strategiche delle aziende responsabili della offerta di tipo unidimensionale e unilaterale (preminenza della razionalità scientifica, o clinico-professionale di chi applica le conoscenze ai casi concreti, o economica, o della ricerca del consenso) e capacità di coinvolgere i professionisti, i responsabili della funzionalità organizzativa, i

pazienti, le associazioni dei pazienti, le società scientifiche, i rappresentanti delle comunità di riferimento (ad esempio i Comuni sulla definizione dei Piani o delle strategie delle aziende di tutela della salute). Ciò nel concreto si realizza tramite una corretta e trasparente informazione esterna prima di assumere decisioni rilevanti per la società (e non per singoli gruppi di pazienti. La trasparenza va perseguita anche nei casi di cosiddetta «malasanità» in quanto essa è indice di rispetto delle persone). Altro intervento in questo campo riguarda il rafforzamento dell'informazione interna che genera identità, senso di appartenenza, accettazione delle responsabilità.

Un settimo livello di responsabilità sociale riguarda il modo di interpretare e applicare le norme sulla privacy, sul consenso informato nel caso di «trattamenti a rischio», di richiesta di adesione a trial clinici o ad altre sperimentazioni, di richiesta del parere dei Comitati etici. Infatti, vi può essere un utilizzo secondo modalità formali e burocratiche, oppure addirittura con una logica «difensiva e di scarico di responsabilità», come può avvenire con la richiesta di consenso per certi interventi. Oppure, tali strumenti possono essere utilizzati in modo attivo, ad esempio per diffondere tra i pazienti la cultura dell'importanza della sperimentazione che può aiutare il progresso delle scienze e generare benefici futuri per altri pazienti, per altre persone. Usare questi strumenti con logica e obiettivi «difensivi e di tutela» contro eventuali azioni di responsabilità nei confronti di professionisti o delle strutture erogatrici dei servizi può essere «razionale». Usare questi strumenti con modalità rispettose della dignità delle persone può essere considerato come rispetto dei principi etici e di deontologia professionale. Usare questi strumenti in modo attivo al fine di informare e coinvolgere i pazienti nel processo di generazione delle conoscenze e del progresso del sistema di tutela della salute è obiettivo ancora più ampio e generale che caratterizza un approccio di responsabilità sociale.

Un ottavo livello di responsabilità sociale rientra in schemi, se si vuole, più tradizionali su questo tema e riguarda la responsabilità di tutela dell'ambiente connesso allo smaltimento di «rifiuti nocivi e pericolosi». L'attività di tutela della salute richiede sempre più trattamenti che generano rifiuti tossici e pericolosi (rifiuti non biodegradabili, sostanze inquinanti, sostanze potenziali diffusori di patologie, sostanze radioattive, ecc.) Occorre che lo smaltimento di tali rifiuti sia fatto non solo nel pieno rispetto delle norme vigenti (come ovvio anche se non sempre rispettate), ma adottando precauzioni anche maggiori rispetto al trattamento di altri rifiuti. Vincoli, anche oggettivi, di costi, non possono ridurre l'attenzione di chi vuole essere socialmente responsabile verso l'esigenza di ricercare e trovare soluzioni tali da non risolvere il problema per l'ospedale, per la struttura diagnostica «esternalizzando» però rischi ambientali sulla società.

Qualche ovvia considerazione finale. Occorre evitare di trattare il tema della responsabilità sociale nella sanità semplicemente come effetto di evoluzione rispetto alla diffusione della logica di responsabilità sociale dell'impresa. Si impone, invece, una riflessione attenta sugli aspetti peculiari e specifici che sono stati qui ricordati.

Di conseguenza, anche gli strumenti adottati (bilancio sociale, indicatori di responsabilità sociale), pur potendo e dovendo beneficiare delle elaborazioni realizzate per le imprese, non dovrebbero adottare pedissequamente i modelli e gli schemi applicati per le imprese. Ad esempio la parte sulla governance dovrebbe avere una struttura ben diversa nelle aziende di tutela della salute private rispetto a quelle pubbliche nelle quali gli aspetti di «funzioni e competenze» dello Stato, delle Regioni, delle aziende erogatrici di salute e dei rispettivi margini di autonomia sono rilevanti e specifici. Allo stesso modo la parte sui «destinatari-pazienti» dei servizi dovrebbe avere una struttura e trattare contenuti diversi rispetto alla sezione sui «clienti» delle imprese. Il paziente non è cliente di una struttura di offerta, ma è cittadino titolare di un diritto alla tutela della salute.

Infine parlare di responsabilità sociale di impresa implica che vi sia una profonda convinzione che essa non coincide né con la razionalità né con una generica e astratta tensione etico-morale. Essa, al contrario, implica incorporare razionalità e valori nelle politiche e nelle strategie aziendali, richiede che dai modelli si passi rapidamente all'azione, impone la trasparenza e la disponibilità a «rendere conto» a molti soggetti di ciò che si fa. Richiede, infine, che non si dimentichi e non si indebolisca il concetto secondo cui la tutela della salute dipende essenzialmente da una azione di sistema, ossia dal contributo di molteplici soggetti motivati sia da principi di competizione sia da principi di collaborazione.

E
D
I
T
O
R
I
A
L
E

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
- 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: 1. La programmazione nelle aziende

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. 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.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

Collaborazione pubblico-privato: un futuro di sistemi misti nella «sanità»

ROBERTO ARTONI, ELIO BORGONOVÌ, GUSTAVO GALMOZZI, ANTONIO PEDONE

The aim of this article is to contribute to the debate on the role of private sector in the Italian National Health Care System (hereafter SSN). Health care systems worldwide are characterised by (a) tension on health care expenditure, (b) increasing health care costs, due mainly to population ageing and (c) patients empowerment. A preliminary analysis on the role performed by the private sector in the Italian health care system was made. Private delivery organizations have an important and increasing role but there is a high degree of heterogeneity in the way the private sector integrates its activities with the SSN. This led to differences in the way health care services are financed and provided. Moving from this analysis the article explores the perspective strategies for integrating private delivery organizations in financing and providing health care services in the global framework of the Italian National Health Care System.

Note sugli autori

Roberto Artoni è professore ordinario di Scienza delle Finanze e direttore dell'Istituto di Economia Politica presso l'Università Bocconi di Milano. Direttore di Econpubblica, Centro di Ricerca sull'Economia del Settore Pubblico dell'Università Bocconi

Elio Borgonovì è Professore Ordinario di Economia delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche presso l'Università Bocconi. Direttore del CER GAS - Bocconi
Gustavo Galmozzi è Direttore Medico dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; Professore a contratto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano
Antonio Pedone è professore di Scienza delle Finanze, presso la facoltà di Economia dell'Università «La Sapienza» di Roma

1. I sistemi sanitari oggi

1.1. I fattori strutturali che determinano l'aumento della spesa

Tutti i modelli di sistema di tutela della salute (Servizio sanitario pubblico, mutualistico, o basato su assicurazioni private) presentano spinte strutturali all'aumento della spesa derivanti da una serie di fattori dovuti in parte al progresso scientifico, in parte al generale progresso economico e in parte ancora agli stili di vita ed ai comportamenti. L'invecchiamento della popolazione nei Paesi progrediti sta determinando un generale aumento dei consumi di prestazioni e servizi di tutela della salute. La possibilità di trattamento di patologie cronico-degenerative accresce i bisogni di lungodegenza rispetto a quelli per patologie acute, il cui trattamento presenta una durata in diminuzione. Questa diminuzione è però spesso accompagnata da costi unitari crescenti, dato l'intenso uso di diagnostica strumentale, farmaci efficaci ed innovativi ad elevato costo, trattamenti riabilitativi assistiti strumentalmente, ecc. Sta aumentando, peraltro, anche il numero delle patologie di frontiera che in passato non erano curabili, con una ulteriore pressione strutturale all'aumento della spesa. Anche se i trattamenti «intensivi» o di patologie ad «elevata severità» non rappresentano una percentuale elevata delle prestazioni, incidono spesso in modo significativo sulla spesa a causa dell'elevato costo unitario: tale fenomeno caratterizza in particolare le «strutture di eccellenza», le strutture universitarie (di ricerca e di didattica), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, o le strutture equivalenti nei vari Paesi. Un altro fattore

SOMMARIO

1. I sistemi sanitari oggi
2. Le prospettive del sistema sanitario
3. Conclusioni: scenari e possibili spazi per la collaborazione pubblico-privato

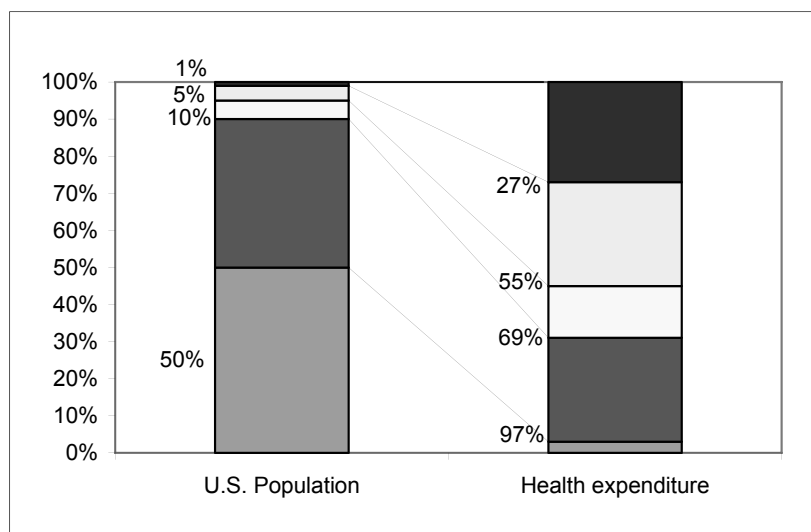


Figura 1

Distribuzione della spesa sanitaria nella popolazione USA (1997)

Fonte: A.C. Monheit (2003)

che contribuisce all'aumento della spesa è dato dal ricorso ad accertamenti diagnostici e ad altre procedure assistenziali «a scopo puramente difensivo», finalizzati a tutelare medici, altri professionisti e le strutture nelle cause di responsabilità per *malpractice*. Questo fenomeno è anche causa dell'aumento dei premi assicurativi a copertura delle responsabilità individuali e delle strutture di erogazione dei servizi sanitari e porta, in un numero crescente di casi, le società di assicu-

razione a decidere di non offrire la copertura richiesta.

Una distribuzione non uniforme

I bisogni di salute e la spesa correlata si distribuiscono in maniera differente rispetto a diversi gruppi di popolazione: l'adozione di un modello assicurativo privato indirizzato a larga parte della popolazione è vincolata proprio da tali peculiarità nella distribuzione della spesa medica fra i diversi beneficiari. Si può infatti chiaramente individuare un doppio fenomeno di concentrazione (**figura 1**).

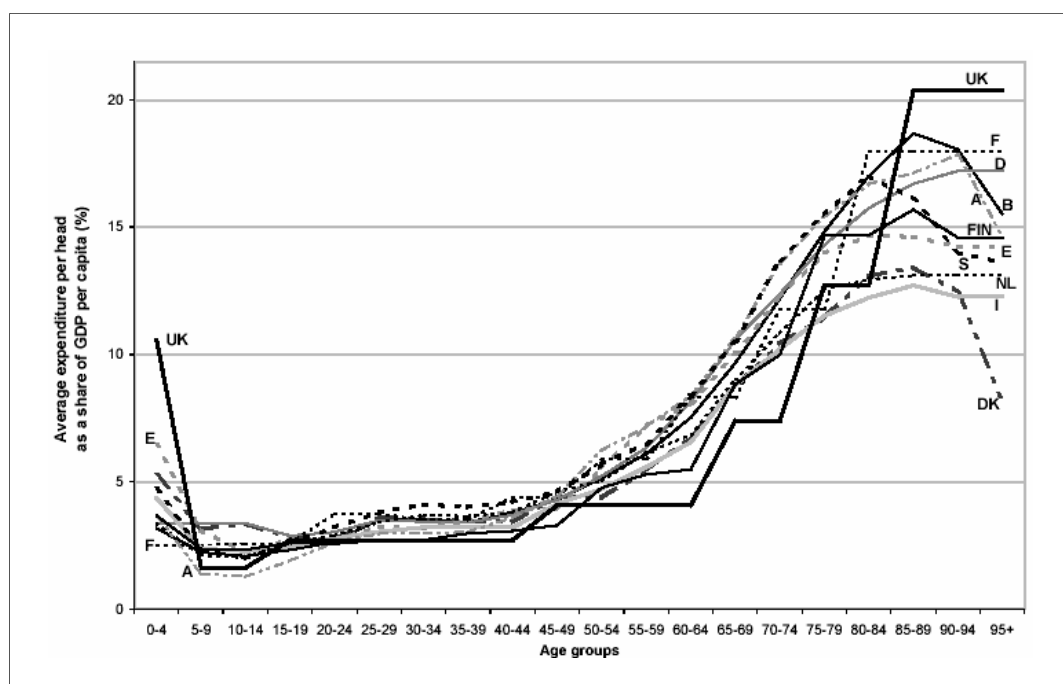
Come si evince dalla tabella, la componente più rilevante della spesa medica è indirizzata ad una percentuale molto ridotta della popolazione. I dati, che risalgono al 1997, indicano che negli Stati Uniti l'1% della popolazione assorbiva il 27% della spesa e il 5% il 55%. Alla metà «più sana» della popolazione era destinato il 3% del totale. Pur non essendo disponibili ricerche analoghe più recenti, si ha ragione di ritenere che tale concentrazione non sia diminuita o sia addirittura aumentata. Dall'altro lato, la spesa medica risulta particolarmente elevata per la popolazione anziana.

Tabelle di questo tipo non esistono a livello europeo, tuttavia, la **figura 2** mostra i dati

Figura 2

Andamento spesa pubblica pro capite in servizi sanitari per età in Europa

Fonte: Economic Policy Committee (2003)



relativi alla spesa pubblica procapite nei Paesi del vecchio continente. Qui si nota come la spesa per i sessantenni sia già di 3-4 volte superiore a quella sostenuta per i quarantenni (per l'andamento della spesa pubblica in *long term care* si veda la **figura 3**). A ciò si aggiunga che una particolare interpretazione della deontologia medica può portare, e con maggiore probabilità per gli anziani, al cosiddetto «accanimento terapeutico», ovvero al sovrautilizzo delle cure mediche rispetto ai benefici ragionevolmente conseguibili. È tuttavia evidente che, anche volendo ipotizzare l'opportunità di un minore utilizzo di cure, rimarrebbe comunque il problema di individuare (e le questioni etiche non sono indifferenti) la linea di demarcazione fra terapie necessarie e cure superflue, o finanziabili direttamente dall'utilizzatore.

I tentativi di controllo

Di fronte a queste tendenze strutturali sembrano essere sempre meno efficaci i due sistemi «classici» di governo e controllo della spesa oggi comunemente adottati: quello tramite la programmazione e regolamentazione a livello centrale, regionale o locale, e quello basato sulla competizione delle strutture di offerta. Il primo è tipico dei sistemi di servizio pubblico con le sue diverse varianti,

mentre il secondo è caratteristico dei sistemi assicurativi (USA), ma vale anche nel modello della separazione tra funzione d'acquisto dei servizi e funzione di produzione dei servizi applicato da alcuni Paesi europei come il Regno Unito, o da alcune Regioni italiane come la Lombardia. Quest'ultimo sistema sembra abbastanza adeguato a ridurre, almeno nel breve-medio periodo, i costi unitari e a migliorare la qualità dell'assistenza nei suoi elementi «core» e «peripheral», ma si rivela poco adeguato a contenere la spesa totale nel medio-lungo periodo. Si sottolinea, nello specifico, come negli ultimi anni sia stato accentuato in particolare l'obiettivo di contenimento del tasso di crescita della spesa, che ha provocato in molti casi la riduzione della qualità dei servizi. Tutto ciò ha originato diverse critiche da parte dei pazienti, medici ed altri operatori della salute, contro quello che è considerato un eccessivo potere dei manager e una inaccettabile preminenza dei criteri economici.

1.2. Il funzionamento dei sistemi basati su assicurazione privata

Gli Stati Uniti

Gli Stati Uniti sono il Paese in cui si è maggiormente sviluppato un sistema sani-

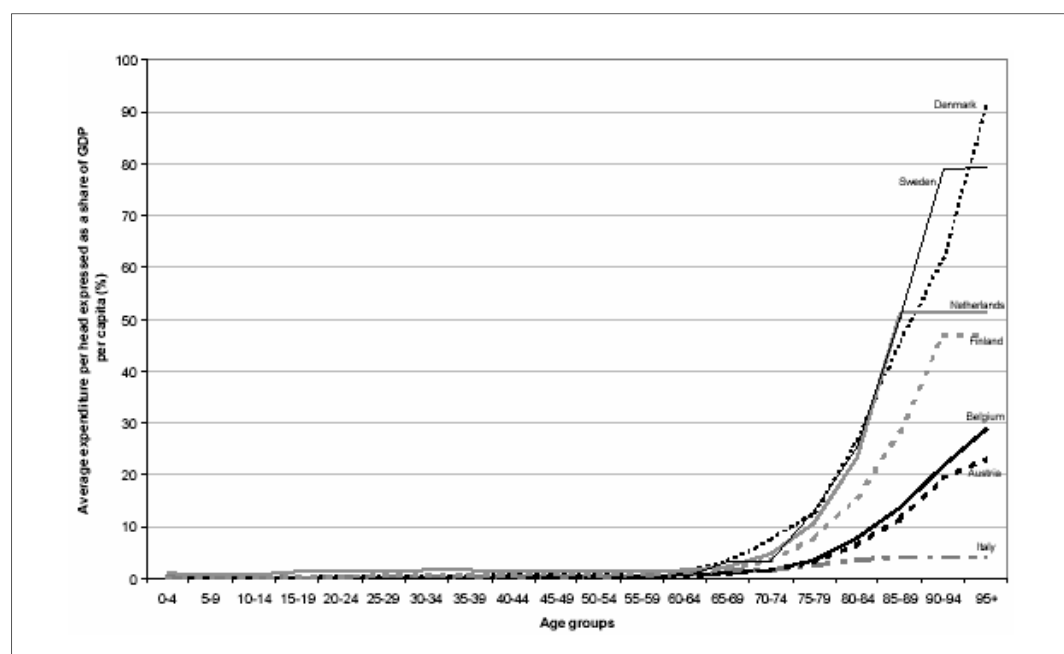
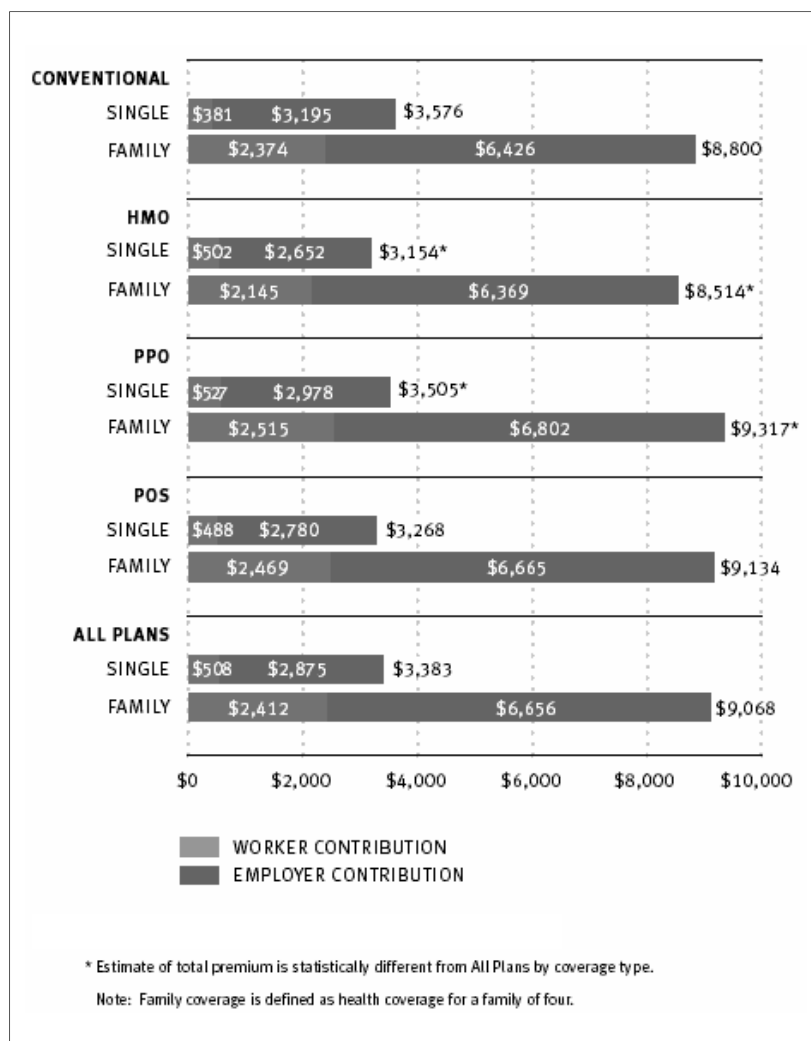


Figura 3
Andamento spesa pubblica pro capite in *long term care* per età in Europa
Fonte: Economic Policy Committee (2003)



tario fondato su assicurazioni legate al rapporto di lavoro, e quello in cui i meccanismi di controllo della dinamica della spesa sono formalmente più sofisticati. Dalla fine degli anni '70 si sono infatti manifestati fenomeni di azzardo morale e di induzione della domanda di prestazioni sanitarie, che hanno di fatto costretto imprese e compagnie di assicurazione a limitare l'estensione della copertura. Nel biennio 2002-2003 sono stati così attivati una serie di strumenti per contenere la spesa. In particolare, è stata progressivamente estesa la quota del premio a carico degli assicurati fino a superare il 25% del totale. Nel 2003 il premio per la generalità dei piani per una famiglia di 4 persone di un lavoratore dipendente era pari a \$ 9.000, 2.400 dei quali erano direttamente a carico dell'assicurato (figura 4, box 1). Alle stesse finalità di controllo dell'azzardo morale risponde la progressiva estensione delle franchigie. Sempre nel 2003 i piani convenzionali (*fee for service*) prevedevano franchigie di \$ 785 per le famiglie, il doppio di quanto applicato nel 1998 (si veda anche figura 5).

Lo sviluppo della *cost consciousness* della classe medica e, quindi, la limitazione delle cure mediche non necessarie, è alla base delle numerose esperienze di *managed care* che hanno caratterizzato l'esperienza americana dell'ultimo ventennio. Nel 1988 prevalevano i piani convenzionali (il 79% del totale) contro il 16% di Health Maintenance

Figura 4

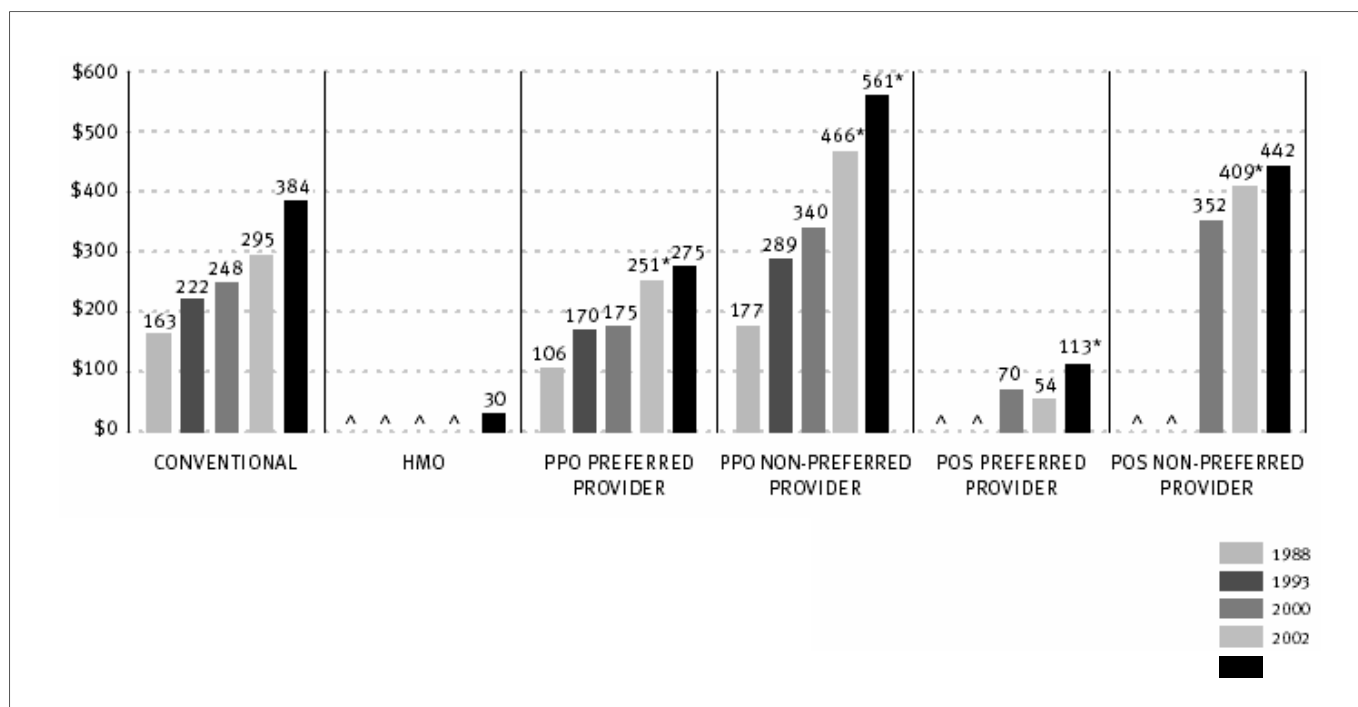
Costi dei premi annuali medi per i lavoratori assicurati, copertura individuale e familiare (2003)

Fonte: Kaiser/HRET (2003)

- *Conventional fee-for-service (FFS) plan*: sistema di pagamento in base al quale il costo dei medici, degli ospedali e degli altri fornitori sono rimborsati per uno specifico ammontare o per una percentuale per ogni servizio ottenuto.
- *Health maintenance organization (HMO)*: sistema di fornitura che offre una copertura sanitaria completa sulla base di una tariffa fissa e pre-pagata. Le HMO contrattano direttamente i servizi offerti con diversi fornitori delle cure sanitarie e i membri delle HMO scelgono fra i fornitori individuati per tutti i servizi sanitari.
- *Preferred provider organization (PPO)*: piano sanitario con pagamento a prestazione che contratta con i fornitori delle cure mediche la fornitura dei servizi a prezzi scontati per i membri.
- *Point-of-service (POS) plan*: prodotto o opzione che combina le caratteristiche delle HMO con sistemi di copertura caratterizzato da una rete di fornitori rete. Un piano POS offre ai membri l'opzione di scegliere di ricevere un servizio fra fornitori che partecipanti o meno al *network* di fornitura. Generalmente, il livello di copertura decresce (o il *cost sharing* aumenta) quando i servizi sono ricevuti da fornitori che non partecipano alla rete.

Box 1

Servizi a pagamento



* La stima è statisticamente diversa per i piani HMO precedenti al 2003, o per i piani POS del 1988 e 1993.

^ Information was not obtained for HMO plans prior to 2003, or for POS plans in 1988 and 1993.

Nota: le franchigie medie comprendono i lavoratori assicurati che non hanno una franchigia o denunciano una franchigia di \$0. Per esempio, il 32% dei lavoratori assicurati appartenenti a piani PPO non ha franchigia per i fornitori preferenziali. Tra i Lavoratori individuali iscritti a un PPO che hanno una franchigia, la franchigia annuale media per fornitore preferenziale è di \$384.

Organizations (all'interno delle quali il momento assicurativo e quello terapeutico sono totalmente integrati) e l'11% di altri piani, caratterizzati invece da una limitata possibilità di scelta dell'unità curante da parte del paziente (*Preferred Provider Organizations* e *Point of Service*). Da allora, l'incidenza dei piani convenzionali è drasticamente diminuita (nel 2003 solo il 5% dei piani era *fee for service*); le *Health Maintenance Organizations* dopo un periodo di espansione fino ai primi anni '90 (quando erano pari al 30% del totale) sono poi scese al 25%; si sono invece espansi i piani a moderata flessibilità, quali i *Preferred Provider Organizations*, che oggi coprono più della metà del totale degli associati (figura 6). I risultati ottenuti non sono stati particolarmente soddisfacenti.

Si segnala, inoltre, che i tassi di crescita dei premi assicurativi sono stati sistematicamente superiori (e per valori molto consistenti) al tasso d'inflazione e d'incremento dei salari (figura 7). Solo nel triennio 1995-97, e a seguito di interventi straordinari, i premi so-

no cresciuti a tassi moderati e vicini al ritmo d'incremento dei prezzi. Nell'ultimo triennio il tasso d'incremento dei premi assicurativi privati è stato invece pari al 12%, rispetto a un'inflazione inferiore al 4%.

L'evoluzione dei premi assicurativi privati è ancora più problematica se paragonata all'incremento del costo medio per assicurato nel Medicare, l'assicurazione per l'assistenza agli anziani finanziata con un'aliquota universale sui redditi da lavoro. Nel periodo 1969-2002 il differenziale è stato pari all'1%. Nell'ultimo quadriennio la differenza fra i tassi d'incremento del Medicare e quello delle assicurazioni private, che coprono la popolazione nel periodo di attività lavorativa, è stata pari al 2,5% (figura 8).

Sul livello e sulla dinamica dei premi assicurativi incidono anche i costi amministrativi. Sul totale delle erogazioni, questi pesano per il 13% nel settore privato, contro il 5% dei programmi pubblici. Nel 2002 il costo amministrativo per assicurato era pari a 360 dollari, contro i 214 del 1998 (figura 9).

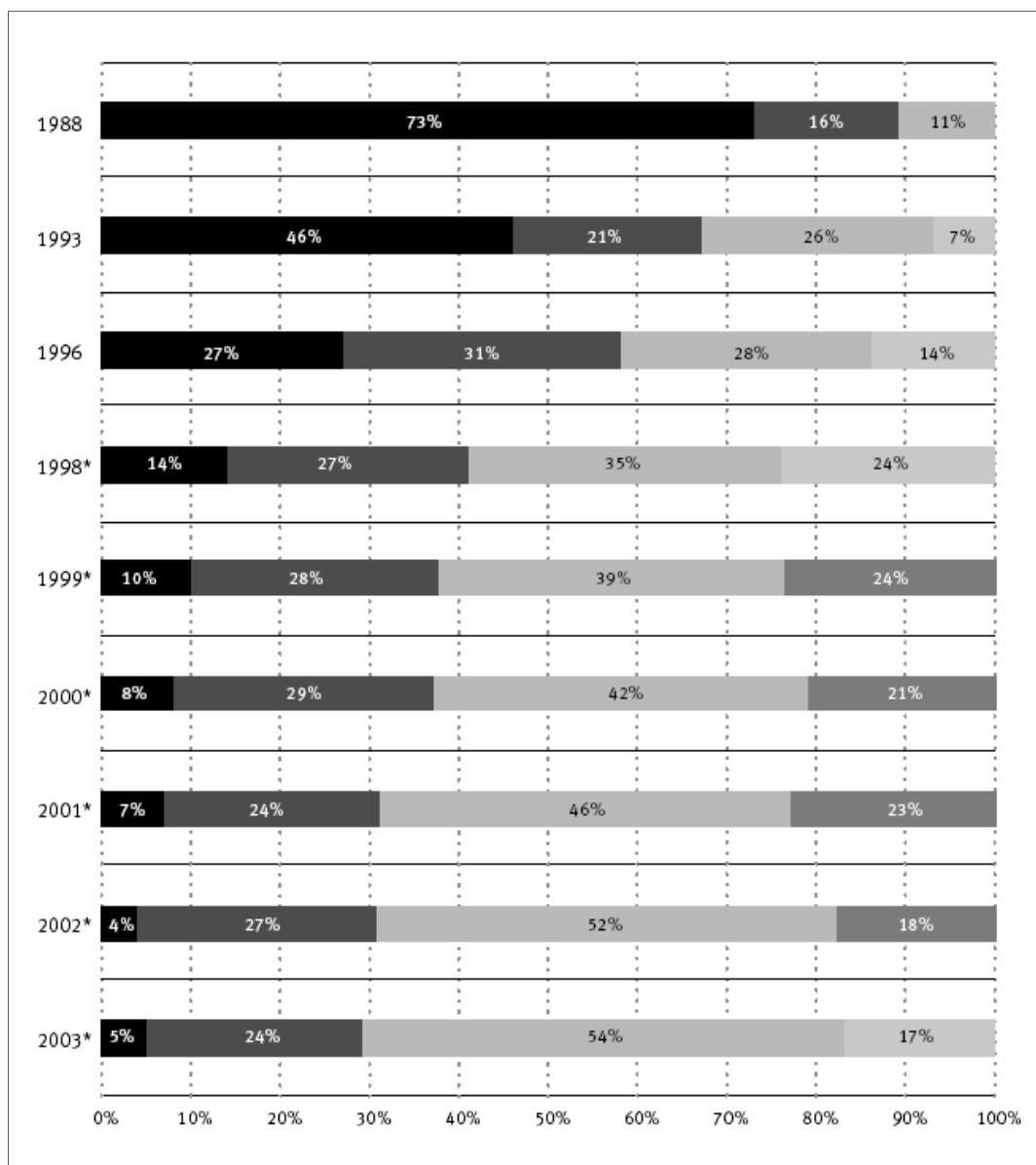
Figura 5

Franchigie annuali medie per copertura individuale in Piani tradizionali, HMO (Health Maintenance Organization), PPO (Preferred Provider Organization) e POS (Point of Service) (1988-2003)
Fonte: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits: (Indagine sulle prestazioni sanitarie finanziate dal datore di lavoro): 2000, 2002, 2003; KPMG Survey of Employer-Sponsored Health Benefits: 1988, 1993

Figura 6

Health Plan Enrollment for Covered Workers, by Plan Type (1988-2003)

Fonte: Kaiser/HRET (2003)



Le informazioni precedenti lasciano chiaramente intendere che il sistema sanitario assicurativo negli Stati Uniti deve essere riformato.

Questo modello costa troppo, non tutela tutti i cittadini e pesa grandemente sulle famiglie. La rivista *Health Affairs* nel 2005 ha pubblicato uno studio di David Himmelstein, della Scuola di medicina di Harvard che analizzava 931 casi di bancarotta familiare depositati presso i tribunali di California, Illinois, Pennsylvania, Tennessee e Texas. Il risultato è stato che la metà di ta-

li casi di fallimento economico sono dovuti all'aumento delle spese sanitarie. Si ritiene che questo tipo di bancarotta coinvolga complessivamente due milioni di americani (di cui 700.000 bambini); il fenomeno riguarda principalmente lavoratori della classe media uniti di assicurazione sanitaria, che tuttavia non ha coperto le spese mediche necessarie. Un discorso analogo di sostenibilità sociale emerge dall'osservazione del dato del 15,2% di americani che nel 2002 erano ancora privi di assicurazione sanitaria; un valore tra l'altro in aumento rispetto al 14,6% dell'anno

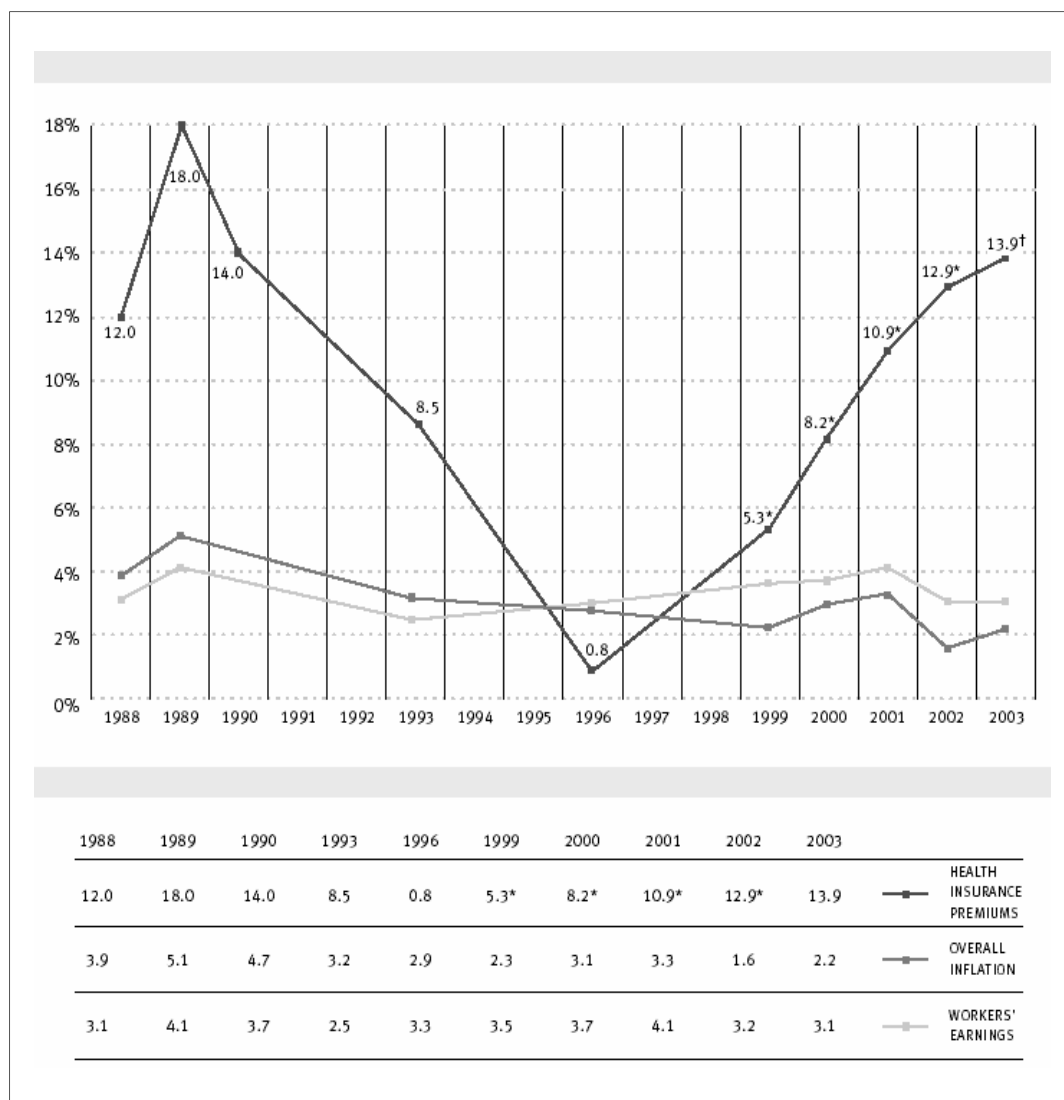


Figura 7
 Incrementi dei Premi delle assicurazioni sanitarie rispetto ad altri indicatori (1988-2003)
 Fonte: Kaiser/HRET (2003)

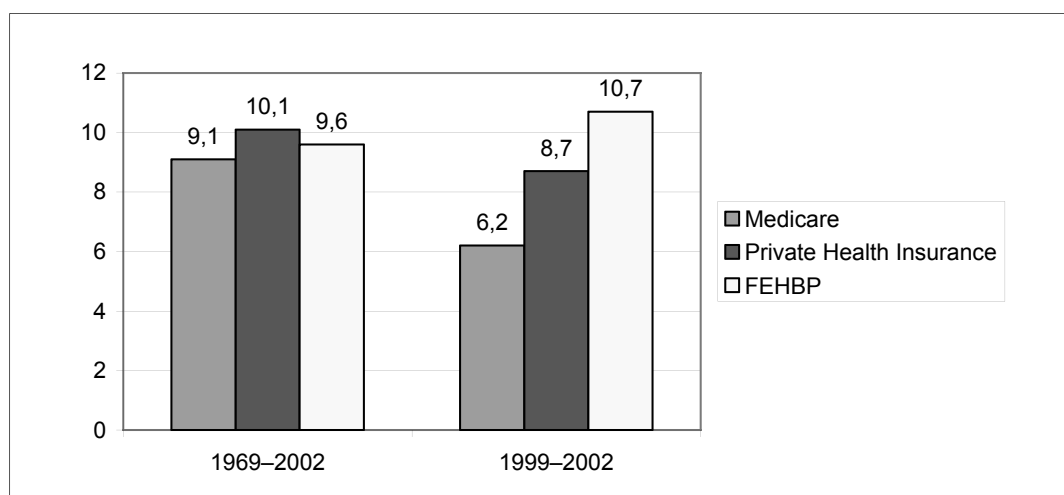
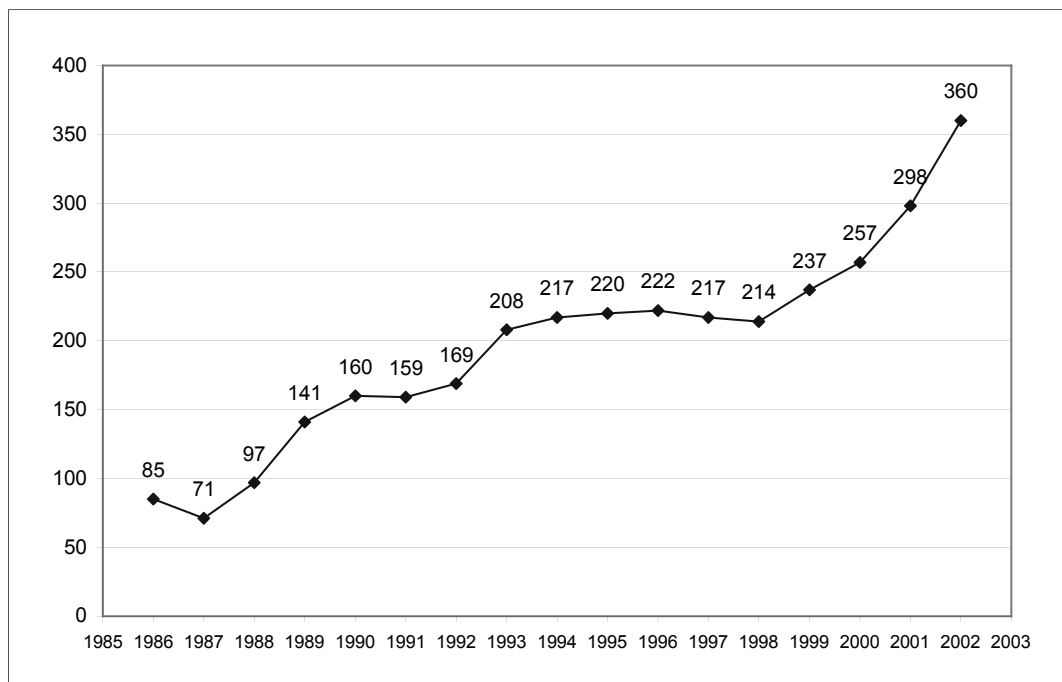


Figura 8
 Crescita percentuale annua per iscritto della spesa in Medicare e Assicurazione sanitaria privata e premi FEHBP (Federal Employees Health Benefits Program) per normali prestazioni
 Fonte: Levit et al. (2004)

Figura 9

Costi amministrativi di Assicurazione sanitaria privata per persona coperta (1986-2002)

Fonte: Kaiser (2004)



precedente e che corrisponde a più di 43 milioni di persone.

Nell'*Economic Report of the President of the United States* del 2004 sono indicate alcune linee di azione che l'amministrazione in carica intende intraprendere per migliorare l'assistenza sanitaria, estendendo la copertura assicurativa e spostando il contratto di assicurazione dalla sfera aziendale a quella individuale. Si ritiene, infatti, che l'estensione della copertura assicurativa a prestazioni di importo unitario modesto e ragionevolmente prevedibili abbia indotto consistenti fenomeni di azzardo morale. Di qui l'intenzione dell'amministrazione di riconoscere importanti agevolazioni fiscali alle polizze caratterizzate da un'elevata franchigia (1.000 dollari); come si legge nel *Report*, si devono incentivare i contratti orientati a coprire spese di ammontare rilevante che siano effettivamente il risultato di eventi imprevisti. Con il ricorso alle polizze individuali si vorrebbero circoscrivere i fenomeni di selezione avversa, superando il riferimento alla rischiosità media che è connaturata alle polizze collettive e che si ritiene sia la causa dell'inflazione dei premi assicurativi: «se gli assicuratori non sono in grado di distinguere fra i differenti tipi di consumatori, l'offerta assicurativa dovreb-

be essere legata alle specifiche caratteristiche dell'individuo, con l'applicazione di premi individualmente appropriati» (*Economic Report of the President of the United States*).

Uno dei massimi dirigenti di un'importante casa farmaceutica ha sottolineato che negli Stati Uniti non esiste un «health care system» ma piuttosto un «sickness system». È cioè importante che la cultura medica si posti dall'enfasi posta sul trattamento della malattia a quello delle prevenzione, con evidenti implicazioni sulla possibilità (al di là di casi sostanzialmente marginali) di distinguere fra ciò che deve essere comunque rimesso al finanziamento collettivo e ciò che invece deve essere pagato direttamente dall'individuo.

I Paesi europei con assicurazioni sviluppate: Olanda, Francia, Germania

In Europa, secondo quanto emerge dall'OECD Health Working Papers No.15 di Colombo e Tapay (2004), le assicurazioni private assumono un peso significativo, tra il 10 e il 15% della spesa totale, in Germania, Olanda e Francia.

I primi due Paesi sono caratterizzati da un sistema assicurativo sanitario in cui la copertura pubblica è limitata o per motivi di

reddito o di tipo professionale (tipicamente lavoratori autonomi). In particolare, in Olanda uno specifico segmento della popolazione più abbiente deve necessariamente assicurarsi privatamente, mentre in Germania a determinati gruppi ad alto reddito è data la possibilità di *opting out* dalla copertura pubblica verso il sistema privato. In queste ipotesi le assicurazioni private hanno un sostanziale carattere di obbligatorietà per le categorie in questione.

In Francia, invece, le assicurazioni private svolgono un ruolo essenzialmente complementare al sistema pubblico: gli attori principali sono le mutue assicurative (*mutuelles*) che «forniscono la maggior parte dei contratti di assicurazione sanitaria complementare, coprendo la condivisione dei costi applicabile al sistema pubblico di copertura assicurativa» (Colombo, Tapay, 2004).

È bene ricordare che in tutti questi Paesi la *long term care insurance* è obbligatoria: in Germania ed Olanda è essenzialmente pubblica, mentre in Francia vi è un ampio mercato assicurativo privato, paragonabile a quello degli Stati Uniti.

Nel resto d'Europa, escludendo quindi i Paesi appena considerati, le assicurazioni sa-

nitarie private finanziano tra il 4 e il 5% della spesa sanitaria totale (figura 10).

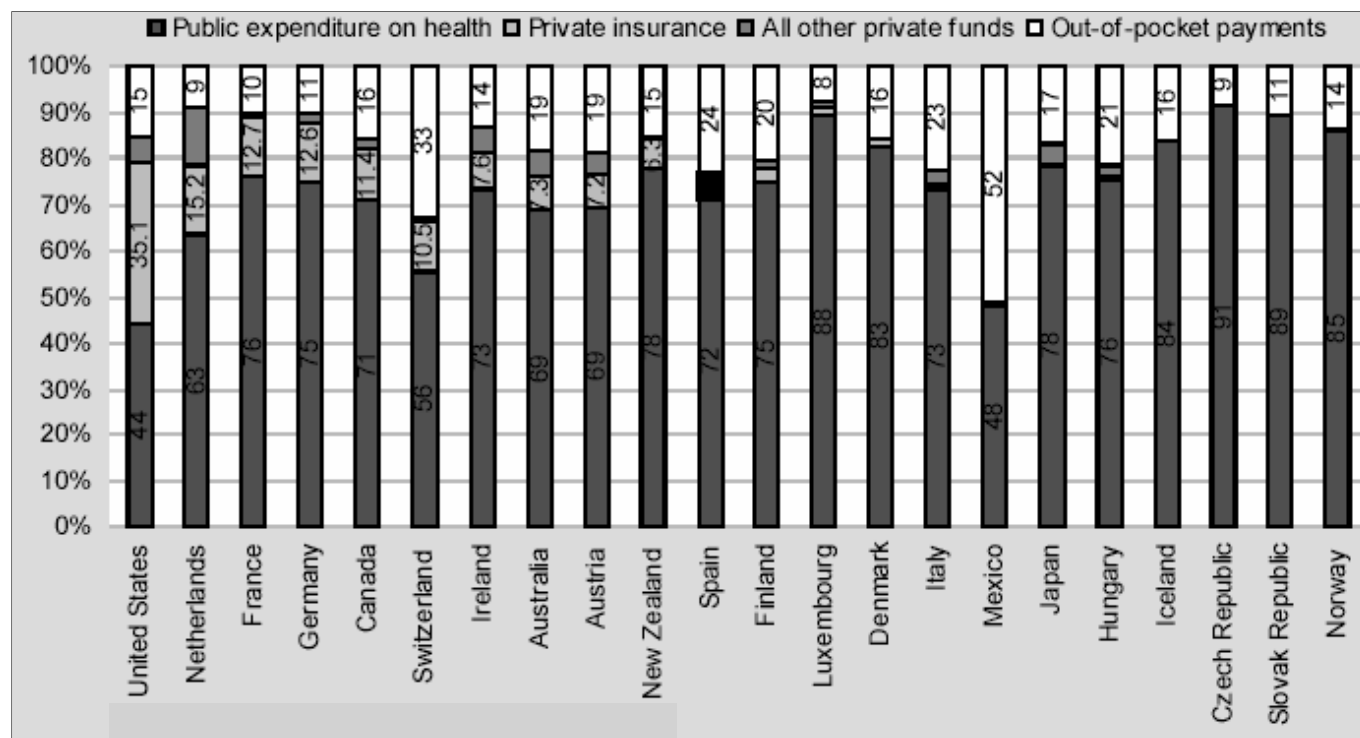
L'indagine comparata ha evidenziato alcuni elementi ricorrenti. In generale, i Paesi in cui è relativamente più importante la componente assicurativa privata sono anche quelli in cui la spesa diretta (*out of pocket*) è più limitata, ma in cui è più elevata la spesa sanitaria pro capite.

Le assicurazioni private, in generale e salvo i casi particolari prima ricordati, tendono a concentrarsi in particolari servizi. In quasi tutti i paesi dell'OCSE l'assicurazione sanitaria privata copre quelli che si potrebbero definire piccoli rischi, quali prestazioni dentistiche ed oculistiche, possibilità di scelta del fornitore, migliore ospedalizzazione e ottenimento di servizi di «lusso», non coperti, o solo parzialmente rimborsati, dal sistema pubblico.

In alcuni Paesi buona parte dell'assicurazione privata costituisce un beneficio legato al posto di lavoro: è il caso ad esempio dell'Olanda (60%) e della Francia (50%). In Paesi in cui le liste d'attesa per gli interventi chirurgici sono praticamente inesistenti, come Francia, Germania e Belgio, tutti gli individui accedono tempestivamente alle cure,

Figura 10

Spesa sanitaria per fonte di finanziamento
Fonte: OECD Health Data (2003)



prescindendo dalla natura pubblica o privata dell'assicurazione. Al contrario, l'assicurazione privata dà un sensibile vantaggio in tutte le circostanze in cui esistono rilevanti liste d'attesa. La formazione di liste d'attesa può essere ricondotta alla ridotta incidenza della spesa sanitaria pubblica sul prodotto interno (almeno in Italia e nel Regno Unito).

Non possono essere tratte conclusioni univoche sugli effetti allocativi delle assicurazioni private. In alcuni casi questo tipo di assicurazione ha contribuito ad allargare l'offerta, ma in altri ha provocato fenomeni di espansione della domanda o di aumento del costo delle prestazioni. In altri casi ancora i meccanismi privati hanno contribuito alla formazione di sistemi sanitari a due livelli per qualità e tempestività delle cure. La stessa possibilità di *opting out* può contribuire significativamente al peggioramento della qualità media delle prestazioni riservate agli altri assicurati: in Germania, dove tale meccanismo è ammesso per redditi elevati, sono state introdotte norme limitative alla possibilità di *opting back* nel sistema pubblico (tabella 1).

1.3. Evoluzione del sistema sanitario in Italia

Il confuso trilemma

Le prospettive di finanziamento della spesa sanitaria in Italia sono state e saranno influenzate da quello che potrebbe essere definito come un «confuso trilemma» dovuto a tre ordini di fattori: le politiche dirette a fronteggiare gli squilibri di finanza pubblica nell'ambito della Unione monetaria europea (UME); le modifiche attuate e in corso di attuazione per quanto riguarda il decentramento o federalismo fiscale; gli interventi per ridurre i divari economici e sociali tra le varie aree del Paese.

Per quanto riguarda la partecipazione all'Unione monetaria europea, i vincoli di bilancio previsti nel Trattato e nel Patto di stabilità e sviluppo risultano particolarmente stretti per l'Italia. Il nostro Paese, alla pari degli altri Stati membri, incontra notevoli difficoltà, in un periodo di prolungata bassa crescita, a finanziare, senza incorrere in un

aumento del disavanzo, l'elevato livello di spesa pubblica raggiunto. Risulta, infatti, sempre più difficile mantenere un alto livello di prelievo tributario a causa della concorrenza fiscale internazionale alimentata dall'accresciuta mobilità di soggetti (persone e imprese) e materie imponibili.

Ma, accanto a queste difficoltà comuni, l'Italia incontra difficoltà addizionali derivanti da due caratteristiche proprie della sua situazione di finanza pubblica. La prima è costituita dalla maggiore incidenza della spesa per interessi rispetto agli altri Paesi europei: ciò significa che, a parità di saldo del bilancio pubblico e di pressione tributaria complessiva, l'ammontare di risorse disponibili per finanziare la spesa pubblica primaria è minore. Anche al netto dell'alta incidenza di altre voci di spesa sociale (quale quella per le pensioni) ne deriva un vincolo più stretto che in passato e rispetto agli altri Paesi, anche per quanto riguarda la spesa sanitaria. La seconda caratteristica tipica della situazione italiana di finanza pubblica è data dal fatto di avere il più alto rapporto debito/Pil dei Paesi membri dell'Ume. In tale situazione, un'inversione della tendenza finora realizzata alla diminuzione dell'andamento di tale rapporto, come è avvenuto recentemente in altri grandi Paesi europei e come accadrà anche in Italia nel 2005, potrebbe fornire un pericoloso segnale di insostenibilità del debito pubblico italiano. L'inevitabile maggiore attenzione ad evitare che ciò accada ha riflessi rilevanti sulle modalità di fatto finora seguite per finanziare il settore sanitario. La pratica di sottostimare l'assegnazione iniziale di risorse finanziarie richieste dal settore sanitario ha consentito o costretto gli enti decentrati responsabili della spesa sanitaria ad incorrere in disavanzi e accumulazione dei debiti. I successivi periodici ripiani dei debiti pregressi hanno consentito di non far apparire tale eccesso annuale di spesa nell'indebitamento corrente delle pubbliche amministrazioni, ma non hanno potuto evitare che essi facessero aumentare lo *stock* di debito. Tale pratica è destinata a divenire sempre più difficile e inattuabile.

Per quanto riguarda il secondo fattore, relativo alle modifiche attuate e in corso di attuazione in materia di decentramento o federalismo fiscale, c'è da osservare che, quali che siano i motivi dichiarati ed effettivi, sta

di fatto che, nel corso degli anni Novanta, si è assistito in Italia ad un tumultuoso processo di decentramento, evidenziato dalle leggi Bassanini sul decentramento amministrativo fino alla riforma del titolo V della Costituzione (con legge costituzionale 18 ottobre 2003, n. 3) e alle proposte di devoluzione in materia di sanità, istruzione e polizia locale. In particolare, per quanto riguarda le modalità di finanziamento del servizio sanitario, si è così passati da un primo periodo (fino al 1992), in cui le risorse finanziarie erano

pienamente centralizzate a carico del bilancio statale, a una fase di limitata autonomia impositiva regionale, poi allargata tra il 1998 e il 2000 con l'introduzione dell'Irap, fino all'avvio del cosiddetto federalismo sanitario all'inizio di questo decennio quando, sulla base della legge 133/99 e del D.L.vo 56/2000, è stato abolito il fondo sanitario nazionale per le Regioni a statuto ordinario, sostituito dall'aumento dell'addizionale Irpef e dell'accisa sui prodotti petroliferi e dall'istituzione di una compartecipazione regionale

Tabella 1

Popolazione coperta da Sistema Pubblico e da Assicurazioni Private

Fonte: ns. estrapolazione da tabella 1 di Colombo e Tapay (2004)

	Public Health Expenditure as % of THE	Public System Coverage	Eligibility for Public Coverage	PHI as % of THE	Population Covered by PHI, %	Types of Private Coverage
France	75,8	99,9	The social security system provides coverage to all legal residents. 1% of the population is covered through the Couverture Maladie Universal (CMU)	12,7	86 (92 including CMU)	Complementary, Supplementary
Germany	75	90,9	All employed people and their dependents are covered by statutory health insurance coverage. This does not include self-employed individuals and civil servants. Employees with an income above an income threshold can opt out of the social sickness fund system. Fulfilling certain requirements, social security insurees can choose to «stay in» the public system on a voluntary basis even if they are allowed to opt out of the system. Self-employed may also join on avoluntary basis	12,6	18,2 of which 9,1 9,1 (b)	Primary (Substitute) Supplementary, Complementary
Italy	73,4	100 (1997)	All population is covered by the National Health Service system, financed by general taxation	0,9	15,6 (1999)	Duplicate, Supplementary, Complementary
Netherlands	63,4	75,6	Eligibility to statutory health insurance is determined by income. Individuals above a threshold are not covered (28,9% in 2000)	15,2	92 of which 28 64 (a) (b)	Primari (Principal), Supplementary
Spain	71,7	99,8 (1997)	Almost all the population is covered by the National Health System, financed by general taxation. Civil servants and their dependents are covered through a special scheme. A minor group of selfemployed liberal professionals and employers are uncovered	3,9	13 of which 2,7 10,3	Primary (Principal, Substitute), Duplicate, Supplementary
Sweden	85	100	All population is covered by a statutory social health insurance system, financed by local taxes and state grants	n.a.	negligible	Complementary, Supplementary
United Kingdom	80,9	100	All UK residents are covered by the National Health Service system, financed by general taxation	3,3 (1996)	10	Duplicate, Supplementary

all'Iva, diretta ad alimentare anche il fondo perequativo nazionale per gli obiettivi di solidarietà interregionale.

Al momento, l'applicazione del D.L.vo 56/2000 è sospesa per vari motivi, così come la piena attuazione della riforma in senso autonomistico del titolo V della Costituzione. Al di là dei motivi occasionali, pesano due ordini di considerazioni. Da un lato, la preoccupazione che una maggiore autonomia finanziaria territoriale possa indebolire la disciplina di bilancio, quando al decentramento delle decisioni di spesa non corrisponde l'onere di procurarsi autonomamente le risorse, gravando sulla stessa area territoriale cui vanno i benefici di quella spesa. Dall'altro, sussiste anche la preoccupazione che la piena responsabilizzazione finanziaria degli enti decentrati possa accrescere le disparità regionali nella prestazione dei servizi, poiché una accresciuta ed effettiva autonomia finanziaria territoriale comporta inevitabilmente una riduzione dell'uniformità nelle modalità di prestazione e di finanziamento dei servizi sanitari sul territorio nazionale e può formalmente contrastare con i principi di accesso universale ed uniforme che ispirano l'attuale sistema. Per evitare questo contrasto, le esperienze compiute in altri Paesi mostrano una tendenza verso l'introduzione di

meccanismi di selettività (per tipi di servizi o per condizioni dei fruitori) nelle prestazioni o verso spazi più ampi per l'applicazione del principio del beneficio variamente formulato, consentendo così più facilmente, almeno in parte, quelle differenziazioni di trattamento che l'autonomia finanziaria territoriale comporta e richiede.

Nei Paesi come l'Italia, dove i divari regionali sono più marcati, l'esperienza anche recente mostra che non basta sostituire i trasferimenti statali con risorse proprie regionali per annullare la tensione tra autonomia territoriale e diritti di cittadinanza nazionali, ma occorrono, a tal fine, meccanismi adeguati per raggiungere un rapporto soddisfacente tra rispetto di standard minimi uniformi e autonomia territoriale mediante l'adozione di soluzioni differenziate ed equilibrate. La ricerca di tali soluzioni è tanto più difficile e precaria quanto maggiori, come nel caso italiano, sono i divari territoriali nelle caratteristiche strutturali (demografiche, ambientali, economiche e sociali), nei tipi di prestazioni, nelle strutture di costo e negli equilibri finanziari. Le disparità esistenti nel caso italiano appaiono evidenti guardando ai divari strutturali riguardanti la capacità impositiva autonoma (**tabella 2**): ad esempio, fatta 100 la media dei tributi re-

Tabella 2

Entrate proprie delle Regioni a statuto ordinario (anno 2000)

	Tassa auto		Accisa sulla benzina		Irap privata		Irap pubblica		Addizionale Irpef		Altre entrate		Totale entrate proprie	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Piemonte	697	9,79	505	10,48	3.682	10,48	856	7,74	441	10,31	281	13,86	6.463	10,03
Lombardia	1.534	21,54	957	19,86	10.774	30,68	1.596	14,44	1.059	24,77	345	17,01	16.264	25,25
Veneto	794	11,15	505	10,48	4.043	11,51	916	8,29	442	10,34	228	11,24	6.929	10,76
Liguria	220	3,09	156	3,24	962	2,74	430	3,89	156	3,65	73	3,60	1.997	3,10
Emilia-Romagna	789	11,08	477	9,90	3.874	11,03	880	7,96	442	10,34	291	14,35	6.752	10,48
Toscana	563	7,91	469	9,73	2.562	7,29	835	7,55	334	7,81	195	9,62	4.957	7,69
Marche	241	3,38	155	3,22	954	2,72	318	2,88	124	2,90	67	3,30	1.859	2,89
Umbria	142	1,99	83	1,72	446	1,27	208	1,88	69	1,61	27	1,33	975	1,51
Lazio	793	11,13	582	12,08	3.917	11,15	1.893	17,13	480	11,23	216	10,65	7.881	12,23
Abruzzo	170	2,39	134	2,78	584	1,66	291	2,63	86	2,01	63	3,11	1.328	2,06
Molise	36	0,51	14	0,29	98	0,28	83	0,75	19	0,44	5	0,25	256	0,40
Campania	422	5,93	286	5,93	1.531	4,36	1.248	11,29	286	6,69	58	2,86	3.832	5,95
Basilicata	74	1,04	42	0,87	166	0,47	158	1,43	32	0,75	15	0,74	486	0,75
Puglia	455	6,39	303	6,29	1.111	3,16	900	8,14	217	5,07	118	5,82	3.104	4,82
Calabria	190	2,67	153	3,17	416	1,18	442	4,00	90	2,10	46	2,27	1.336	2,07
Totale Rso	7.122	100,00	4.819	100,00	35.120	100,00	11.054	100,00	4.276	100,00	2.028	100,00	64.420	100,00

gionali procapite, per la Lombardia si ha un valore di 135, mentre la Calabria ha un valore medio pari a 50 (tabella 3). Per quanto riguarda l'Irap il range di variazione è compreso tra il 164 procapite della Lombardia e il 28 della Calabria.

L'influenza della diversa capacità fiscale delle Regioni può essere apprezzata quando si consideri che la copertura del disavanzo sanitario (Pisauro, 2003) richiederebbe un incremento fiscale a livello regionale nell'ordine del 3-4% nelle Regioni del Nord e del Centro, ma incrementi molto più consistenti in quelle del Sud (si pensi al 24% della Puglia e al 57% della Campania), evidentemente non sostenibili sul piano economico, ancor prima che sociale (tabella 4).

Da tempo, comunque, Regioni come la Lombardia, reclamando l'attuazione di un federalismo fiscale pieno, chiedono anche la revisione dei criteri di ripartizione del Fondo perequativo. Nella sua definizione e applicazione si dovrà in ogni caso cercare di risolvere il difficile «trilemma» tra tre principi, tutti costituzionalmente garantiti: l'autonomia finanziaria territoriale, l'equilibrio dei conti pubblici e l'accesso universale uniforme ai livelli essenziali delle prestazioni sanitarie.

I livelli essenziali di assistenza

Sul piano del riconoscimento del «diritto di tutela della salute», sancito dall'introduzione del Ssn con la legge 833/78, ha avuto grande influenza l'interpretazione della Consulta dello stesso: di fatto, dopo una prima fase in cui questo è stato considerato in un certo senso assoluto, la Suprema Corte Costituzionale ha stabilito che tale diritto è condizionato dalla disponibilità di risorse, avendo lo stesso un contenuto economico. Ciò ha portato all'introduzione dei LEA (Livelli essenziali di assistenza).

La garanzia di accesso universale a «livelli essenziali e uniformi su tutto il territorio nazionale» può assumere contenuti e significati profondamente diversi, come mostra l'esperienza avviata e il dibattito continuo sulla formulazione, applicazione, monitoraggio e revisione dei Livelli essenziali di assistenza.

Trascurando i numerosi e complessi aspetti tecnici e organizzativi, si può affermare, semplificando al massimo, che, quanto più si ampliano tali livelli, tanto più si deresponsabilizzano finanziariamente le Regioni e si restringono, fino ad annullarli, i loro margini di autonomia e, quanto più li si restringono, tanto più si rischia di violare alcuni principi base del Servizio sanitario nazionale e anche

	Tassa auto	Accisa sulla benzina	Irap privata	Irap pubblica	Addizionale Irpef	Altre entrate	Totale entrate proprie
Piemonte	112	119	119	88	117	158	114
Lombardia	115	106	164	77	133	91	135
Veneto	120	113	124	89	111	121	116
Liguria	93	97	83	117	110	108	93
Emilia-Romagna	135	121	134	97	126	175	128
Toscana	109	134	100	104	108	132	106
Marche	113	107	90	96	97	111	96
Umbria	116	100	74	109	93	78	88
Lazio	103	111	103	158	103	98	113
Abruzzo	91	106	63	100	77	119	79
Molise	76	43	42	113	66	40	59
Campania	50	50	37	95	57	24	50
Basilicata	84	70	38	116	60	58	61
Puglia	76	75	38	97	61	70	58
Calabria	64	76	28	96	50	55	50
Totale Rso	100	100	100	100	100	100	100

Tabella 3

Entrate proprie delle Regioni a statuto ordinario (valori procapite) (totale RSO = 100)

Fonte: elaborazioni su dati Corte dei Conti. Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (anni 2000-2001)

	Disavanzo/entrate proprie	Disavanzo/entrate proprie (esclusa Irap)
Piemonte	16,2%	54,3%
Lombardia	4,1%	16,9%
Veneto	10,2%	35,8%
Liguria	8,4%	27,8%
Emilia-Romagna	4,1%	13,8%
Toscana	3,5%	11,1%
Marche	18,1%	57,2%
Umbria	3,4%	10,3%
Lazio	22,8%	86,8%
Abruzzo	13,8%	40,4%
Molise	7,8%	26,9%
Campania	57,4%	208,8%
Basilicata	15,0%	45,1%
Puglia	24,1%	68,5%
Calabria	30,3%	84,6%
Totale Regioni S. O.	13,7%	48,3%

Tabella 4

Disavanzi sanitari nel 2000 in rapporto alle entrate proprie

Fonte: Elaborazioni Pisauro su dati Corte dei Conti (2003)

alcuni precetti costituzionali (anche se finora la giurisprudenza costituzionale non si è ancora occupata esplicitamente di definire la nozione di «livello essenziale» delle prestazioni).

Il problema di una corretta e soddisfacente definizione dell'area di accesso universale ed uniforme sul territorio nazionale ai servizi del sistema sanitario non può essere eluso o accantonato ricorrendo a soluzioni estreme, se si ritiene che le considerazioni precedenti abbiano qualche fondamento. In sintesi, il rispetto della disciplina di bilancio derivante dall'appartenenza dell'Italia all'Ume risulta particolarmente stringente nei confronti di una espansione consistente della spesa pubblica e, in particolare, di quella sanitaria. Ciò richiede che il decentramento o il federalismo fiscale che si intende attuare deve essere caratterizzato da un'ampia e responsabilizzante autonomia finanziaria territoriale, per evitare che comportamenti opportunistici da parte dei singoli enti compromettano il rispetto della disciplina di bilancio a livello nazionale. E un'ampia autonomia finanziaria territoriale comporta pressoché inevitabilmente una potenziale differenziazione regionale nel livello e contenuto delle prestazioni effettive di servizi, evoluzione che può implicare una delimitazione formale o di fatto

dell'accesso universale uniforme alle prestazioni sanitarie.

Naturalmente, i criteri di finanza pubblica dell'Ume potranno essere rivisti e modificati, così come è recentemente avvenuto, ma è improbabile che in futuro siano aboliti o sostanzialmente annullati. Così come è vero che le competenze decentrate potranno essere delimitate e l'autonomia tributaria contenuta, anche per evitare un'eccessiva e costosa frammentazione, ma non è pensabile che le une o le altre possano essere azzerate.

Potranno essere sperimentati e adottati meccanismi, talvolta complessi e differenziati, in grado di allentare i *trade-off* tra il rispetto dei criteri per la stabilità dei conti pubblici, l'autonomia finanziaria territoriale e la garanzia dell'accesso universale uniforme ai livelli essenziali delle prestazioni. Tra tali meccanismi, un importante contributo a ridurre i rischi di incoerenza e incompatibilità tra i diversi elementi potrebbe essere dato anche da forme di collaborazione pubblico-privato nel finanziamento della tutela della salute.

La divaricazione regionale

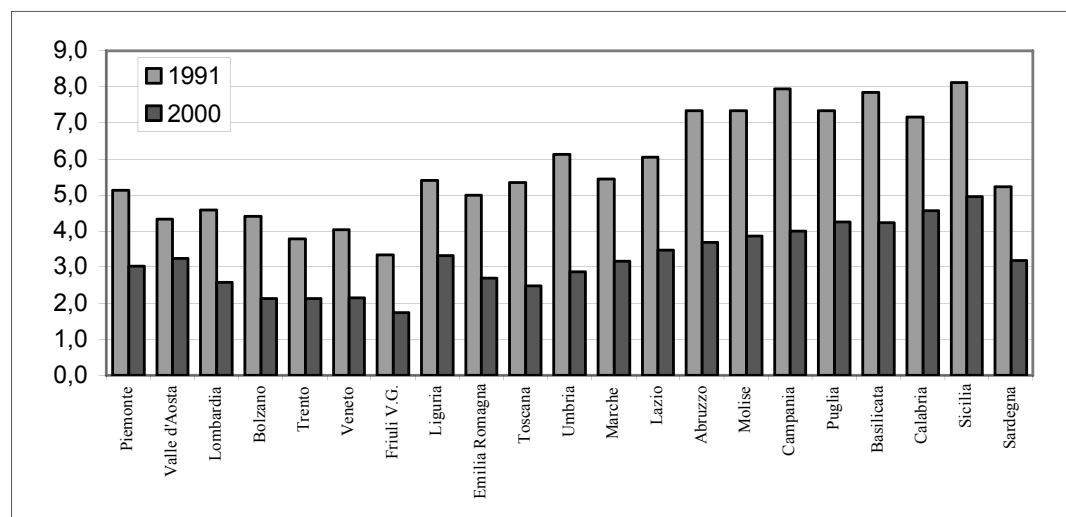
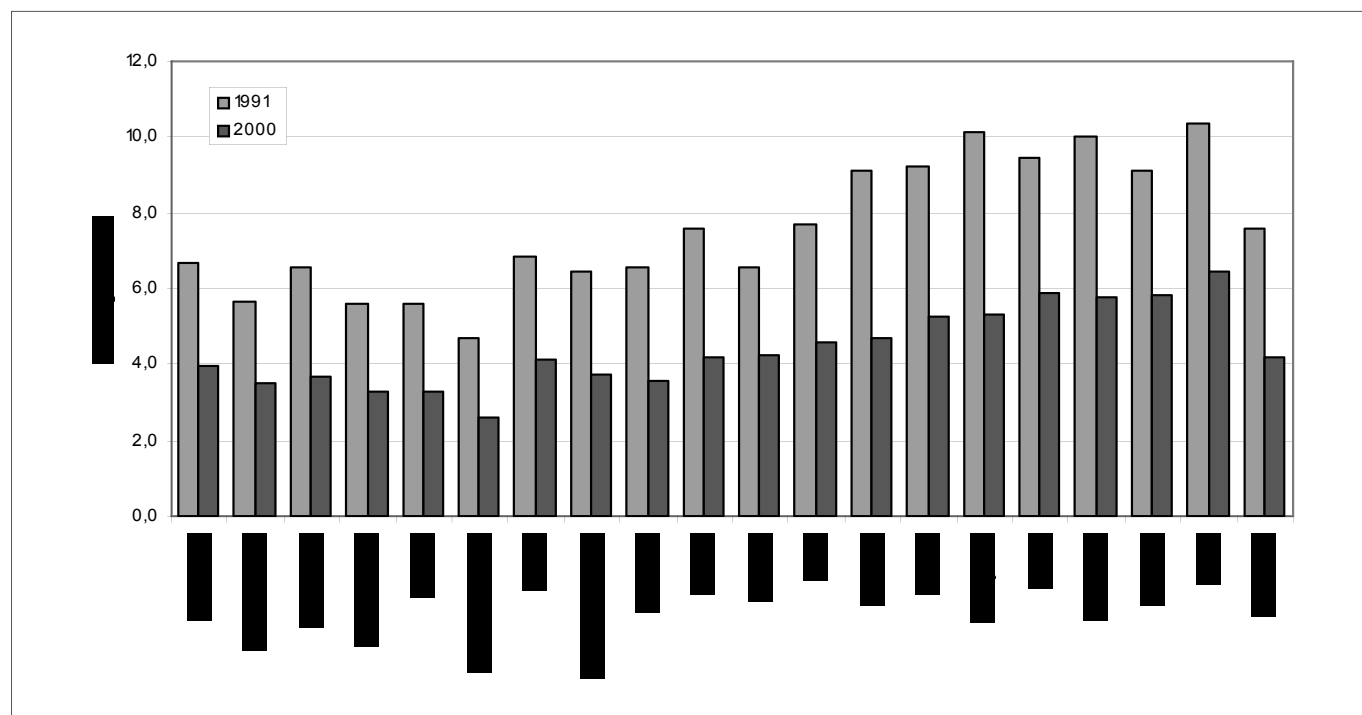
Il nostro Paese è caratterizzato da diversità economiche, sociali, storiche e culturali, che si riflettono anche nel campo della salute, e le specificità regionali in questo settore sono evidenti. Può così succedere che alcune Regioni abbiano tassi di mortalità infantile e neonatale tra i più bassi al mondo, mentre altre abbiano valori tre o quattro volte più grandi. Il problema è evidente per le Regioni meridionali: osservando questi due fenomeni (figura 11 e figura 12), e contemporaneamente uno degli indicatori di struttura (figura 13), risulta evidente che la maggior parte delle Regioni che presentano dati preoccupanti hanno strutture rese poco efficaci dalla scarsità dei casi trattati e dalla mancanza di coordinamento con altri reparti o strutture specializzate.

La persistente diversità tra aree geografiche si manifesta anche sotto altri aspetti. La sostanziale convergenza tra Regioni che si è ottenuta nella seconda metà del secolo scorso in termini di speranza di vita contrasta con le performance di poche singole Regioni che non sono ancora riuscite ad avvicinarsi ai valori medi nazionali, o che si trovano ancora

Figura 11

Medie mobili della mortalità infantile nelle regioni nel 1991 (triennio 1990-1992) e nel 2000 (triennio 1999-2001)

Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2004

**Figura 12**

Medie mobili della mortalità neonatale nelle regioni nel 1991 (triennio 1990-1992) e nel 2000 (triennio 1999-2001)

Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2004

in estrema difficoltà nell'attuare politiche sanitarie, specialmente nel settore della prevenzione e nell'attuazione dei programmi di *screening*.

Per questi ultimi, in particolare per i programmi di *screening* mammografico, è

evidente che l'equità di accesso non è garantita allo stesso modo in Italia: le Regioni meridionali, ad eccezione della Basilicata, sono molto distanti dal raggiungere il livello di copertura delle Regioni del Centro e, soprattutto, del Nord. La mancanza di mi-

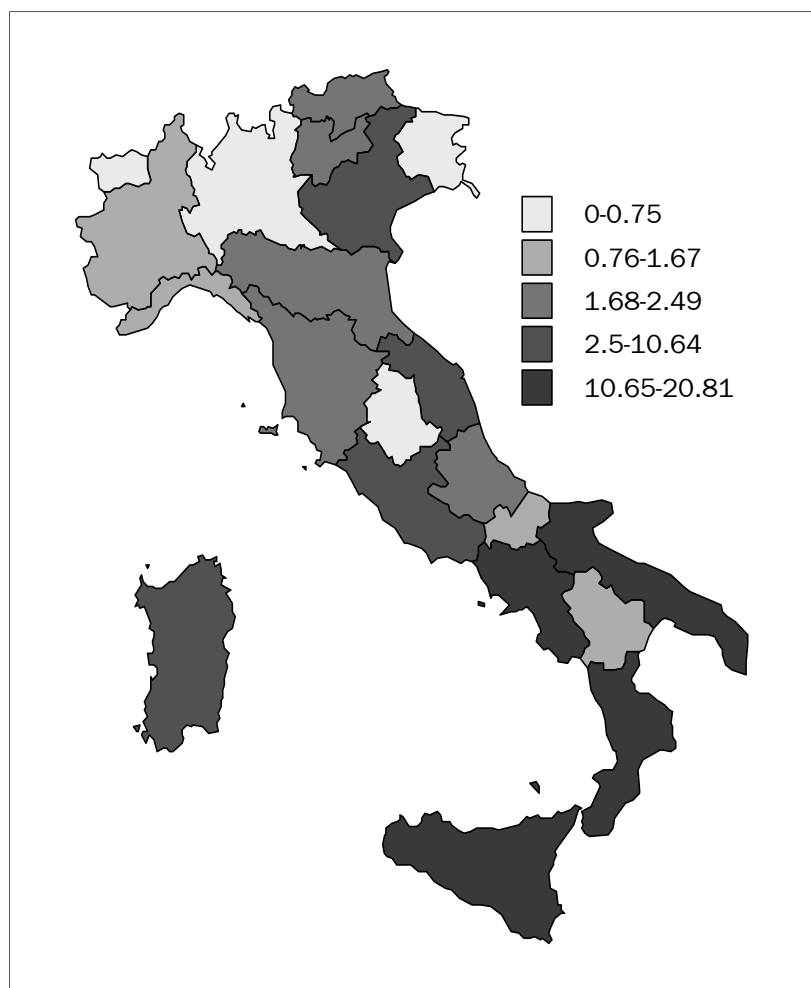


Figura 13

Percentuale di posti letto in piccoli ospedali, reparto di Ostetricia e Ginecologia, 2002

Fonte: Elaborazioni dei dati Ministero della Salute e SIS, 2002. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2004

gioramenti nelle aree del Sud è molto evidente: la proporzione di donne inserite in un programma di *screening* mammografico sul totale delle donne in età 50-69 anni rimane costante intorno al 5-6%, rispetto al 45-76% del Centro e al 58-60% del Nord (**figura 14**).

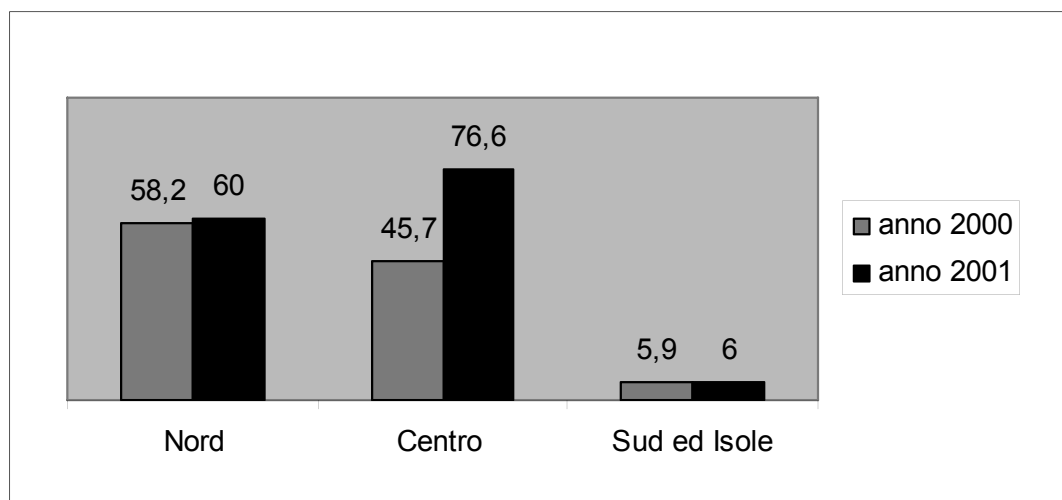
Vari altri fenomeni, letti alla luce delle differenti aree geografiche, presentano variazioni molto elevate che dovrebbero divenire aree prioritarie di intervento. Citiamo la variabilità geografica nella percentuale di parti cesarei, che in alcune Regioni è attestata molto vicina ai valori soglia suggeriti dall'Organizzazione mondiale della sanità e dal Ministero della salute (20%), mentre in altre Regioni assume valori fino a tre volte più elevati, costituendo una vera e propria emergenza di sanità pubblica.

La gestione dell'autonomia regionale

L'evoluzione verso una maggiore autonomia e responsabilizzazione delle Regioni nel sistema di tutela della salute in Italia è stata caratterizzata da alcuni fenomeni particolari.

Innanzitutto, si è registrata una forte differenziazione tra le singole Regioni circa gli strumenti, e i tempi del loro utilizzo, per esercitare l'autonomia e per perseguire il duplice obiettivo dell'equilibrio tra domanda e offerta di servizi e tra la spesa e il suo finanziamento. Qualcuno parla di «differenziazione di modelli» di tutela della salute ma l'impressione è che si sia di fronte agli stessi principi e alle medesime logiche fondamentali, applicati tuttavia con strumenti diversi.

Un altro fenomeno che si è manifestato è stata la mancanza di un decisivo miglioramento del sistema di responsabilizzazione tra i diversi soggetti, ossia i livelli decisionali del sistema (Stato, Regioni, aziende sanitarie e, per certi aspetti, enti locali). Anche il modello «negoziale», sperimentato con l'accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001 e con i vari indirizzi «strategici» delle Regioni nei confronti delle aziende sanitarie, non ha portato a ridurre sostanzialmente il divario tra finanziamento a priori e spesa reale, né ad una maggiore chiarezza sulle cause dei disavanzi «a consuntivo» e, di conseguenza, sulla responsabilità per la loro copertura. Indubbiamente alcune Regioni e molte aziende sanitarie sono state stimolate ad attivare e a realizzare significativi processi di aziendalizzazione del sistema di offerta, a volte con risultati anche molto positivi sulla qualità dell'assistenza e la razionalizzazione della spesa, ma il dato strutturale sembra essere quello del permanere di un elevato livello di «conflittualità interistituzionale del sistema». Ad esempio, le Regioni attribuiscono il maggiore disavanzo all'aumento della spesa per il personale, che dipende da provvedimenti nazionali e richiede integrazioni attraverso i trasferimenti dello Stato. A sua volta, lo Stato imputa la creazione del disavanzo alla mancata razionalizzazione delle strutture di offerta (ad esempio, la mancata chiusura dei piccoli ospedali), ad inadeguati interventi per il recupero di efficienza e produttività, alle remore da parte delle Regioni nell'applicazione di forme di compartecipazione del privato (tipicamente il ticket) per non sostenere

**Figura 14**

Proporzione di donne inserite in un programma di screening mammografico sul totale delle donne in età 50-69 anni. Anni 2000 e 2001

Fonte: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili, Lega Italiana Lotta Contro i Tumori. GISMa. GISCI (2003)

il costo politico di provvedimenti importanti ma impopolari.

Infine, un fenomeno importante è stato la non migliorata, ritardata o, addirittura, la mancata applicazione di regole e principi innovativi per il sistema. Tra i principi che non sono stati applicati vi è il superamento della forma di convenzionamento, con l'introduzione dell'accreditamento (per equiparare strutture di offerta pubblica e privata), e di tecniche per le verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni e l'introduzione di fondi integrativi. Ciò ha reso molto difficoltosa l'elaborazione, da parte del privato, di strategie chiare e la definizione del proprio posizionamento, tanto sul fronte dell'offerta dei servizi, quanto su quello del finanziamento (ruolo delle assicurazioni, copertura «duplicativa» di prestazioni comunque già coperte formalmente dal Ssn, oppure integrativa, complementare o sostitutiva).

2. Le prospettive del sistema sanitario

2.1. L'evoluzione dell'offerta sanitaria

I cambiamenti più significativi nell'offerta sanitaria

Come abbiamo già sottolineato nella prima parte di questa ricerca, attualmente l'offerta sanitaria è interessata da una serie di cambiamenti significativi. In particolare, vi è una riduzione della durata dei trattamenti della fase acuta della patologia (tipicamente

ricovero o trattamenti di altro tipo, si veda **tabella 5**). Inoltre, si registra un aumento della possibilità di trattamenti di situazione di elevata severità e di quelli «intensivi»; entrambe queste due componenti sono caratterizzate da una crescente intensità di dotazione tecnologica e da costi unitari crescenti. Vi è poi un forte aumento delle prestazioni pre e post fase acuta, all'interno di strutture sanitarie (ambulatori ospedalieri, *day hospital*; si veda **figura 15**), ma soprattutto sul territorio o presso le residenze dei pazienti (forme di home hospital e trattamenti domiciliari, si veda **tabella 6**). Infine, si nota una crescita significativa dei trattamenti «continui» (**tabella 7**), tanto all'interno delle strutture (lungodegenti, strutture sanitarie protette, RSA), quanto all'esterno (somministrazione continua di farmaci, trattamenti di mantenimento o stabilizzazione delle condizioni di salute).

Le sfide da affrontare

Questa evoluzione pone ulteriori problemi riguardo al controllo della struttura di offerta. In particolare, la prima sfida consiste nella necessità di riconvertire rapidamente le strutture «per acuti» meno efficienti in strutture di assistenza «per non acuti» (**tabella 8** e **tabella 9**); una riconversione per la quale bisogna trovare adeguati finanziamenti.

La seconda sfida nasce dalla concentrazione dell'alta dotazione di tecnologia di *know how* in strutture di eccellenza. Questo

Tabella 5

Evoluzione durata della degenza media per acuti con dettaglio regionale (1998-2002)

Fonte: Oasi

	1998		1999		2000		2001		2002	
	Istituti pubblici	Istituti privati	Istituti pubblici	Istituti privati	Istituti pubblici	Istituti privati	Istituti pubblici	Istituti privati	Istituti pubblici	Istituti privati
Piemonte	8,14	11,38	8,20	10,40	8,10	9,70	7,90	8,50	8	8,2
Valle d'Aosta	8,36	0,00	8,90	-	9,10	-	9,20	-	9,3	-
Lombardia	7,46	6,42	7,50	5,80	7,40	5,40	7,20	5,20	7,1	4,8
Prov. Auton. Bolzano	6,79	12,64	6,70	13,40	6,50	13,70	6,40	13,20	6,5	12,7
Prov. Auton. Trento	7,01	7,88	7,20	7,30	7,10	6,80	7,00	6,40	7,2	6,3
Veneto	8,00	10,31	8,10	9,50	8,10	9,00	7,90	8,40	7,9	7,9
Friuli-Venezia Giulia	7,85	7,36	7,90	6,70	7,70	6,00	7,70	5,70	7,8	5,7
Liguria	8,06	12,42	8,00	8,20	7,90	7,60	7,70	6,70	7,7	6,7
Emilia-Romagna	6,94	7,48	6,80	7,30	6,90	7,70	6,90	7,70	6,8	7,6
Toscana	7,39	8,05	7,50	7,90	7,50	7,30	7,50	6,60	7,4	7
Umbria	6,54	5,85	6,40	5,60	6,30	5,30	6,50	4,70	6,5	4,4
Marche	7,30	7,49	7,20	7,20	7,10	6,90	7,00	6,70	6,9	6,7
Lazio	7,80	8,12	7,70	7,50	7,80	7,40	7,70	7,20	7,7	7,2
Abruzzo	6,97	6,83	6,90	6,30	6,80	5,70	6,60	5,10	6,5	4,8
Molise	7,38	7,96	7,20	7,90	6,90	5,90	6,90	4,90	7	4,7
Campania	6,04	5,62	6,00	4,50	5,90	5,30	5,90	4,50	5,9	4,1
Puglia	6,01	6,45	5,90	6,10	5,90	5,70	5,80	5,70	5,8	5,4
Basilicata	6,06	7,77	6,20	7,20	6,30	5,60	6,50	5,50	6,6	5,8
Calabria	5,97	6,95	6,00	6,80	6,10	6,60	6,10	6,20	6,1	6
Sicilia	5,74	6,54	5,90	6,40	5,80	6,20	5,70	5,40	5,7	5,2
Sardegna	6,98	7,28	7,10	6,90	7,00	6,00	7,00	5,70	7	5,6
Italia	7,09	7,07	7,10	6,50	7,00	6,30	6,90	5,90	6,9	5,7

Figura 15

Evoluzione dimissioni in Regime Ordinario e Day-Hospital (1998-2002)

Fonte: Oasi

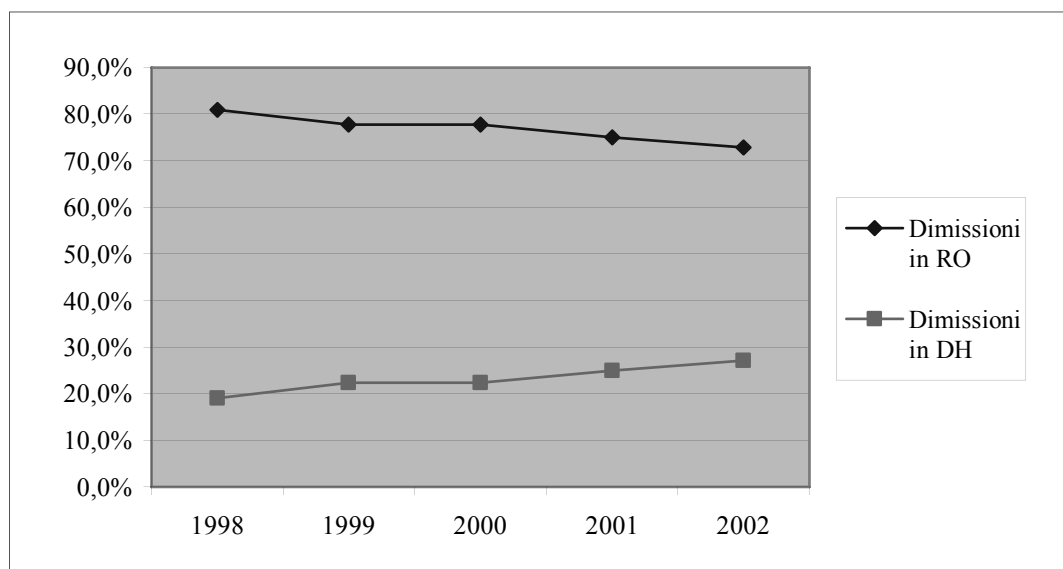


Tabella 6

Evoluzione del numero di casi trattati in assistenza domiciliare integrata (2000-2002)

Fonte: Oasi

Regioni	2000			2001			2002		
	Totale casi		Di cui anziani (%)	Totale casi		Di cui anziani (%)	Totale casi		Di cui anziani (%)
	Valore assoluto	Valore %		Valore assoluto	Valore %		Valore assoluto	Valore %	
Piemonte	14.717	6,1%	54,6	19.823	7,3%	62,9%	18.937	5,8%	78,3%
Valle d'Aosta	12.092	5,0%	81,0	14.150	5,2%	75,0%		0,0%	
Lombardia	45.704	19,0%	62,1	54.658	20,2%	71,5%	53.610	16,5%	76,7%
Bolzano	97	0,0%	85,6	99	0,0%	79,8%	153	0,0%	77,8%
Trento	7.289	3,0%	100,0	523	0,2%	49,9%	679	0,2%	0,0%
Veneto	21.482	8,9%	86,3	32.317	11,9%	76,7%	38.592	11,9%	83,4%
Friuli-Venezia Giulia	24.145	10,1%	85,8	22.213	8,2%	86,6%	29.577	9,1%	78,8%
Liguria	8.985	3,7%	95,6	14.995	5,5%	95,0%	10.074	3,1%	99,0%
Emilia-Romagna	8.929	3,7%	73,7	22.572	8,3%	74,5%	49.134	15,1%	87,7%
Toscana	13.945	5,8%	87,0	16.734	6,2%	87,8%	27.754	8,5%	89,7%
Umbria	15.903	6,6%	88,4	3.292	1,2%	83,0%	4.005	1,2%	86,7%
Marche	14.147	5,9%	89,6	14.824	5,5%	86,4%	8.956	2,8%	89,9%
Lazio	19.854	8,3%	89,1	17.517	6,5%	89,9%	42.062	12,9%	67,1%
Abruzzo	2.789	1,2%	59,7	3.519	1,3%	66,9%	4.829	1,5%	51,7%
Molise	3.285	1,4%	76,9	4.199	1,6%	92,5%	5.288	1,6%	89,1%
Campania	6.363	2,7%	91,8	7.935	2,9%	82,4%	7.292	2,2%	86,7%
Puglia	8.629	3,6%	85,0	7.682	2,8%	88,4%	10.129	3,1%	82,5%
Basilicata	2.666	1,1%	86,5	3.779	1,4%	76,4%	4.035	1,2%	86,5%
Calabria	2.935	1,2%	84,6	2.529	0,9%	79,0%	1.987	0,6%	70,3%
Sicilia	4.777	2,0%	89,2	5.865	2,2%	87,7%	5.582	1,7%	85,3%
Sardegna	1.372	0,6%	38,4	1.627	0,6%	82,7%	2.131	0,7%	78,1%
Italia	240.105	100,0%	79,8	270.852	100,0%	79,2%	324.806	100,0%	80,8%

processo necessario non deve fare nascere un'altrettanto elevata concentrazione della domanda verso tali strutture: si impongono modalità di «organizzazione a rete» dei servizi e criteri di valutazione della domanda in grado di fare affluire i pazienti verso le strutture adeguate al livello di gravità dei problemi di salute. Occorre quindi evitare, da un lato, di occupare con patologie minori le strutture a più elevato costo e, dall'altro, di far percorrere al paziente la catena dei vari livelli di assistenza nella maniera più celere possibile, superando rischi sul piano della tutela della salute come gli interventi ritardati.

L'evoluzione dell'offerta sanitaria pone la questione del progressivo superamento del-

la netta separazione tra sistema di strutture pubbliche e private; un superamento ottenuto sia tramite i «sistemi di accreditamento», sia attraverso la creazione di «forme miste di gestione» (ad esempio fondazioni, forme strutturate di collaborazione e di *partnership* pubblico-privato).

In questi anni si è poi registrato una crescente differenziazione dei livelli qualitativi di offerta effettiva sia all'interno dello stesso Paese (si pensi, ad esempio, alla differenziazione in atto nelle Regioni italiane e nei diversi Stati degli USA o dei Länder in Germania), sia all'interno di «aree geografiche integrate» (tipicamente Ue), con il manifestarsi di un crescente fenomeno di «mobilità sanitaria» che deve essere governato.

Tabella 7

Percentuale di dimissioni di lungodegenti sul totale delle dimissioni in strutture pubbliche e private accreditate (1998-2002)

Fonte: Oasi

Regioni	1998	1999	2000	2001	2002
Piemonte	0,91%	1,26%	1,26%	1,27%	1,29%
Valle d'Aosta	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Lombardia	0,17%	0,17%	0,14%	0,16%	0,27%
Prov. Auton. Bolzano	0,07%	0,18%	0,18%	0,30%	0,92%
Prov. Auton. Trento	3,38%	3,49%	3,61%	3,72%	3,64%
Veneto	1,00%	1,25%	1,54%	1,40%	1,43%
Friuli-Venezia Giulia	0,27%	0,26%	0,15%	0,01%	0,01%
Liguria	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Emilia-Romagna	1,58%	2,41%	2,57%	2,79%	3,00%
Toscana	0,00%	0,32%	0,32%	0,33%	0,35%
Umbria	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Marche	0,17%	0,37%	0,65%	0,86%	1,06%
Lazio	0,31%	0,29%	0,22%	0,23%	0,25%
Abruzzo	0,30%	0,25%	0,22%	0,21%	0,28%
Molise	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%
Campania	0,28%	0,94%	0,32%	0,64%	0,95%
Puglia	0,17%	0,18%	0,21%	0,21%	0,23%
Basilicata	0,00%	0,00%	0,14%	0,22%	0,27%
Calabria	0,35%	0,61%	0,43%	0,35%	0,49%
Sicilia	0,01%	0,06%	0,17%	0,17%	0,18%
Sardegna	0,23%	0,10%	0,16%	0,08%	0,17%
Totale	0,44%	0,62%	0,59%	0,62%	0,70%

Tabella 8

Evoluzione del numero dei presidi ospedalieri (1997-2002)

Fonte: Oasi

Regione	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Piemonte	42	40	39	25	25	24
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	1
Lombardia	93	20	20	19	19	4
Prov. Auton. Bolzano	8	7	7	7	7	7
Prov. Auton. Trento	11	11	11	11	11	11
Veneto	65	65	65	64	61	62
Friuli-Venezia Giulia	13	13	13	13	13	13
Liguria	20	19	19	19	17	10
Emilia-Romagna	41	41	37	37	35	31
Toscana	33	32	34	35	34	38
Umbria	9	9	9	9	9	9
Marche	31	31	31	31	31	31
Lazio	62	61	58	50	50	50
Abruzzo	25	23	23	22	23	22
Molise	6	6	6	6	6	6
Campania	52	52	50	51	51	51
Puglia	62	58	56	55	56	55
Basilicata	12	11	11	9	9	7
Calabria	33	33	32	32	32	32
Sicilia	59	55	48	48	48	48
Sardegna	29	29	29	29	29	29
Italia	707	617	599	573	567	541

Regione	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Piemonte	368	720	881	758	770	763
Valle d'Aosta	8	14	23	25	23	23
Lombardia	889	1.441	1.322	1.358	1.383	1.396
Prov. Auton. Bolzano	155	214	225	241	257	241
Prov. Auton. Trento	40	103	109	76	80	80
Veneto	489	728	742	806	778	794
Friuli-Venezia Giulia	162	206	200	210	204	202
Liguria	276	502	502	495	544	582
Emilia-Romagna	204	484	529	640	654	683
Toscana	951	985	976	1.002	985	1.031
Umbria	118	151	138	135	138	140
Marche	246	324	376	400	436	427
Lazio	956	1.470	1.412	1.417	1.415	1.401
Abruzzo	87	207	251	260	272	279
Molise	55	86	90	67	88	103
Campania	1.263	1.846	1.913	1.925	1.879	1.889
Puglia	685	887	890	846	846	807
Basilicata	130	177	175	186	142	141
Calabria	385	544	587	639	646	649
Sicilia	1.638	1.919	1.890	1.900	1.904	2.007
Sardegna	230	470	479	504	492	505
Italia	9.335	13.478	13.710	13.890	13.936	14.143

Tabella 9
Evoluzione del numero
degli ambulatori
(1997-2002)
Fonte: Oasi

In sintesi, per quanto riguarda la struttura di offerta si stanno delineando due modelli. Il primo di questi è quello che privilegia la «specializzazione» della struttura di offerta rimandando al paziente o a soggetti terzi la funzione di «integrazione dell'assistenza». Un esempio di tale modello è offerto dalle Asl territoriali che hanno la funzione di acquirente per i propri cittadini, o dalle imprese di assicurazioni che stipulano convenzioni con le varie strutture di offerta.

Il secondo modello tende invece a creare «sistemi integrati» in grado di offrire una vasta gamma di servizi, coordinando al proprio interno l'erogazione di differenti tipologie (cure primarie, prestazioni ambulatoriali, prestazioni di ricovero, ecc.).

Quest'ultimo modello, che concettualmente caratterizza i sistemi a Ssn, si va diffondendo anche nei sistemi assicurativi nei quali si notano processi di fusione e acquisizione da parte di catene ospedaliere che si integrano con servizi specialistici per non degenti (strutture ambulatoriali e di cure primarie sul territorio), come già evidenziato con riferimento all'aumento esponenziale

negli USA degli schemi *Preferred Provider Organizations*.

2.2. Il finanziamento della spesa

La spesa oggi

Nel 2004 i consumi per sanità a carico diretto delle famiglie italiane sono ammontati a 24 miliardi di euro, corrispondenti all'1,8% del prodotto interno e a poco più del 20% della spesa sanitaria complessiva. L'Istat ripartisce le spese sanitarie a carico delle famiglie in prodotti medicinali e farmaceutici (12 miliardi), servizi medici e paramedici non ospedalieri (10 miliardi) e servizi ospedalieri (2 miliardi).

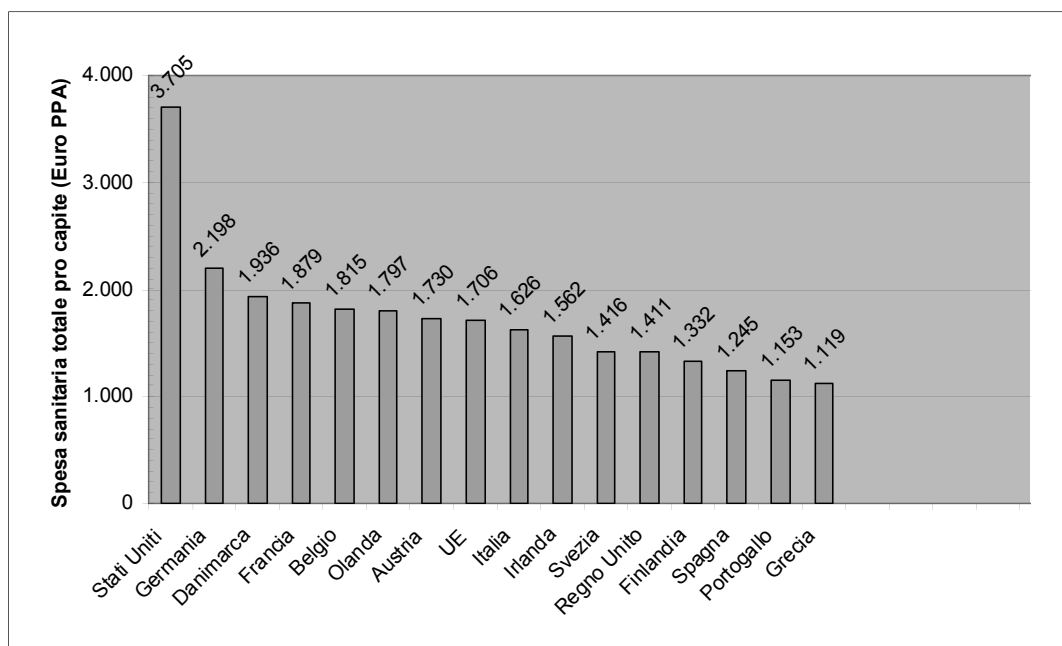
La spesa sanitaria totale procapite italiana si colloca a metà circa tra quella dei Paesi europei come si ricava dalla **figura 16**).

L'Italia è anche uno dei Paesi che ha la minore copertura pubblica della spesa (73,7% nel 2000), contro per esempio l'81% del Regno Unito. La copertura pubblica della spesa sanitaria è aumentata nel 2001, a causa

Figura 16

Spesa sanitaria totale
procapite
(Euro PPA) (2000)

Fonte: Elaborazione su dati OCSE
(OECD Health Data, 2002)



Nota: i dati della Svezia si riferiscono al 1998.

dell'abolizione delle compartecipazioni alla spesa farmaceutica (ticket), e si è leggermente ridotta nel 2002, per effetto delle misure di contenimento, che hanno riguardato ancora una volta l'assistenza farmaceutica. Il dato italiano relativo alla spesa per le famiglie può essere paragonato, sia pure con un diverso riferimento temporale, alla spesa *out of pocket* rilevata dall'Ocse per i Paesi aderenti. In Italia la spesa sanitaria è stata finanziata nel 2000 per il 23% da pagamenti effettuati direttamente dal beneficiario. Nel contesto europeo la nostra spesa diretta è elevata, paragonandosi al 10% della Francia o all'11% della Germania (figura 17). Nel nostro Paese è invece estremamente limitata in termini assoluti e relativi la quota di spesa finanziata dalle assicurazione private.

Non è quindi inopportuno interrogarsi sulla natura e la composizione della spesa diretta in Italia e sulle possibili modifiche istituzionali che potrebbero essere promosse, analizzando le spese per visite mediche, per accertamenti diagnostici e per ricoveri ospedalieri a carico dei beneficiari. Si noti che queste tre categorie dovrebbero coprire tutti i costi per consumi sanitari a carico delle famiglie, ad esclusione degli acquisti di prodotti medicinali e farmaceutici.

Nel 2003 l'Istat ha pubblicato un'indagine su «La cura e il ricorso ai servizi sanitari» riferita al 1999-2000, nella quale sono presentate molte informazioni per noi rilevanti e ancora significative, nonostante il tempo trascorso dalla rilevazione. Crediamo anzi che l'incidenza delle spese dirette sia aumentata in questi ultimi anni.

Per quanto riguarda le visite mediche, su un totale di 27 milioni di visite effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista e corrispondenti a 426 visite per 1000 persone, il 31% è stato effettuato a pagamento intero. Ignorando le visite generiche e pediatriche, nell'ambito di quelle specialistiche la percentuale di visite pagate dal paziente sale al 58%. Dai 7,6 milioni di visite mediche specialistiche a pagamento intero possono essere sottratte quelle odontoiatriche (poco più di 3 milioni) per le quali il pagamento diretto incide per 4/5. Per tutti gli altri tipi di visita, circa 4,5 milioni, l'incidenza del pagamento diretto è comunque vicina al 50%. L'Istat ha rilevato anche i tempi di attesa distinti per tipo di specialista (privato accreditato, privato a pagamento intero, pubblico e pubblico a pagamento intero): «Complessivamente, per una visita di tipo specialistico, il 17,3% delle persone ha aspettato più di due settimane, ma

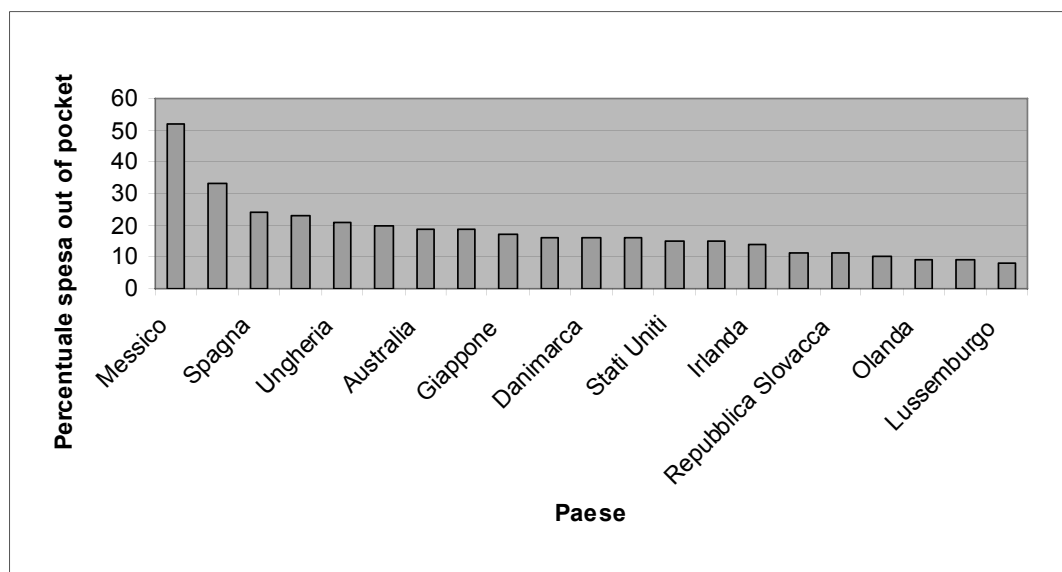


Figura 17
Spesa sanitaria diretta
a carico dei singoli
cittadini nei Paesi Ocse
Fonte: OECD Health Data
(2003), 2nd edition

nel settore pubblico questa percentuale sale al 28,8% contro il 9,6% del settore privato a pagamento intero. Le persone che si rivolgono al settore pubblico aspettano mediamente di più».

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, su 13 milioni di accertamenti effettuati nelle quattro settimane precedenti l'indagine il 19% sono stati a pagamento intero. Nelle strutture private circa il 40% degli esami hanno comportato una spesa superiore a 100 mila lire.

Infine, per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, è stata registrata un'assoluta prevalenza del ruolo delle strutture pubbliche (con l'88% dei ricoveri contro l'11% di quelle accreditate e l'1% di quelle private a pagamento intero). Elaborando l'ultimo dato, l'Istat ha rilevato che il 6,1% ha contribuito direttamente o tramite un'assicurazione privata al pagamento anche solo parziale delle spese relative al ricovero. Tra quanti hanno contribuito alle spese, più della metà ha contribuito alle sole spese sanitarie, mentre circa un quarto ha pagato le spese relative ai servizi e, sempre un quarto, ha sostenuto tutti i costi del ricovero. Il 78% delle persone che hanno sostenuto le spese per il ricovero ha contribuito direttamente, mentre circa il 20% ha utilizzato un'assicurazione privata.

L'evoluzione della spesa

Come è stato già osservato, numerosi fattori determineranno una rilevante crescita della spesa sanitaria nei prossimi decenni: dall'invecchiamento della popolazione all'adozione di nuove tecnologie, dai problemi della *long term care*, alle aspettative individuali di cure sofisticate, fino ai comportamenti della classe medica. Possiamo delineare l'evoluzione della spesa sanitaria futura (**tabella 10**) facendo riferimento alle stime della Ragioneria Generale dello Stato per la componente pubblica e di Piperno per quella privata (Mapelli, 2004).

Nel 2050 le risorse destinate alla sanità dovrebbero salire dall'8,8 del 2003 all'11,5 del 2050 in termini di Pil in un quadro di popolazione fortemente calante, ma molto più anziana in media.

È comunque opportuno distinguere fra la sostenibilità reale dell'aumento della spesa sanitaria e la finanziabilità della stessa.

Anche ipotizzando una crescita molto modesta del prodotto interno lordo nel periodo di previsione attorno all'1% (probabilmente inferiore a quello implicito nella previsione della Ragioneria), si può osservare che, sebbene la spesa sanitaria aumenti in termini assoluti e relativi, le risorse complessivamente disponibili per usi diversi dalla sanità risulterebbero sensibilmente più elevate (**tabella 11**). Il prodotto interno procapite, al netto

Tabella 10

Previsioni della spesa sanitaria al 2050 in Italia (valori percentuali sul Pil)

Fonte: ns. estrapolazione da tabella 1, Mapelli (2004)

Italia (previsioni)	Pubblica		Privata			Totale			Incremento anno base-2050			
	anno base (a)	2030	2050	anno base (a)	2030	2050	anno base (a)	2030	2050	Pub.	Priv.	Tot.
Ministero dell'Economia (2003)	6,3 ^a	7,5	8,1	-	-	-	8,8	10	11,5	1,8	0,9	2,7
Piperno (2002) - proiezione base				2,5	3,1	3,4						

(a) 2002.

Hp: tasso di crescita PIL 1%	2003	2030	2050
PIL (Mld €)	1.300	1.700	2.075
Sanità pubblica	80,6	127,5	168,075
% PIL	6,2	7,5	8,1
Sanità privata	32,5	52,7	70,55
% PIL	2,5	3,1	3,4
Totale sanità	113,1	180,2	238,625
% PIL	8,5	10,6	11,5
PIL al netto spesa sanitaria (Mld €)	1.186,90	1.519,80	1.836,38
Popolazione (Mln)	57	57	52
PIL pro capite al netto spesa sanitaria	20.823	26.663	35.315

Tabella 11

Evoluzione Spesa Sanitaria e PIL pro capite al netto della Spesa Sanitaria

Fonte: ns. elaborazione

degli impieghi sanitari, dovrebbe infatti salire dai 21 mila euro del 2003 ai 27 mila del 2030, fino ai 35 mila del 2050 (quando si sarà verificato il previsto calo demografico).

Diverso e più delicato dal punto di vista politico-economico è invece il problema della finanziabilità di una spesa sanitaria assai più elevata di quella attuale. Con una spesa complessiva più elevata di quella corrente potrebbe emergere con maggior evidenza il ruolo delle assicurazioni sanitarie private, che infatti allargherebbero le possibilità finanziarie del sistema sanitario complessivo. L'incremento, in termini di prodotto della spesa, imporrà infatti o un adeguamento delle aliquote fiscali e contributive, o la ricerca di nuove basi imponibili, ponendo come osservato problemi politici e sociali non facili da affrontare. In questa prevedibile evoluzione della spesa sanitaria verso nuovi equilibri a livelli più elevati si collocherà certamente

un diverso ruolo delle assicurazioni sanitarie private. Queste potranno svolgere un ruolo positivo in termini di allargamento delle possibilità finanziarie e, di conseguenza, di aumento della capacità di offerta di prestazioni e servizi, oltre che incrementare la possibilità di scelta individuale e, quindi, la domanda stessa delle cure mediche, nonché garantire una parziale copertura dei costi individuali delle *long term care*.

D'altro canto, lo spostamento verso un sistema con una forte componente assicurativa privata potrebbe far emergere rischi di sottoassicurazione per particolari categorie di popolazione, o problemi di segmentazione nell'accesso alle prestazioni in base allo status assicurativo individuale. Inoltre, le esperienze internazionali attestano che i sistemi sanitari privati determinano un aumento della spesa sanitaria complessiva, dovuto in parte alle difficoltà di controllo dei costi complessivi.

Coordinare lo sviluppo del privato

La maggiore autonomia e responsabilizzazione delle Regioni nel sistema di tutela della salute ha influito su uno sviluppo del privato che non sempre si è coordinato con le politiche regionali. Tale assenza di coordinamento è da imputare anche alla mancanza di chiarimenti del contesto legislativo, con la legge 229/99 largamente inapplicata, e con disposizioni delle leggi finanziarie relative alla sanità – o altri provvedimenti legislativi statali e regionali – non sempre coerenti o, addirittura, contraddittori tra loro.

L'incertezza del quadro normativo e finanziario ha ostacolato le Regioni nel definire una chiara programmazione, o degli indirizzi precisi, e ha avuto come conseguenza anche la difficoltà di applicare gli indirizzi regionali stessi, soprattutto in riferimento al rapporto pubblico-privato per l'offerta dei servizi e per il finanziamento della spesa.

Il privato si è sì sviluppato, ma in modo disorganico e all'interno di regole non precise, e questo per mancanza di un sistema coerente di regole nazionali e regionali, per l'assenza di risorse finanziarie, per l'inadeguatezza degli strumenti di raccolta di informazioni, controllo, valutazione della qualità dei servizi e gestione delle risorse umane (ad esempio, blocco degli organici e *turn over* limitato).

Vi è stata così anche una diffusione delle «sperimentazioni gestionali», favorite con appositi finanziamenti, che spesso hanno portato a soluzioni innovative. Tali sperimentazioni non sono però state poi diffuse rapidamente e, quindi, non sono diventate patrimonio generalizzato del sistema e strumento per un suo miglioramento complessivo.

2.3. Schemi e strumenti di finanziamento

Drg o managed care

L'introduzione nel 1995 del sistema di finanziamento dei ricoveri su base dei Drg, peraltro applicato in modo differenziato nelle diverse Regioni, ha prodotto una serie di effetti positivi e negativi.

Tra quelli positivi vi è sicuramente una maggiore attenzione ai costi e alle esigenze di razionalizzazione organizzativa interna degli ospedali. Tra quelli negativi vi è lo spostamento della classificazione dei pazienti tra i diversi Drg al solo fine di ottenere tariffe più convenienti (inappropriatezza della classificazione che solo in alcune Regioni si è cercato di limitare con verifiche e controlli); assieme al manifestarsi di inadeguatezza dei trattamenti, quali ad esempio dimissioni premature con secondo ricovero, o politiche per ridurre o evitare i casi con tariffe Drg giudicate inadeguate rispetto ai costi.

Il sistema di finanziamento Drg, che può essere efficace per le fasi acute se applicato correttamente, presenta limiti rilevanti quando non è collegato ad un organico sistema di

finanziamento per le attività pre e post ricovero. Al riguardo si prospetteranno per il futuro due differenti scenari.

Il primo scenario è dato dall'estensione del sistema di finanziamento di tipo Drg, ossia tariffe standard per tipologie di prestazioni, anche ad attività non legate al ricovero, tipiche della fase pre e post acuzie (ad esempio Drg ambulatoriali, Drg per tipologie di assistenza domiciliare, per prestazioni di riabilitazione, e così via).

Un altro scenario potrebbe essere invece offerto dall'introduzione di schemi di finanziamento del tipo «managed care», fondati sul principio che le risorse sono messe a disposizione di chi «si prende in carico» un paziente con determinati problemi di salute, e non sono correlate alle singole prestazioni erogate.

Il primo sistema è di difficile attuazione sul piano tecnico-economico e contabile, in quanto si riscontrano estreme difficoltà nella definizione di tipologie omogenee di prestazioni e di calcolo di un «costo standard» dello stesso. Questo sistema esprime inoltre una concezione «frammentata» del processo di assistenza (che è contraria a tutte le tendenze in campo scientifico e ad una cultura matura di attenzione alla persona e non alla malattia) e stimola orientamenti verso la cosiddetta «medicina prestazionale». Si tratta quindi di uno scenario che orienta le strutture d'offerta a privilegiare la quantità (intesa come aumento della produzione e della produttività), con il grave rischio di sottovalutare la qualità dell'assistenza, quando essa non sia considerata elemento competitivo rilevante.

Gli schemi di «managed care», al contrario, hanno lo scopo di privilegiare la ricerca «dei percorsi del paziente», di «profili di cura» o di trattamenti per lungodegenti, idonei a minimizzare – o a rendere conveniente per la struttura di offerta – i costi complessivi di fronte ad una assegnazione definita (standard) di risorse. Gli schemi del tipo Drg privilegiano logiche di «ottimizzazione parziale» delle singole prestazioni, quelli del tipo «managed care» privilegiano invece logiche di «ottimizzazione globale o complessiva». Anche questi ultimi sistemi di finanziamento, comunque, presentano difficoltà sul piano tecnico-economico, e possono determinare distorsioni nei comportamenti effettivi.

Le difficoltà principali sono legate alla maggiore incertezza nelle previsioni dei percorsi e dei profili di cura di fronte a determinate situazioni di salute (si pensi alla molteplicità delle alternative di percorsi di cura oggi esistenti) e, soprattutto nel caso di pazienti lungodegenti, alle previsioni sulla durata di vita residua e alla probabilità del manifestarsi di complicanze. Anche nei sistemi di «managed care» esiste il rischio che, di fronte ad eventi imprevedibili che causano costi superiori rispetto alle risorse assegnate, le strutture di offerta possano essere indotte ad abbassare i livelli qualitativi dell'assistenza o delle singole prestazioni, o possano restringere l'accesso. Inoltre, il rischio è quello del manifestarsi di processi di selezione avversa, con strutture che si rifiutano di prendere carico di pazienti «ad elevato costo», che vengono così demandati al settore *non profit* o ad altre forme di solidarietà sociale.

I due differenti schemi hanno entrambi dei riflessi sulla possibile espansione di sistemi di assicurazioni, o anche di fondi integrativi di diversa natura. In tutti e due i casi i gestori delle assicurazioni o dei fondi pensione dovrebbero passare dal ruolo di «terzo pagante», spesso avuto nel passato, a quello di «controllo professionale sulle modalità assistenziali». Negli schemi di tipo Drg il controllo dovrebbe essere concentrato sull'appropriatezza delle cure e sui costi unitari, mentre nel «managed care» tali controlli dovrebbero essere rivolti alla qualità dei processi di diagnosi o cura, alla corrispondenza ai protocolli d'indirizzo, e alle linee di condotta scientificamente ed eticamente corrette nel caso di trattamenti per lungodegenza.

La previdenza sanitaria integrativa

La previdenza sanitaria integrativa in Italia non è molto sviluppata, ma non è neppure trascurabile. Si stima che vi siano circa 2 milioni di persone coperte da assicurazione privata, a cui si aggiungono 3,6 milioni di persone (1,8 milioni di iscritti più i familiari) assistiti da fondi di impostazione mutualistica come casse aziendali e interaziendali, fondi di categoria e professionali, società di mutuo soccorso, o casse edili.

Ad oggi (dati NOMISMA 2003) risultano operanti in Italia 400 fondi integrativi. Si tratta di fondi costituiti prima o comunque

al di fuori del D.L.vo 229/99 e che per questo sono generalmente definiti come «Fondi NON DOC» (per distinguerli da quelli previsti appunto dal D.L.vo 229/99, qualificati come «Fondi DOC»). I fondi integrativi attualmente operanti in Italia (secondo un campione di fondi che coprono il 61% della popolazione totale degli assistiti) coprono diverse tipologie di soggetti: tutti i lavoratori dipendenti senza distinzione (50%), solo determinate categorie di dipendenti (40,32%), lavoratori autonomi e liberi professionisti (25,81%), pensionati (47%, soprattutto casse aziendali e fondi di categoria). Inoltre, circa l'80% dei fondi estende la copertura anche ai familiari degli iscritti.

Con riferimento esclusivo ai fondi su base categoriale e aziendale, nella maggior parte dei casi (71%) l'adesione è volontaria, mentre nel restante 29% è automatica all'atto dell'assunzione. Mediamente, i fondi coprono circa 26.900 soggetti (iscritti + aventi diritto), ma esiste una notevole variabilità: da un minimo di 100 assistiti ad un massimo di quasi 300.000. Come era prevedibile, i fondi di categoria sono quelli che presentano la dimensione media più ampia (in media oltre 76.000 assistiti).

Analizzando i pacchetti assicurativi offerti sembra emergere un ruolo «integrativo» da parte dei fondi, che offrono quindi molte prestazioni non rientranti nei LEA come le cure odontoiatriche, la fornitura di occhiali e lenti, le protesi odontoiatriche e altre protesi, le prestazioni di fisioterapia, la medicina fisica e la riabilitazione ambulatoriale. In molti casi, tali prestazioni sono escluse anche dal campo delle assicurazioni private, come per esempio le cure e le protesi odontoiatriche, o la medicina alternativa. Nei pacchetti offerti assumono particolare rilevanza anche le prestazioni aventi carattere sostitutivo o supplementare rispetto ai LEA, quali i ricoveri, gli interventi chirurgici e, soprattutto, le visite specialistiche e le prestazioni diagnostiche erogate da strutture private o in regime di libera professione intramuraria.

Benché l'offerta sembri orientarsi verso la copertura di molte prestazioni integrative, l'analisi dei rimborsi effettivamente concessi mostra una rilevante incidenza di quelli relativi a prestazioni sostitutive e/o supplementari rispetto a quanto garantito dal Ssn (sia in termini di spesa, 55,31%, che di volumi

59,07%), soprattutto per ciò che riguarda le prestazioni diagnostiche e le visite specialistiche fruite in regime privato o di libera professione intramuraria. Le ragioni di tale prevalenza delle prestazioni comprese nei LEA possono essere in parte ricondotte alla inadeguatezza dell'offerta pubblica, ma sono anche attribuibili alla previsione da parte dei fondi di notevoli limitazioni nella copertura delle prestazioni integrative. Così, per i farmaci è prevista generalmente una franchigia e/o un rimborso parziale – pari a poco più del 50% della spesa – per i farmaci a totale carico dell'utente, mentre l'eventuale rimborso di farmaci integralmente coperti dal Ssn e acquistati privatamente è parziale solo nel 50% dei casi, e il rimborso dei ticket avviene integralmente e senza franchigia.

Una quota molto ridotta di fondi (6%) è proprietaria di strutture sanitarie, mentre nella totalità dei casi si prevede comunque la stipula di convenzioni con strutture e servizi esterni, generalmente privati.

Circa il 30% dei fondi pone il divieto di iscrizione o esclude la copertura del fondo in relazione a particolari caratteristiche personali, normalmente riconducibili all'età (massimo 60-75 anni), alla preesistenza di particolari patologie croniche, o allo stato di alcolismo e/o tossicodipendenza.

Nel 94% dei casi è prevista la contribuzione da parte dell'iscritto, calcolata in quota fissa (70% dei casi, con un ammontare medio annuo di circa 290 euro), o in percentuale sulla retribuzione lorda (30% dei casi, con una media dello 0,64%).

Il 74% dei fondi, specificamente le casse aziendali e di categoria, si finanzia anche con i contributi a carico dei datori di lavoro, anche in questo caso con una quota fissa o in percentuale sulle retribuzioni.

Fondi DOC

I «Fondi DOC» dovrebbero rappresentare una forma di mutualità volontaria, caratterizzata da tre elementi: non selezione all'entrata, non discriminazione nei premi da pagare, non concorrenza con il Ssn. A più di cinque anni dalla legge istitutiva tali fondi non hanno però ancora visto la luce, anche perché non è stato emanato il regolamento per disciplinarne la costituzione e il funzionamento. La ricerca Pfizer-Nomisma-Criep (2003) im-

puta il ritardo nell'avvio dei Fondi ad un problema di «selezione avversa»: a causa della regola di non rifiuto e non discriminazione, affluirebbero ai Fondi essenzialmente persone con un fabbisogno prospettico di cure superiore a quello medio cui va invece commisurato il contributo associativo. Da questo deriverebbe un inevitabile squilibrio economico che, in quanto già prevedibile, ha impedito fino ad oggi il decollo di questi Fondi. Essi potrebbero funzionare solo se si adottasse un meccanismo pubblico di riassicurazione per loro, oppure se si consentisse qualche differenziazione della quota in relazione allo stato di salute, o ancora se si concedesse un largo beneficio fiscale.

3. Conclusioni: scenari e possibili spazi per la collaborazione pubblico-privato

3.1. Spesa sanitaria come volano per l'economia

I tentativi di contenimento della spesa sanitaria sono destinati a creare rilevanti problemi di accettabilità e sostenibilità sociale, ed è quindi necessario spostare l'attenzione sull'obiettivo di attrarre verso il settore un volume crescente di finanziamenti pubblici e privati.

Da questo punto di vista una possibile linea d'azione è quella di individuare quella parte di «spesa per la salute» capace di agire come volano dell'economia, dell'innovazione (che parta dalla sanità e si estenda ad altri settori e non viceversa come nel recente passato), nonché dell'occupazione (data la caratteristica di alta intensità di lavoro).

Ian Read, Vice Presidente Pfizer, in un articolo apparso sul Financial Times del 17 agosto 2005 e che aveva come sottotitolo «Europe's investment health fails its people» ha espresso una serie di concetti importanti sulla sanità come volano dell'economia. Secondo Read,

– l'Europa deve prima di tutto affrontare il problema della concezione della tutela della salute come un investimento per la sua popolazione, invece che come un costo per i governi;

– per più di un decennio il dibattito politico è stato condizionato dallo schema concettuale che considera la spesa sanitaria co-

me «consumo»: una visione più ampia e di largo periodo dovrebbe considerare la spesa sanitaria come un investimento in un «nuovo motore dell'economia»;

– molti governi europei cercano strumenti per contenere la spesa sanitaria per ottenere risparmi immediati, senza una completa analisi e la considerazione degli effetti di medio-lungo periodo sull'economia e la salute;

– considerare la tutela della salute e la relativa spesa come primo motore dell'economia non deve essere considerato positivo solo per l'economia, ma è anche positivo sul piano politico.

Gunter Verheugen, Vice Presidente della Commissione Europea, ha recentemente affermato che «noi non riusciremo ad affrontare e risolvere il problema della salute se continueremo a considerarlo come un vincolo».

Le motivazioni di politica economica e di politica *tout court*, che stanno alla base di queste considerazioni sono le seguenti:

a) si tratta di un settore ad elevata intensità di lavoro²;

b) si tratta di un settore ad elevata qualità dell'occupazione e ad elevato contenuto di conoscenze (che a sua volta si sostanzia in due aspetti logicamente separati: 1) la rilevante autonomia professionale esercitata da gran parte degli operatori e 2) la presenza – con una proporzione che non ha pari nell'intero mondo del lavoro – di professioni codificate e organizzate in ordini e collegi professionali);

c) si tratta di un settore che sostiene un indotto di qualità.

L'innovazione tecnologica e i suoi effetti economici

Quanto appena detto può essere esemplificato e ulteriormente approfondito analizzando il legame esistente tra mondo della salute e innovazione tecnologica. L'allargamento delle conoscenze, a parità di altre condizioni, è stato un fattore di crescita della spesa, ma può anche essere considerato promotore dello sviluppo economico; inoltre, l'aumento di costi a livello di singola terapia tende a ridursi nel corso del tempo, se non altro per il progressivo assorbimento sugli investimenti effettuati in ricerca e sviluppo.

Il progresso tecnologico consente anche di sostituire tecnologie e modalità di cura divenute obsolete, sia per efficacia terapeutica che per ragioni economiche. Possiamo esemplificare questo punto con l'operazione della cataratta (l'esempio è tratto da Cutler, McClellan, 2001). Alla fine degli anni '60 l'operazione della cataratta era un intervento complesso. Richiedeva una degenza ospedaliera di tre giorni e l'impiego di rilevanti risorse umane e materiali, con frequenti complicanze postoperatorie. A partire dagli anni '90 queste operazioni sono effettuate senza necessità di ricovero in meno di 30 minuti, con un'incidenza molto ridotta delle complicanze postoperatorie.

Il recupero della capacità visiva è inoltre notevolmente migliorato. Dal punto di vista economico, nonostante l'incremento delle remunerazioni del personale medico, il costo totale di questo intervento è rimasto sostanzialmente immutato in termini reali. Gli autori concludono che la sostituzione delle nuove modalità d'intervento, ricollegabile all'allargamento delle conoscenze, ha comportato importanti benefici netti.

Il progresso tecnologico implica anche un'espansione degli interventi. Sempre facendo riferimento all'operazione della cataratta, si osserva che attualmente si effettuano operazioni anche in situazione di minore necessità rispetto al passato. In questo, come in altri casi, ci si può chiedere se questi interventi siano socialmente giustificati, ossia se il costo dell'intervento, in linea generale finanziato con qualche meccanismo assicurativo, è inferiore al vantaggio, in termini di migliore qualità della vita, che ne trae il paziente. Possiamo citare le conclusioni dei due autori citati: per una persona che abbia una speranza di vita di cinque anni, il miglioramento della capacità visiva derivante dall'intervento operatorio corrisponde a un anno di «improved quality adjusted life». Se si tiene presente che un'operazione della cataratta costava alcuni anni fa al Medicare fra i 2000 e i 3000 dollari, si trae la conclusione che anche valutazioni molto prudenti del valore di un anno di vita qualitativamente migliore giustificano in termini di costi e benefici l'intervento.

Il progresso tecnologico sembra dunque operare secondo molteplici canali sul livello della spesa sanitaria.

Alla sostituzione delle vecchie modalità di cura (con presumibili effetti di contenimento delle spese) e all'approfondimento terapeutico (che comporta maggiori spese) si aggiunge il progresso scientifico generalizzato con effetti incrementativi della spesa per l'allargamento delle aree d'intervento. Gli effetti del progresso scientifico e tecnologico sono evidenziati da numerosi indicatori, fra i quali il più immediato è l'allungamento della vita media.

Nelle fasi iniziali di applicazione delle nuove terapie la crescita della spesa riflette in misura rilevante il fatto che l'introduzione di nuove terapie richiede forti investimenti in ricerca e sviluppo, anche se si deve pensare che il progressivo ammortamento di queste spese porti ad una diminuzione del costo medio unitario delle singole terapie.

A questo riguardo si può qui ricordare che il governo degli Stati Uniti individua nel ruolo svolto dalla ricerca medica compiuta in quel Paese la causa del più elevato livello di spesa sanitaria rispetto agli altri Paesi sviluppati: «Gli incentivi finanziari all'innovazione si rifletteranno sulla spesa sanitaria USA grazie all'effetto combinato di prezzi e salari più elevati e di un utilizzo superiore a quello di altri Paesi. Dopo essere stato sviluppato grazie a una combinazione di talenti e di capitali, tuttavia, il prodotto o servizio può essere utilizzato al di fuori degli Stati Uniti. I Paesi in cui la regolamentazione ha soppiantato le forze di mercato avranno la possibilità di avvantaggiarsi degli USA senza dover sostenere un costo altrettanto elevato» (*Economic Report of the President of the United States*, 2004, pag. 190).

Nella posizione del governo americano possiamo certamente riconoscere un punto essenziale ed incontrovertibile: importanti investimenti in ricerca e sviluppo sono il presupposto per la *leadership* nel campo dell'innovazione terapeutica, anche se qualche ulteriore considerazione sul ruolo delle politiche pubbliche nei confronti del settore medico deve essere avanzata.

Come si legge anche nell'*Economic Report*, è vero che dalla *leadership* innovativa deriva la possibilità per le imprese che detengono i brevetti di sfruttare la loro posizione monopolistica, applicando i prezzi appropriati ed entrando nei diversi mercati seguendo appropriate strategie, ma è altret-

tanto vero che le modalità di regolamentazione specificamente adottate influiscono fortemente sul livello della spesa sanitaria, sul tasso di profitto del capitale investito delle imprese che operano nel settore medico e anche sulla propensione ad investire in ricerca e sviluppo.

Facendo esclusivo riferimento all'industria farmaceutica, da un'indagine dell'*Economist* del 2003 risulta che negli Stati Uniti la spesa per farmaci è superiore a quanto si spende in aggregato in Regno Unito, Francia, Germania, Italia, Spagna e Giappone, come risultato del fatto che gli americani consumano più farmaci, ma anche dei prezzi più alti applicati in quel Paese. I prezzi sono più elevati per l'atteggiamento particolarmente permissivo assunto dal governo americano a partire dagli anni '80 per quanto riguarda prezzi e durata dei brevetti.

I prezzi applicati consentono alle imprese farmaceutiche di ottenere tassi di profitto estremamente elevati in termini assoluti e relativi. Nel 2003 il tasso di profitto delle imprese farmaceutiche comprese nel Fortune 500 è stato pari al 14,3% dei ricavi, contro un valore mediano di tutti gli altri settori del 4,6% (Angell, 2004, p. 5). Ovviamente nell'industria farmaceutica sono elevate le spese per Ricerca e Sviluppo, intrinsecamente incerte nel loro esito (pari nel 2001 al 14% dei ricavi). I critici dei comportamenti di imprese e governo in materia sanitaria sottolineano tuttavia che le spese per Ricerca e Sviluppo, oltre ad essere tendenzialmente inferiori ai profitti, sono comunque dominate da tutte le spese classificate come «marketing and administration» (ammontate nel 2002 al 31% dei ricavi). Sempre gli stessi critici osservano che la capacità innovativa sembra essersi ridotta in questi anni, per effetto anche dell'eccesso di protezione di cui ha goduto l'industria negli ultimi venti anni. Infine, si deve osservare che l'industria farmaceutica è un'industria in cui le imprese americane convivono con quelle di altri Paesi: nell'insieme delle dieci maggiori imprese 5 sono statunitensi, 2 inglesi, 2 svizzere e 1 francese.

L'esperienza americana degli ultimi anni, se sottolinea l'importanza della ricerca tecnologica in ambito sanitario, indica anche che il confine fra giusta remunerazione di attività rischiose, come sono quelle di ricerca, e protezione di posizioni di rendita,

come sono quelle di imprese che godono di protezioni estese nel tempo, è molto sottile; nello stesso tempo si può pensare che l'eccesso di spesa americana rispetto agli altri Paesi non è semplicemente riconducibile alla particolare intensità dell'attività di ricerca e di innovazione da parte delle imprese, come sembra sostenere l'*Economic Report*, ma riflette anche una più generale impostazione di politica sanitaria che ha reso difficile il controllo della spesa, pubblica e privata (come abbiamo già visto). In altri termini, risultati analoghi sul piano dello sviluppo delle conoscenze medico-scientifiche avrebbero potuto essere ottenuti in un quadro più controllato, come dimostra l'esperienza di alcuni Paesi europei.

In una posizione simmetrica rispetto a quella degli Stati Uniti, si pongono invece i Paesi in cui una politica miope da parte delle autorità pubbliche, genericamente finalizzata al contenimento dei costi della sanità, ha ridotto e riduce le potenzialità di crescita di importanti settori dell'economia nazionale.

È ovvio osservare che la ricerca medica, nelle forme in cui si è sviluppata negli ultimi decenni, si avvale degli avanzamenti ottenuti in numerosi campi disciplinari di grande rilievo per lo sviluppo economico di un Paese e nello stesso tempo individua ed alimenta essenziali linee di ricerca. La ricerca medica d'altro canto coinvolge sia le strutture deputate alla ricerca fondamentale, tipicamente le università, sia le imprese tendenzialmente orientate, in tutti i Paesi del mondo, al momento applicativo.

Le precedenti osservazioni portano ad affermare che nella valutazione delle risorse destinate alla sanità la semplice considerazione delle dimensioni complessive della spesa, senza alcuna valutazione della sua composizione e delle esternalità che derivano da moderne strutture di ricerca e dalla presenza d'imprese innovative, può essere fuorviante. Livelli di spesa contenuti possono infatti essere il risultato della progressiva riduzione delle potenzialità di sviluppo di un Paese.

In Italia negli ultimi decenni la dinamica della spesa sanitaria è stata contenuta, soprattutto se paragonata a quella degli altri Paesi. Non è tuttavia irragionevole pensare che il controllo della spesa sia stato realizzato in un quadro di progressivo deterioramen-

to qualitativo del sistema di ricerca pubblica e privata e dell'apparato produttivo in settori ad alto potenziale di crescita.

3.2. Un ruolo per il privato

Le politiche sanitarie devono essere segmentate sulla base della popolazione e delle condizioni di salute: per alcuni segmenti il privato può avere più ampi spazi rispetto ad altri che sono inevitabilmente demandabili all'intervento pubblico.

Le aree dove il privato potrebbe trovare spazi appropriati sono, per esempio, quelle legate alle alte specialità, escluse quelle di frontiera che sono tipicamente sviluppate nelle strutture pubbliche per il loro collegamento con la ricerca e i conseguenti elevati costi e rischi sul piano della remuneratività; ancora, il privato potrebbe inserirsi nella diagnostica strumentale, per la quale sono rilevanti la tempestività e la flessibilità rispetto alle esigenze del paziente in termini di orari, possibilità di appuntamenti, ecc., nelle strutture di lungodegenza e, infine, in alcune aree della riabilitazione.

In particolare, l'individuazione dei segmenti «elettivi» per il privato (assicurativo o che offre servizi) dipenderà dalla capacità di individuare soluzioni idonee capaci di fornire ai pazienti un «elevato valore aggiunto» reale (come la riduzione dei tempi di attesa), o percepito, e di dimostrare una creazione di «valore collettivo per il sistema pubblico», ossia un contributo a ridurre costi elevati o a migliorare in misura significativa la qualità dell'assistenza.

Uno spazio che si apre per il privato è dato dalla partecipazione a forme di gestione «mista» nelle quali si possa creare una sinergia tra politiche della salute e capacità imprenditoriali e gestionali, così come avviene nelle fondazioni o negli schemi per i fondi integrativi concordati con le Regioni.

Si può anche pensare alla creazione di forme di accordo con «reti di professionisti», specie per tutte quelle tipologie di assistenza meno legate a singole prestazioni e più alla «gestione complessiva del paziente».

Il privato vede inoltre aprirsi molti spazi riguardo sia all'offerta dei servizi, sia alla funzione di «broker» dell'offerta per conto dei cittadini, ad esempio dei propri assicurati. Per il sistema nel suo complesso si pone la

classica alternativa di valutare i costi (espliciti ed impliciti) del coordinamento e dell'integrazione tramite «il mercato» (o attraverso soggetti distinti, come nel caso delle Asl territoriali rispetto alle aziende ospedaliere), nonché quella di confrontare i costi di coordinamento e integrazioni interne delle «reti» private (grandi *Health Corporation* degli USA), o pubbliche (ad esempio «aree vaste» della Toscana).

Garanzia della qualità

Al privato potrebbe toccare il compito di garantire quegli elementi di qualità dei servizi cui i cittadini sembrano particolarmente sensibili, come emerge dalle risposte raccolte da numerose indagini sui livelli di soddisfazione e sulle attese nei confronti di servizi pubblici e privati. Si fa riferimento, in particolare, alla rapidità nell'ottenimento di prestazioni diagnostiche, alla possibilità di ottenere consulti specialistici o doppi consulti in caso di necessità o altro.

Si ricorda, a questo riguardo, la suddivisione della spesa *out of pocket* sulle visite specialistiche. Secondo i dati Istat nel biennio 1999-2000 l'85,2% delle visite odontoiatriche sono state effettuate da privati a paga-

mento intero, così come il 60% delle visite ostetrico-ginecologiche (tabella 12).

La presenza del privato potrebbe aiutare a razionalizzare l'elevata spesa *out of pocket* che caratterizza il nostro Paese, incanalandola verso forme che possano prevedere la condivisione dei rischi. In questo modo si eviterebbe la completa esclusione della spesa diretta, così come avviene oggi, da meccanismi di solidarietà distributiva.

La spesa *out of pocket* si suddivide infatti in tanti rivoli. Sono quindi possibili interventi di razionalizzazione offrendo assicurazioni individuali o familiari, oltre a quelle aziendali, che garantiscano:

a) accertamenti diagnostici rapidi e tempestivi, eventualmente a casa del paziente, tramite una rete di medici di medicina di base o di «specialisti di primo livello» sul territorio: ciò evidentemente nei casi in cui gli accertamenti a domicilio siano tecnicamente possibili e sicuri (con varie tecnologie sanitarie facilmente trasportabili che si stanno approntando) e legalmente consentite per ragioni di responsabilità;

b) servizi nel settore ostetrico-ginecologico (uno dei più ampi per spesa privata sostenuta direttamente) sia per prevenzione di patologie tumorali o di altro tipo, sia per se-

Tipo di visita	Tipo di specialista					Totale
	Privato accreditato	Privato a pagamento intero	Pubblico	Pubblico a pagamento intero	Non so	
Geriatrics	17,0	16,2	61,3	5,2	0,3	100,0
Cardiologia	16,8	34,0	45,2	3,7	0,3	100,0
Ostetrico-ginecologica	8,2	60,0	27,9	3,9	0,0	100,0
Oculistica	9,6	49,5	37,7	2,7	0,4	100,0
Odontoiatrica	5,4	85,2	7,7	1,4	0,3	100,0
Otorino-laringoiatrica	9,6	38,8	47,3	4,2	0,1	100,0
Ortopedica	14,4	39,8	40,9	4,5	0,4	100,0
Neurologica	9,7	36,2	50,1	3,9	0,1	100,0
Psichiatrica, psicologica	11,2	22,0	62,1	4,3	0,4	100,0
Urologica	14,3	33,7	48,4	3,3	0,2	100,0
Gastro-enterologica	12,3	27,9	53,0	5,7	1,1	100,0
Dietologica	11,7	54,7	28,2	4,1	1,3	100,0
Dermatologica	12,0	42,1	41,3	4,3	0,4	100,0
Altra specialistica	10,7	39,1	45,2	3,7	1,2	100,0
Totale	10,1	52,8	33,4	3,2	0,4	100,0

Tabella 12

Persone che nelle quattro settimane precedenti l'intervista hanno effettuato visite mediche specialistiche per tipo di specialista e tipo di visita. Anni 1999-2000

Fonte: Istat

guire gravidanze, sia per assistenza nei mesi post-parto nei quali spesso vi è il ricorso al pediatra per ragioni emotive: concordare con «gruppi di medici associati» (di medicina generale, pediatri, ostetrici ginecologici, ostetrici e operatori della prima infanzia) protocolli di assistenza a rimborso «complessivo» per seguire madri e bambini nel periodo critico (modello « managed care») potrebbe portare a ridurre i costi per il servizio sanitario e anche per i pazienti come individui;

c) doppia diagnosi da parte di «specialisti» (per diversi settori della salute): per le assicurazioni questi servizi possono essere «sostenibili» con «prezzi sostenibili», se riescono ad attivare reti di medici di medicina generale, specialisti di primo livello (ospedalieri che svolgono la libera professione e non ospedalieri) che si impegnano ad adottare protocolli di diagnosi e cura comuni, che svolgono periodiche iniziative di formazione condivisa (per trasferire il più possibile alla periferia il *know how* specialistico), che sono collegati in rete.

Servizi scoperti

Il privato potrebbe assicurare anche la copertura di alcuni servizi che, anche se eventualmente garantiti formalmente dai LEA, risultano oggi particolarmente carenti per scarsità di offerta. Si pensi soprattutto alle prestazioni di lungodegenza, a servizi che richiedono alta tecnologia o tecnologie innovative disponibili solo in poche strutture in Italia o all'estero, e nelle quali si hanno lunghe liste d'attesa. Tale spazio di intervento del privato potrebbe essere coperto tramite la collaborazione e la *partnership* di «soggetti» diversi, alcuni specializzati nella gestione dei servizi (come istituzioni *non profit* per lungodegenti), altri nella costruzione delle strutture e nella realizzazione/acquisto di alte tecnologie, altri, infine, che garantiscono il finanziamento ad esempio nella forma del *project financing*.

Tra le aree scoperte una sottolineatura particolare la merita la *long term care*, un settore per il quale l'Italia spende molto meno rispetto agli altri Paesi (cfr. figura 3). Anche tra i Fondi sono pochi quelli che offrono copertura assicurativa per le prestazioni di *long term care*, rimborsando le rette delle RSA e delle case di cura e le spe-

se per l'assistenza domiciliare. Il rimborso, quando previsto, è sempre parziale, e con valori vicini al 30%, sia per le prestazioni fruito completamente in regime privato, sia nel caso di integrazione di rette o tariffe di servizi pubblici. Tale carenza rappresenta un aspetto molto critico, se si considerano le tendenze attualmente in atto sul fronte dei bisogni essenzialmente legati alla struttura demografica (cfr. **tabella 13**).

Rispetto a questo tema possono risultare significative l'esperienza della Germania (dove dal 1995 è operante un fondo obbligatorio per non autosufficienti che assiste oltre 1.500.000 soggetti), o del Giappone (dove tale fondo obbligatorio è stato introdotto nel 2000). Il fatto che in ogni Paese vi sia una rilevante componente della popolazione caratterizzata da una elevatissima probabilità di evento negativo può essere affrontato attraverso due possibili ipotesi di organizzazione del sistema sanitario nel suo complesso. Da un lato, si può optare per un sistema pubblico con adesione obbligatoria per la generalità della popolazione ed esteso all'intero arco di vita. In questa ipotesi la componente assicurativa privata avrebbe solo un ruolo integrativo o parzialmente sostitutivo, comunque non dominante. In alternativa, il sistema pubblico obbligatorio potrebbe erogare prestazioni solo ad individui ad alto rischio (pur essendo il finanziamento in generale a carico di tutti i lavoratori). In questo contesto, il sistema assicurativo privato garantirebbe la prestazione sanitaria alla popolazione attiva.

Qualunque sia la soluzione adottata, è importante che vi sia una risposta precisa da parte delle istituzioni: attualmente, infatti, il peso sostanziale dell'assistenza ai malati cronici ricade essenzialmente sui familiari, con esiti e pesi spesso insostenibili.

Broker

Al privato dovrebbe altresì competere l'onere di aiutare il paziente ad esercitare la sua «funzione di libera scelta» con maggiore consapevolezza e razionalità. Le analisi che hanno messo in evidenza il tradizionale «circolo vizioso» del medico e delle strutture sanitarie, allo stesso tempo interpreti del bisogno ed erogatori dell'offerta, hanno portato a dare grande enfasi alla libera scelta del paziente, tramite l'introduzione di strumenti

	% 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutturale (2)	Dipendenza strutturale degli anziani (3)	Età media
Piemonte	20,7	172,5	48,7	30,8	43,5
Valle d'Aosta	18,9	147,5	46,5	27,7	42,3
Lombardia	17,8	135,5	44,6	25,7	41,7
Bolzano	15,5	90,7	48,2	22,9	38,8
Trento	18,0	120,6	49,1	26,9	41,0
Veneto	18,0	134,3	45,6	26,2	41,5
Friuli-Venezia Giulia	21,3	188,0	48,2	31,4	44,2
Liguria	25,0	238,4	55,0	38,7	46,1
Emilia-Romagna	22,2	193,5	50,6	33,3	44,2
Toscana	22,1	189,8	50,8	33,3	44,2
Umbria	22,4	182,7	52,8	34,1	43,8
Marche	21,5	166,4	52,5	32,8	43,1
Lazio	17,3	123,0	45,9	25,3	41,0
Abruzzo	20,0	141,8	51,9	30,4	41,7
Molise	20,9	144,9	54,5	32,3	41,8
Campania	13,8	72,9	49,1	20,7	36,8
Puglia	15,4	90,6	48,1	22,8	38,3
Basilicata	18,2	113,7	51,7	27,5	39,7
Calabria	16,7	97,6	51,1	25,2	38,7
Sicilia	16,4	92,8	51,8	25,0	38,6
Sardegna	15,7	109,3	42,4	22,1	39,6
Italia	18,2	127,1	48,4	27,1	41,6

(1) Calcolato come rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella infantile (fino a 14 anni).

(2) Calcolato come rapporto tra la sommatoria della popolazione anziana e infantile al numeratore e la popolazione adulta (15-64 anni) al denominatore.

(3) Calcolato come rapporto tra la popolazione anziana e quella adulta.

idei a favorirla. Anche la più estesa e completa informazione consentita dalle nuove tecnologie è condizione «potenzialmente» positiva. Tuttavia, proprio la quantità delle informazioni, la mancanza o la debolezza di sistemi idonei a garantire la qualità e la maggiore «competizione» tra le strutture di offerta, molte volte rendono più difficile una scelta autonoma. Si prospetta quindi la possibilità che vi siano strutture specializzate che, grazie anche alla loro capacità di elaborare dati, mettere a confronto indicatori, valutare il rapporto tra qualità dei servizi e costi, possano aiutare i pazienti a compiere le migliori scelte sul piano della propria salute e su quello economico. Questa funzione di *broker* può consentire risparmi di costi per il sistema, creando lo spazio per una propria remunerazione.

Politiche a sostegno della funzione trainante del settore sanitario

Partendo dalle considerazioni precedenti, è possibile elaborare alcune politiche che possano sostenere la funzione di moderno motore dell'economia del settore sanitario. Queste politiche devono valorizzare anche il ruolo del privato e della *partnership* pubblico-privato e sono sintetizzabili nei seguenti termini.

Primo

Per quanto riguarda il finanziamento di progetti integrati di ricerca di base e applicata (ricerca clinica), di sviluppo e sperimentazione clinica di prodotti (farmaci, apparecchiature e attrezzature biomedicali, protesi,

Tabella 13

Indicatori di struttura demografica per Regioni (2001)

Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT «Indicatori demografici - stime per l'anno 2001 al 18/11/2002»

altri presidi sanitari) si possono proporre due differenti linee di intervento:

- la prima che parta dalle strutture di diagnosi e cura e/o di assistenza sanitaria sul territorio e aggreghi imprese che hanno il *know how* per sviluppare soluzioni di qualità a problemi della salute oggi ancora irrisolti;
- la seconda che, invece, finanzia progetti di imprese che, partendo da proprie competenze e *know how*, siano in grado di prospettarne un uso sul piano della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, in grado di migliorare l'efficacia in termini di risultati di salute, qualità, riduzione dei costi dell'assistenza con recupero di risorse da dedicare ad altri interventi nel campo della salute, con un positivo rapporto costi-benefici.

Questi finanziamenti dovranno essere collegati a specifiche metodologie idonee a valutare:

- la validità delle ipotesi alla base della ricerca (il «razionale» della ricerca);
- le modalità tramite cui realizzare il collegamento e il passaggio dalla ricerca di base a quella applicata, alla ricerca e sviluppo, alla valorizzazione della ricaduta industriale della stessa ricerca;
- la potenzialità precompetitiva e competitiva dei «prodotti della ricerca»;
- i settori nei quali si prevede di realizzare risparmi;
- il rapporto benefici-costi rispetto a trattamenti attuali.

In questa linea vi può essere uno spazio specifico per le assicurazioni. Infatti, uno dei punti critici dello sviluppo di nuove modalità di trattamento è la possibilità del loro finanziamento che:

- spesso è inadeguato nei sistemi pubblici che utilizzano metodi tipo Drg o «vincoli di *budget*» della spesa corrente;
- è troppo elevato per soli privati, e quindi restringe il mercato creando rischi eccessivi per chi investe su queste linee.

Se, ad una certa fase del progetto, quando appaiono più chiari i possibili investimenti e sono prevedibili con accettabile approssimazione i loro costi, si studiassero forme «mi-

ste di pagamento» composte da tariffe Drg che le Regioni si impegnano a riconoscere nell'ambito dei LEA e da coperture assicurative per una quota aggiuntiva (esempio 20%, 30%, 50%) si potrebbe favorire una accelerazione dei progetti con forme di finanziamento di Centri sperimentali o strutture pilota tramite il ricorso al *project finance*, al *venture capital* o ad altre forme innovative.

Secondo

Si potrebbero impostare progetti di riconversione ospedaliera o di altre strutture assistenziali (esempio Irccs e poli di eccellenza regionali) secondo modelli che prevedano:

- aree dedicate al trattamento (in regime di ricovero, di *day hospital*, ambulatoriale) e alla didattica (nei centri di strutture dedicate all'insegnamento);
- aree di ricerca clinica;
- aree per insediamento della funzione R&D di imprese, eventualmente integrate in gruppi misti con chi svolge la ricerca clinica;
- aree per l'insediamento di *spin off* della ricerca in campo sanitario: lo *start up* di queste imprese, infatti, è più efficace se avviene «vicino» e «integrato» con gli ambiti di ricerca di base, clinica e sperimentale, e non in laboratori e luoghi separati come spesso avviene ora.

Per questi progetti è più difficile prefigurare per le assicurazioni sanitarie ruoli diversi da quelli del caso precedente, mentre si possono ipotizzare interventi di finanziamento privato che integrano quello pubblico, finanziamenti di imprese che fanno parte dell'indotto sanitario, assicurazione del rischio sulle possibili ricadute sanitarie, riassicurazione di tali rischi.

In **tabella 14** viene presentata la concentrazione delle strutture di eccellenza in Italia, secondo la definizione del Ministero della Salute, da cui è possibile individuare le aree nelle quali è possibile che si concentrino operazioni di questo tipo in periodi brevi (dove tali strutture sono concentrate) e aree di potenziale ma più incerto sviluppo (aree in cui si nota una carenza di tali strutture).

A questo proposito è possibile notare come il 21% dei Centri di rilevanza nazionale

Tabella 14

Concentrazione dei Centri di Rilevanza Nazionale (anno 2004)

Fonte: Ministero della Salute

CENTRI DI RILEVANZA NAZIONALE	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia R.	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
DEA I livello	21		43	2	1	18	9	5	12	16	4	13	16	10	2	17	5	3	12	10	5	224
DEA II livello	8	1	15	2		13	4	3	8	10	2	3	11	7	2	15	7	1		15	1	128
TAC	22	1	45		3	14	10	8	19	10	5	12	18	9	2	16	10	4	9	15	7	239
Disturbi del comportamento alimentare	5		10			3		2	3	3	1	1	5	2		2	2	1	1	2		43
Ospedali pediatrici	2		2				1	1		1		1	1			1	1			1	1	13
Angiografia digitale	10		31			4	3	2	5	4	1		4	1	2	5	6	1	6	6	2	93
Banche di raccolta di cellule emopoietiche	1		2			2		1	1	2			3	1		1				1		15
Centri grandi ustionati	2		1			2	1	2	2	2			1			1	2			2	1	19
Centri antiveleni	1		2			1		1		1			2			1						9
IRCCS privati	2		13			1		1		2			4		1	1	2			1		28
IRCCS pubblici			5				2	2	1	1		3	3			1	2		1		1	22
Istituti di cura con sezioni di neurochirurgia infantile	1							1		1			2			1						6
Tomografo ad emissione di positroni (PET)	1		14			4	2	1	4	3		2				1				1		33
Centri trapianto di midollo osseo	3		11	1		3	2	2	3	4		2	4	1		1	2		1	3	3	46
Unità gravi cerebrolesioni	5		1		1		1	2	1	3	1	1	1			1	2			1		21
Centri spina bifida	3		6			3	3	1	2	1			2								3	24
Unità spinali	2		5			3	1	1		1	1		1						1		1	17
Totale	89	2	206	5	5	71	39	36	61	65	15	38	78	31	9	65	41	10	31	58	25	980
% su totale nazionale	9,1%	0,2%	21%	0,5%	0,5%	7,2%	4,0%	3,7%	6,2%	6,6%	1,5%	3,9%	8%	3,2%	0,9%	6,6%	4,2%	1%	3,2%	5,9%	2,6%	100%

esistenti in Italia è localizzato in Lombardia, il 9,1% in Piemonte, l'8% nel Lazio, il 7,2% in Veneto e il 6,6% in Toscana e Campania, mentre in tutte le altre regioni è localizzato solo il restante 41%.

Terzo

È possibile infine immaginare politiche assicurative differenziate in funzione dell'esistenza di programmi di *risk management*. È noto il tema del «rischio sanitario» e della «malpractice», portato drammaticamente all'attenzione dell'opinione pubblica da recenti eventi. Al riguardo si pongono problemi di responsabilità personali e delle strutture, di copertura dei rischi (che molte volte non esiste in quanto le gare vanno deserte per l'impossibilità di stimare tale rischio), di risarcimento dei danni, fattori che incidono in misura sempre più elevata sulla spesa sanitaria.

Collateralmente, però, si pone anche un problema per chi assicura le prestazioni sanitarie. Infatti, il costo per le assicurazioni è significativamente diverso se i trattamenti vengono effettuati in strutture che:

a) adottano sistemi efficaci di *risk management* (che evitano infezioni o complicanze che, a parte i casi gravi e drammatici, delimitano i costi dei trattamenti);

b) adottano forme di razionalizzazione, come ad esempio «logistica del farmaco» (sommministrazioni monodose, controlli autorizzati delle terapie, ecc.).

A completamento della riflessione si può pensare a polizze assicurative differenziate per pazienti che accettano di utilizzare strutture che abbiano introdotto sistemi di *risk management* o di revisione e adeguamento periodico dei processi assistenziali.

La territorialità

Posto che la tendenza dei sistemi di tutela della salute è quello di ridurre la fase dei trattamenti acuti e intensivi e di aumentare i servizi sul territorio o che raggiungono il paziente nel suo habitat naturale (assistenza domiciliare), gli spazi per interventi del privato circa la territorialità possono essere concretamente individuati nei seguenti termini:

1) costruzione di strutture per anziani e lungodegenti sia da parte di privati *for profit*, sia da parte di privati *non profit*, le strutture private che rientrano in Piani di copertura delle aree a più «intenso fabbisogno» potrebbero usufruire di contributi in conto capitale e in conto esercizio a condizione che si impegnino a rispettare certi standard qualitativi e certi livelli di tariffe;

2) poiché uno dei più significativi problemi dell'assistenza dei lungodegenti e degli anziani è quello di garantire prestazioni integrate di tipo sanitario e assistenziale, potrebbero essere studiate forme assicurative che garantiscano tali servizi con gruppi di medici di medicina generale che garantiscano controlli periodici o su chiamata (in caso di peggioramento reale delle condizioni o per tranquillità psicologica degli ospiti). Inoltre, specie con le cooperative sociali, e in seguito con le «imprese sociali» che gestiranno tali servizi, sarà possibile stabilire accordi per offrire servizi di «assistenza non sanitaria» aggiuntiva agli standard normali (ad esempio assistenza notturna in periodi di non autosufficienza);

3) poiché il sistema di pagamento Drg (e simili) e le politiche di uso razionale delle strutture di ricovero di cura intensive richiedono l'aumento dei servizi prericovery (specie diagnostici e preparatori) e postdegenza, si possono proporre forme assicurative che garantiscano «servizi a domicilio». L'esigenza sembra particolarmente elevata per le dimissioni che a volte sono collegate a modelli di «dimissioni protette» ed a servizi di assistenza domiciliare ben organizzati, ma molto spesso e in certe aree lasciano i pazienti nella massima incertezza e insicurezza. Alcuni recenti studi hanno mostrato che con le dimissioni precoci sono diminuite le infezioni e le complicanze manifestate in ambito ospedaliero, ma sono aumentate di oltre il 20% le infezioni contratte al di fuori. Servizi che garantiscano medicazioni e pulizia (anche personale di persone a scarsa autosufficienza), controllo sul decorso post-trattamento, periodici controlli da parte del medico potrebbero trovare una favorevole accoglienza. Tali servizi post-trattamento potrebbero essere potenziati da un «servizio di consultazione diretta». Si ritiene che l'attivazione di queste forme di assicurazione collegandole ad accordi formali con imprese sociali e strutture

del settore *non profit* consentirebbe di utilizzare forme di trattamento fiscale «speciale» e forse anche forme di agevolazioni per le strutture di offerta che sarebbero garantite dal fatto di aver stipulato accordi con primarie imprese di assicurazioni.

Il tema dell'assistenza della lungodegenza e delle cronicità apre opportunità per l'espansione del modello della «banca del tempo». Una persona dedica parte del proprio tempo all'assistenza (una settimana, un mese) maturando il diritto a ricevere un certo tempo di assistenza in caso di bisogno (postdegenza o quando è anziano). Si potrebbero studiare «forme miste» che prevedono in parte versamento di quote di denaro e in parte di tempo.

3.3. Un ruolo per lo Stato

Qualunque sia la forma di collaborazione pubblico-privato che si immagina, emerge con forza la necessità di un controllo e di un governo della sanità da parte dell'ente pubblico, in primo luogo da parte dello Stato e quindi delle Regioni. È allo Stato che compete il compito etico di garantire a tutti i cittadini l'accesso universale alle prestazioni essenziali, indipendentemente dalle loro possibilità di reddito.

È allo Stato che compete la programmazione e la determinazione dei LEA, assieme alla attribuzione dei diversi compiti.

È però noto che un conto sono i LEA «teorici» (definiti per legge), mentre i LEA effettivamente erogati dalle Regioni sono spesso differenziati. Espressione di questa situazione è la «mobilità interregionale» dei pazienti che necessitano di cure ospedaliere: il problema interessa principalmente le Regioni meridionali e assume connotazioni di particolare rilievo se paragonata alla mobilità delle Regioni del Centro-Nord.

L'intervento privato potrebbe riguardare:

– la costituzione di un «osservatorio» indipendente che monitori i flussi interregionali e con l'estero e colga i «segnali deboli» di come tali flussi cambiano; intervenga o promuova «tavoli» nei quali le Regioni definiscano accordi per limitare tali flussi alle sole situazioni «fisiologiche» (carenze di strutture in certe Regioni) o regolino i rapporti «economici» (Drg riconosciuti dalle Regioni di partenza che spesso sono diversi, minori, di quelli richiesti dalle Regioni di arrivo);

– la realizzazione, nel caso non proceda la via degli accordi regionali, di polizze assicurative che coprano il «differenziale» delle tariffe, consentendo ai pazienti di scegliere la struttura «preferita» senza vedersi opporre ostacoli burocratici dalle Asl di partenza.

È allo Stato, comunque, che spetta determinare con precisione i compiti delle Regioni, soprattutto in previsione delle riforme costituzionali, evitando duplicazioni, sovrapposizioni o lacune legislative. Alle Regioni spetta il compito della programmazione economica e politica, assieme alla responsabilità della tenuta economica del sistema, responsabilità condivisa con lo Stato. Stato e Regioni, infine, devono assieme disciplinare ruolo e compiti del privato a tutela sia degli utenti che del privato stesso, al quale deve essere garantita la possibilità di programmare i propri investimenti, fornendogli un quadro legislativo e normativo certo.

Attribuzione

La ricerca che viene qui pubblicata è stata resa possibile dal supporto finanziario di AXA. I risultati sono il frutto del lavoro congiunto dei quattro autori.

Note

1. Nel 2003 il personale dipendente del Ssn ammontava a 659.177 unità (68,1% ruolo sanitario, 20,3% ruolo tecnico, 11,3% ruolo amministrativo e 0,3% ruolo professionale), di cui 104.704 unità di personale medico e 262.807 unità di personale infermieristico.

B I B L I O G R A F I A

- ANGELL M. (2004), «The Truth About the Drug Companies», *The New York Review of Books*, Vol. 51, No. 12, July 15.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di) (2003), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di) (2004), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- BARILETTI ET AL. (1999), *La sanità tra scelta e razionamento*, Il Sole-24 Ore, Milano.
- BARR N. (2001), *The Welfare State as Piggy Bank. Information, Risk, Uncertainty and the Role of the State*, Oxford University Press; Oxford.
- BENEDETTI G., BUSANA BANTERLE C. (2002), *Valutazioni interdisciplinari in sanità: la convergenza illusoria*, Franco Angeli, Milano.
- BORDIGNON M., MAPELLI V., TURATI G. (2002), «Fiscal Federalism and National Health Service in the Italian System of Government», in ISAE Annual Report on Monitoring Italy, Rome.
- BUGLIONE E., FRANCE G., LIBERATI P. (2001), *Federalismo, Regionalismo e standard sanitari nazionali. Quattro paesi, quattro approcci*, Giuffrè, Milano.
- BUTI M., FRANCO D., PENCH L.R. (1999), *Il welfare state in Europa: la sfida della riforma*, il Mulino, Bologna.
- CHAIRMAN OF THE COUNCIL OF ECONOMIC ADVISORS (2004), *Economic Report of the President of the United States*.
- COLOMBO F., TAPAY N. (2004), «Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems», OECD Health Working Papers No. 15, OECD Paris.
- CORNAGLIA-FERRARIS P., PICANO E. (2004), *Malati di spreco. Il paradosso della sanità italiana*, Laterza, Roma-Bari.
- CORTE DEI CONTI (2004), *La gestione finanziaria delle Regioni. Esercizi 2002-2003*, Roma.
- CUTLER D.M., MCCLELLAN M. (2001), «Is Technological Change in Medicine Worth It?», *Health Affairs*, Vol. 20, Issue 5, sept/oct., pp. 11-29.
- FIorentini G. (2003), *I servizi sanitari in Italia 2003*, il Mulino, Bologna.
- FIorentini G. (2004), «Pluralismo e intervento pubblico nei servizi alla persona e alla comunità», *Mercato, Concorrenza, Regole*.
- FOSsATI A. (a cura di) (2003), *La nascita del federalismo italiano. Attuazione della riforma al titolo V della Costituzione*, Angeli, Milano.
- GABRIELE S., SALVINI R. (2004), «Il federalismo in sanità: alla ricerca della stabilità finanziaria», in ISAE, *Rapporto annuale sull'attuazione del federalismo*, Roma.
- ISTITUTO DI STUDI SULLE REGIONI (1997), *Regionalismo, Federalismo, Welfare State*, Giuffrè, Milano.
- HIMMELSTEIN D.U., WARREN E., THORNE D., WOOLHANDLER S. (2005), «MarketWatch: Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy», *Health Affairs*, 2 February.
- MAPELLI V. (2003), «Ambizioni e realtà del Servizio sanitario nazionale», *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2003*, a cura di M.C. GUERRA, A. ZANARDI. Il Mulino, Bologna.
- MAPELLI V. (2004), «La sostenibilità della spesa sanitaria», *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2004*, a cura di M.C. GUERRA, A. ZANARDI. Il Mulino, Bologna.
- PFIZER, NOMISMA, CRIEP (2003), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?*
- PISAURO G. (2003a), «Relazioni fiscali tra livelli di governo: patti di stabilità interni e sistemi di bilancio», febbraio, Mimeo.

La sostenibilità dei sistemi sanitari: incognite e prospettive dallo studio Healthcast¹

FRANCO ANCONA, DANIELE ALESANI

The present work offers a synthesis and some critical considerations about the main evidences drawn by research «Healthcast 2020: creating a sustainable future». The research is focalised on the sustainability treats and drivers for healthcare systems and identifies some relevant strategies and lessons learned from international best practices highly replicable. The standing hypothesis of the study is the growing globalisation and interdependency of healthcare systems worldwide, and the consequent opportunity to enlarge and enrich the nation wide experiences through a global confrontation.

The paper describes the main results of the research, underlining the sustainability drivers nearer to the Italian context and pointing out the state of the art and the suitable perspectives in this perspective.

Note sugli autori

Daniele Alesani è ricercatore CERGAS Bocconi e Dottorando di Ricerca, Università degli Studi di Parma
Franco Ancona è Partner PriceWaterhouseCoopers Advisory, responsabile della Industry Healthcare per l'Italia, membro del PwC EMEA Health Leaders Board e coordinatore di uno dei team della ricerca del PriceWaterhouseCoopers' Health Research Institute dedicato agli aspetti relativi a «government and market regulation» nell'indagine Healthcast

Attribuzione

Sebbene frutto del lavoro congiunto degli autori, la responsabilità della stesura del presente contributo è da attribuirsi come segue: F. Ancona §§ 1, 2; D. Alesani § 4; la responsabilità del § 3 è condivisa tra i due autori

1. Il contributo delle ricerche Healthcast all'orientamento strategico dei sistemi sanitari

Il *Pricewaterhouse Coopers Health Research Institute* ha recentemente completato la terza edizione della serie di ricerche Healthcast, che si propone di offrire al pubblico addetto al settore sanitario una panoramica sulle tendenze, sulle dinamiche di cambiamento e sulle sfide future che attendono i sistemi sanitari a livello internazionale.

Le ricerche Healthcast sono realizzate mediante una serie di interviste condotte a un panel di dirigenti di aziende del settore sanitario e *opinion leader* selezionati tra i professionisti operanti in vari contesti nazionali. La prospettiva di analisi privilegiata è quella delle organizzazioni erogatrici di servizi sanitari all'interno del sistema sanitario.

Le prime due edizioni «Healthcast 2010: smaller world, bigger expectations» e «Healthcast tactics, blueprint for the future» si erano focalizzate rispettivamente sui driver di cambiamento della sanità mondiale (in particolare sull'orientamento al paziente e l'utilizzo delle nuove tecnologie della comunicazione) e sulle strategie da adottare da parte dei soggetti regolatori e erogatori nel contesto della crescente globalizzazione e convergenza dei sistemi sanitari a livello mondiale.

La terza edizione della ricerca, «Healthcast 2020: Creating a sustainable future» prende le mosse dalle evidenze delle prime due indagini e si focalizza sulla sfida della sostenibilità dei sistemi sanitari a livello mondiale, indicando soluzioni e strategie replicabili nei vari contesti nazionali. La ricerca è stata condotta mediante la realizzazione di interviste

SOMMARIO

1. Il contributo delle ricerche Healthcast all'orientamento strategico dei sistemi sanitari
2. La ricerca «Healthcast 2020»: le sfide della sostenibilità per la sanità del futuro
3. La globalizzazione dei sistemi sanitari e le leve di azione per il miglioramento della sostenibilità
4. La sostenibilità dei sistemi sanitari: indicazioni e prospettive per il contesto italiano

ad un panel di professionisti a livello internazionale; più in particolare, sono stati seguiti due metodi di indagine:

- somministrazione di un questionario strutturato a circa 580 dirigenti di ospedali e di sistemi ospedalieri, gruppi di medici, enti finanziatori, erogatori, società di forniture elettromedicali ed impiegati di 27 paesi dei cinque continenti;

- somministrazione di un'intervista semi-strutturata a 120 *opinion leader* del settore sanitario di 16 paesi, tra cui *policy maker*, manager, e dirigenti di organizzazioni sanitarie in Australia, Canada, Europa, India, Medio Oriente, Giappone, Singapore, Sud Africa, Inghilterra e Stati Uniti. La scelta dell'intervista semi-strutturata, che consente un elevato livello di flessibilità, ha permesso di aumentare il processo di conoscenza sulla tematica oggetto dello studio in relazione allo specifico contesto di provenienza dell'interlocutore, del suo ruolo e della sua conoscenza della tematica.

L'indagine si focalizza sulla sfida della sostenibilità dei sistemi sanitari a livello mondiale, che sembra diventare sempre più cruciale in relazione a dinamiche quali l'incremento costante della domanda e dei costi, livelli difforni di qualità, il disallineamento degli incentivi. Se ignorate, queste tendenze sovraccaricheranno i sistemi sanitari, generando tensioni finanziarie e peggioramento delle performance in termini di salute.

Considerato il contesto dal quale muove l'indagine, il contenuto della stessa è stato orientato alla comprensione delle linee di azione intraprese nei diversi contesti per migliorare la sostenibilità complessiva dei sistemi sanitari e all'evidenziazione di alcune soluzioni e *best practice* ad alto grado di replicabilità. Tale ultimo punto deve essere considerato nell'ambito della più ampia tendenza alla convergenza dei sistemi sanitari, senza dimenticare che le innovazioni e gli insegnamenti acquisiti a livello internazionale devono essere adeguatamente contestualizzate ed interpretate, al fine di generare un reale impatto positivo sul singolo contesto nazionale, regionale o aziendale.

In sintesi, lo studio «Healthcast 2020» è orientato a 3 obiettivi chiave:

- fornire un'interpretazione dei *trend* che stanno investendo la sanità a livello globale;

- trasmettere una varietà di esperienze maturate a livello mondiale ed altamente trasferibili nei differenti contesti nazionali al fine di rendere maggiormente sostenibile il sistema sanitario;

- identificare possibili azioni e soluzioni adottabili da dirigenti ed amministratori delle organizzazioni del settore sanitario in tema di sostenibilità.

2. La ricerca «Healthcast 2020»: le sfide della sostenibilità per la sanità del futuro

L'indagine condotta in *Healthcast* permette di evidenziare alcune sfide e indicazioni per la sostenibilità dei sistemi sanitari a livello globale. Il presente paragrafo riporta le considerazioni più rilevanti e i *trend* emergenti dalle interviste al campione di *opinion leader*. È necessario sottolineare che queste ultime sono almeno in parte influenzate dalla sensibilità e dalla prospettiva specifica del contesto di appartenenza, e quindi nell'evidenziazione dei *driver* di sostenibilità si cercheranno di evidenziare le differenze e le peculiarità emerse dalla *survey* nei diversi paesi e continenti.

Nel futuro prossimo è atteso un aumento della spesa sanitaria ad un livello di crescita superiore rispetto al passato. Tale tendenza è particolarmente percepita nel contesto americano (nel quale gli intervistati prevedono una discontinuità nei tassi di crescita maggiore) e nelle aree geografiche con un'alta crescita della popolazione (ad esempio Medio Oriente ed Asia), sulla scorta dell'accelerazione dell'incremento dei costi registrata negli ultimi anni. Le cause generalmente indicate come responsabili di tale incremento sono la continua espansione dei «bisogni percepiti» e della domanda impropria, mentre l'invecchiamento della popolazione è percepito come dinamica rilevante, in particolare nel contesto europeo, non di per se stessa (aumento del carico assistenziale) ma per l'effetto sull'assottigliamento della popolazione attiva che finanzia il sistema. I Governi, gli ospedali ed i medici sono individuati come le categorie che detengono il maggior potere di eliminare le spese superflue o la domanda impropria.

La sostenibilità economica della copertura dei costi dei sistemi sanitari con risorse pubbliche sembra uno degli elementi di maggiore criticità per il futuro, indicato trasversalmente ai contesti nazionali. Infatti, anche nei sistemi a finanziamento privatistico la quota di risorse finanziate da programmi pubblici tende ad aumentare costantemente, come ad esempio nel caso del programma statunitense Medicare. In particolare, una minoranza dei leader in Canada e in Europa pensano che le risorse pubbliche possano continuare a finanziare interamente l'assistenza sanitaria. A questo proposito occorre sottolineare che gli esperti europei e in particolare italiani sono fortemente convinti che la compartecipazione alla spesa sanitaria (nella forma del ticket sulle prestazioni), se da un lato può rappresentare un meccanismo per la copertura dei costi dall'altro non assolve in modo appropriato alla originaria funzione di calmieramento della domanda, che agirebbe solo nei confronti delle fasce più povere della popolazione senza discriminare tra prestazioni essenziali e non. Vi è invece un forte e generalizzato supporto nei confronti di un sistema che distingua in modo più stringente tra l'assistenza essenziale o «fondamentale», da finanziare con risorse pubbliche, e l'assistenza supplementare o «accessoria», completamente finanziata dai privati tramite assicurazioni o pagamento di un prezzo «di mercato». Più in generale, gli intervistati credono nel meccanismo di condivisione almeno parziale della responsabilità di finanziamento dell'assistenza tra i soggetti beneficiari e i soggetti assicuratori/regolatori/paganti (approccio del *cost and financial risk sharing*). Inoltre, la sostenibilità del costo.

Come corollario di questo approccio, oltre il 50% degli intervistati (con una prevalenza solo lieve negli Stati Uniti rispetto all'Europa ed al Canada e valori in media nelle altre aree) ha indicato come meccanismi importanti per il funzionamento e la regolazione dei sistemi sanitari la competizione tra gli erogatori, il controllo dei costi in relazione alla qualità dell'assistenza.

La «fiducia» dei cittadini sembra essere una rilevante criticità che già manifesta i propri effetti in termini di livello di «litigiosità» tra utenti ed erogatori di servizi sanitari. La trasparenza nella qualità dei servizi e nella fissazione dei prezzi (dove essi siano

applicati ai pazienti) è stata identificata universalmente come un contributo importante alla sostenibilità.

La ricerca ha indagato quali fossero i soggetti maggiormente attivi nella promozione della trasparenza e della gestione della qualità. Le opinioni in questo senso sono estremamente variabili: negli Stati Uniti risultano protagonisti i gruppi di supporto dei pazienti mentre in Europa ed in Canada i medici occupano tale ruolo. Nel Medio Oriente, Australia ed Asia, il Governo è stato individuato come l'ente che ha fatto più progressi nello stimolare, orientare e regolare la materia.

L'approccio globale all'assistenza, che comprende un'efficace prevenzione ed una gestione della presa in carico continua e precoce (il c.d. *disease management*) sono segnalati come elementi non adeguatamente sfruttati al fine di migliorare lo stato della salute e ridurre i costi dell'assistenza acuta. Più dell'80% degli intervistati ha segnalato la mancanza dell'integrazione nelle cure come problema primario per i sistemi sanitari. In questo senso, gli intervistati richiamano l'esigenza di integrazione tra i soggetti che si occupano della tutela della salute e la gestione della domanda, indicandone gli strumenti nell'educazione alla salute ed al benessere (in particolare negli Stati Uniti, 43% degli intervistati), ai programmi di immunizzazione e screening ed ai programmi specifici di presa in carico – *disease management* – (in Europa e Canada il 43%, e in Asia e Medio Oriente il 47%). La maggioranza degli intervistati vedono invece le liste d'attesa come un modo inefficiente di gestione della domanda, capace solo di alimentare l'insoddisfazione dei pazienti e le tensioni presenti tra i soggetti del sistema. Più in generale, il livello di efficacia percepito delle attuali iniziative di prevenzione, informazione e formazione alla salute attivate dai livelli di governo responsabili della sanità o separatamente dai soggetti privati è molto basso e si attesta a livello globale sul 30%, con rilevanti picchi nell'area statunitense ed asiatica.

In un contesto caratterizzato da pazienti sempre più consapevoli e sempre più esigenti in relazione al trattamento medico, agli aspetti relazionali ed ai componenti accessori del servizio sanitario, vi è un crescente interesse nei confronti dei sistemi di pagamento collegati alle prestazioni ed alla

qualità del servizio. In questa prospettiva gli *opinion leader* prevedono una notevole crescita di programmi finalizzati a migliorare la soddisfazione degli utenti. Infatti, è opinione generalmente diffusa presso gli intervistati che i sistemi ospedalieri non siano attualmente pronti a soddisfare le attuali richieste dei pazienti in termini di capacità di informazione e comunicazione, servizi accessori, flessibilità e capacità di assorbimento della domanda. Peraltro, la netta maggioranza dei referenti delle strutture ospedaliere (70%) dichiara che la propria azienda ha avviato, su base volontaria o obbligatoria, programmi di miglioramento della qualità (certificazione, adeguamento a standard, etc.).

L'*Information Communication Technology* (ICT) è vista come un importante fattore «abilitante» per la sostenibilità dei sistemi sanitari, a condizione che sia intesa in modo integrato rispetto all'evoluzione degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie e se affrontato con adeguati investimenti in formazione e crescita della cultura organizzativa. Gli intervistati vedono l'ICT come importante elemento di facilitazione per l'integrazione delle cure (73% degli intervistati) e il miglioramento della condivisione delle informazioni all'interno del sistema sanitario (78%). Il 54% degli intervistati vede invece l'IT prioritariamente come un modo per migliorare la sicurezza dei pazienti, legandola al miglioramento dell'appropriatezza ed alla riduzione degli errori di trattamento, il 35% lega l'ICT alla possibilità di migliorare la capacità di gestione della relazione di fiducia dei pazienti.

Come accennato in apertura, dalle evidenze riportate nell'analisi si evince da un lato la convergenza degli intervistati su alcuni *driver* di fondo della sostenibilità dei sistemi sanitari, dall'altra alcune rilevanti sfumature nella percezione degli elementi di criticità attuali e delle possibili opzioni di sviluppo. Con particolare riferimento al dualismo USA-Europa², gli *opinion leader* dell'area statunitense sembrano particolarmente sensibili alla tematica della «prevenzione» e al contempo vedono pochi spazi per l'istituzionalizzazione e il consolidamento degli investimenti in quest'area, anche in considerazione del basso livello di incentivazione all'intervento in tale ambito dato dalle caratteristiche del sistema assicurativo. D'altra parte, la concezione e la

visione di sviluppo dell'assistenza primaria è sostanzialmente differente rispetto ad Europa e Canada ed in particolare la sensibilità in relazione all'importanza del governo della domanda molto minore che in questi due ultimi contesti.

Per contro, in termini di prospettive future l'Europa guarda con interesse all'esperienza americana soprattutto per quanto riguarda i meccanismi di regolazione del funzionamento del sistema sanitario, che si basano su regole precise e valide per tutti gli attori del sistema e su strumenti di accreditamento e controllo sofisticati e «maturi».

3. La globalizzazione dei sistemi sanitari e le leve di azione per il miglioramento della sostenibilità

Una delle ipotesi fondamentali sulle quali si fonda il metodo adottato nella ricerca Healthcast è la tendenza alla globalizzazione dei sistemi sanitari a livello mondiale, in particolare sotto il profilo della interconnettività e della frequenza degli scambi tra sistemi anche diversi, come rappresentato dalla **figura 1**.

Conseguentemente, una delle finalità principali dell'indagine è quella di riportare e confrontare le esperienze maturate nei vari contesti su scala internazionale al fine di valutare l'esportabilità di alcune soluzioni di governo dei sistemi sanitari che si sono dimostrate «di successo».

Sulla base del presupposto della crescente convergenza della sanità a livello mondiale, quali possono essere le caratteristiche comuni necessarie per creare un sistema sanitario sostenibile nel prossimo futuro?

Lo studio «Healthcast 2020» identifica sette elementi comuni che devono informare lo sviluppo delle organizzazioni che partecipano al sistema di tutela della salute, siano esse gli enti pubblici preposti alla sanità, reti di aziende o singoli soggetti erogatori.

1. Ricerca degli spazi di azione comuni: il settore sanitario presenta intrinsecamente una potenziale contrapposizione tra gli interessi privati e gli interessi pubblici che gravitano sul settore sanitario; in questo senso è necessaria una visione comune e condivisa – in particolare sulle priorità sociali, sui benefici e sugli *outcome* che devono essere garantiti

Tabella 1

Driver e soluzioni per il cambiamento

DRIVER DI CAMBIAMENTO	LA PROSPETTIVA DELLE ORGANIZZAZIONI EROGATRICI DI SERVIZI SANITARI	POSSIBILI STRATEGIE PER LA SOSTENIBILITÀ
Sistema	Le singole organizzazioni possono dare un contributo importante nella partecipazione a dibattiti nazionali sul cambiamento dei sistemi sanitari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementare modelli di assistenza che permettano elevata accessibilità e trasversalità settoriale (integrazione tra «sociale» e «sanitario») e territoriale 2. Determinare i livelli di assistenza essenziali da garantire nel servizio pubblico e lasciare a sistemi integrativi/assicurativi il finanziamento dei servizi «accessori» 3. Introdurre o rafforzare, anche per via regolamentare, la competizione tra gli erogatori 4. Riorganizzare il sistema di assistenza (identificazione di «ruoli» e di «posizionamenti» per gli attori del sistema di tutela della salute) sulla base della focalizzazione sul paziente e il <i>continuum of care</i>
Finanza	Il mantenimento dell'equilibrio economico delle organizzazioni, oltre che legato alle caratteristiche di sistema, dipende dalla capacità di realizzare soddisfacenti livelli di efficienza, di governo e attrazione della domanda e da una politica di investimento e allocazione delle risorse adeguata al profilo di servizio e al quadro dei bisogni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rendere consapevoli i pazienti in relazione ai costi dell'assistenza sanitaria offerta al di fuori del meccanismo di mercato 2. Focalizzare il sistema di incentivi per gli erogatori sui risultati di salute, di qualità e di sicurezza per i pazienti piuttosto che esclusivamente sulle attività o i volumi di prestazioni 3. Attenzione nell'architettura dei sistemi di finanziamento a prestazione, in quanto può creare distorsioni anche notevoli nell'orientamento dei comportamenti 4. Accesso a nuove fonti di finanziamento per l'investimento strutturale attraverso le partnership pubblico-privato, che può permettere di conseguire efficienze di produzione e di ristrutturare e migliorare il sistema di offerta
Risorse umane	La sanità è erogata dalle persone per le persone. La capacità del personale di accettare il cambiamento realizzerà o ostacolerà le soluzioni. Le organizzazioni che sapranno sostenere e non subire il processo di cambiamento avranno un vantaggio significativo nel futuro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilire incentivi condivisi per far convergere gli obiettivi individuali verso gli obiettivi dell'organizzazione 2. Preparare e formare le persone al cambiamento indotto dall'utilizzo di nuove tecnologie dell'informazione a supporto della gestione 3. Potenziare il ruolo degli infermieri al fine di migliorare l'efficienza e la capacità produttiva 4. Superare i modelli di formazione tradizionali al fine di creare le nuove competenze e i nuovi ruoli necessari alle organizzazioni del futuro 5. Progettare nuovi servizi accessori al fine di aumentare la fiducia e la <i>retention</i>
Processi	Il ridisegno dei processi caratteristici finalizzato a migliorare l'efficienza e l'efficacia è da una parte un processo «tecnico» (richiede strumenti, logiche, assetti organizzativi) dall'altro motivazionale e culturale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rafforzare il ruolo dei clinici e dei professionisti sanitari in termini di governo della domanda e garanzia dell'appropriatezza delle cure 2. Fissare standard di qualità adeguati e realistici, implementandoli in modo effettivo e sulla base del principio del miglioramento continuo 3. Potenziare i sistemi di gestione del rischio e implementare l'<i>incident reporting</i> (la rendicontazione sugli errori) in via anonima e volontaria 4. Rafforzare la trasparenza sulle <i>performance</i> degli erogatori al fine di instaurare un confronto effettivo all'interno del sistema 5. Migliorare continuamente la qualità per stimolare il mercato alla competizione su di essa 6. Tendere alla personalizzazione dell'assistenza, in particolare nei processi di informazione e comunicazione con i pazienti
Tecnologie	L'investimento nelle tecnologie dell'informazione è potenzialmente molto ampio; sarà necessario saper finalizzare le aree di investimento (e-service, informatizzazione flussi informativi tra i soggetti del sistema, supporto alla gestione clinica ed amministrativa, etc.) e la tempistica più adeguata in relazione alle esigenze di gestione del cambiamento nell'organizzazione, nel sistema e nell'approccio dei pazienti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificare standard di comunicazione informatici unitari e condivisi all'interno del sistema sanitario 2. Investire in sistemi informativi interoperabili, integrabili e condivisi con gli altri operatori del sistema sanitario 3. Migliorare la tecnologia per eliminare duplicazioni e inefficienze nell'ambito amministrativo 4. Utilizzare l'ICT come strumento di collaborazione interorganizzativa finalizzata a migliorare ed aumentare la comunicazione sulle decisioni cliniche 5. Impostare l'investimento in ICT sulla base di un'attenta valutazione sull'impatto sulla produttività e sul profilo di servizio offerto

Figura 1

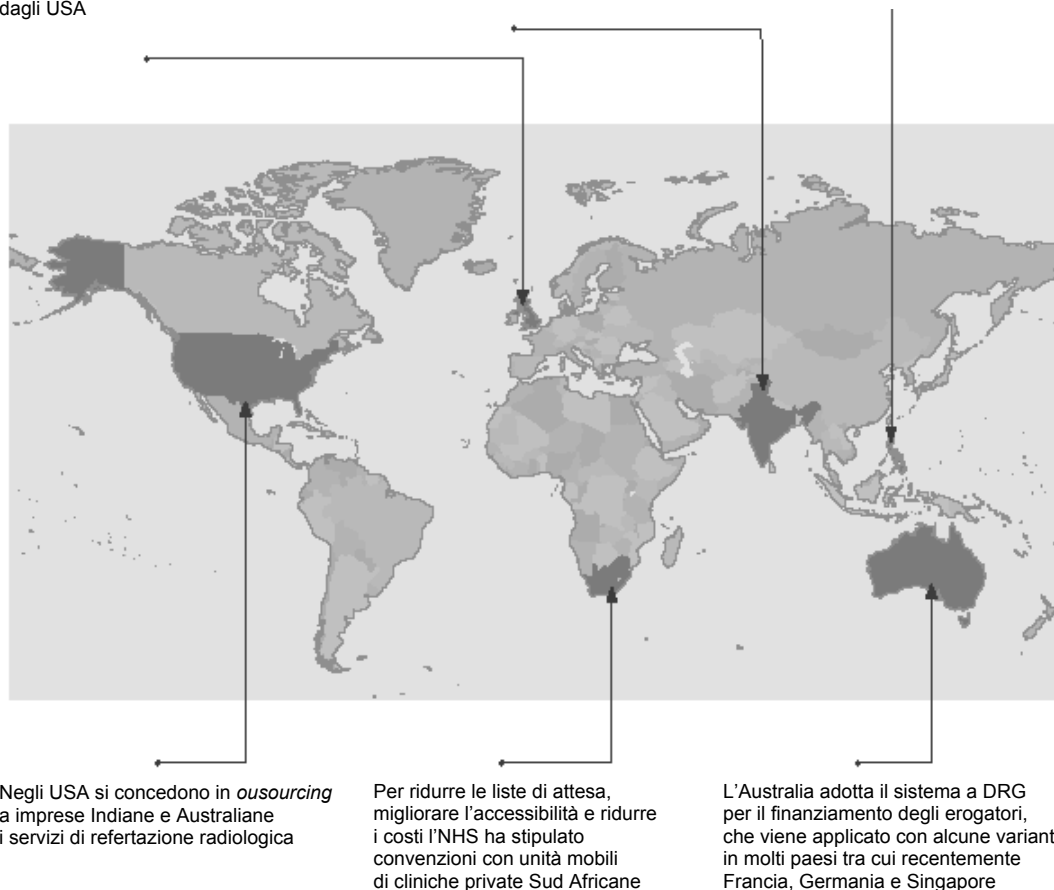
Alcune evidenze della globalizzazione della sanità

Fonte: Rapporto Healthcast 2020

L'Inghilterra implementa *reporting* sulla sicurezza dei pazienti negli ospedali sul modello adottato dagli USA

Le imprese farmaceutiche spostano i *trial* clinici dagli USA e l'Europa all'India

Le Filippine esportano infermieri in tutto il mondo



all'interno del sistema sanitario – che sappia garantirne il funzionamento bilanciando gli interessi in gioco.

2. Costruzione di un'infrastruttura tecnologica di base «condivisa»: un migliore e diffuso utilizzo della tecnologia nel supporto ai servizi ed allo scambio informativo interno al sistema sanitario accelerano l'integrazione, la standardizzazione, il trasferimento della conoscenza amministrativa e clinica ed evitano duplicazioni di procedure.

3. «Focalizzazione» degli incentivi: il miglioramento delle performance di sistema passa per l'effettiva implementazione di meccanismi di incentivazione capaci di orientare alla qualità, all'accessibilità ai servizi, alla trasparenza.

4. Diffusione degli standard sulla sicurezza e la qualità: la fissazione o il rafforzamento degli standard di qualità, in partico-

lare nell'area clinica, stimolano meccanismi di responsabilizzazione ed «accountability» interna, ma aumentano anche le aspettative sulle performance; se adeguatamente implementati, gli standard di qualità favoriscono la crescita della fiducia degli utenti.

5. Allocazione delle risorse «strategiche»: l'utilizzo appropriato delle risorse scarse (ed in particolare la competenza tecnica, le strutture e le attrezzature per l'assistenza, considerata la natura delle organizzazioni sanitarie quali erogatori di servizi *knowledge intensive*) nelle aree di servizio/di intervento è fondamentale per l'efficienza e l'efficacia complessive.

6. Cultura del cambiamento: l'innovazione organizzativa, tecnologica e il ripensamento dei processi attorno ai pazienti sono strumenti per migliorare continuamente il trattamento, l'efficienza ed i risultati di cura.

7. Flessibilità dei sistemi di erogazione e dei «ruoli» legati all'assistenza. L'adattamento della struttura di offerta al contesto di riferimento e la creazione di ruoli e figure per la gestione efficace e continua dell'assistenza sono il perno di un sistema sanitario centrato sui bisogni dei pazienti e del territorio.

In che modo i vari sistemi sanitari nazionali stanno affrontando la crescente esigenza di sostenibilità? Alcune soluzioni attoniscono alla sfera delle politiche sanitarie pubbliche, e possono essere influenzate, ma non determinate direttamente, dai manager delle organizzazioni sanitarie. Altre strategie sono applicabili concretamente all'interno della gestione aziendale.

Di seguito si presentano alcune strategie, che sono state implementate con successo dal management delle organizzazioni erogatrici di servizi sanitari nei diversi contesti a livello internazionale e che possono essere considerati «insegnamenti trasferibili». Tali soluzioni, vengono elencate nella **tabella 1**, e sono raggruppabili in base ai *driver* fondamentali del cambiamento e della sostenibilità sopra analizzati: 1) configurazione del sistema sanitario e caratteristiche dei meccanismi di finanziamento dello stesso; 2) sistemi e modelli di incentivazione; 3) cambiamenti nei ruoli e nella cultura organizzativa; 4) evoluzione dei processi gestionali; 5) implementazione ragionata delle nuove tecnologie.

Attraverso i confini, lingue e culture, le seguenti strategie sono state utilizzate nella sfida della sostenibilità. Non si pretende naturalmente che l'insieme delle suggestioni riportate dallo studio possa offrire un quadro unitario e coerente dello sviluppo di un sistema sanitario, ma piuttosto che gli elementi offerti possano rappresentare uno spunto di riflessione per i vari contesti nazionali. In ogni contesto, le strategie di governo e di gestione indicate potranno essere valutate alla luce di elementi quali:

- la configurazione effettiva del sistema sanitario in termini di numerosità e tipologia degli attori in gioco, relazioni di sistema pubblico, meccanismi di finanziamento, meccanismi di accesso alle prestazioni;
- la cultura organizzativa di base delle aziende sanitarie e dei professionisti che in esse operano;

- lo stato dell'arte dell'implementazione di sistemi di gestione aziendale delle organizzazioni;

- il contesto sociale ed economico di riferimento e la struttura di offerta del settore sanitario nel suo complesso.

Si propone di seguito un breve approfondimento su alcune strategie citate nello schema precedente, facendo riferimento alle leve ritenute particolarmente critiche dagli interlocutori e approfondite dall'indagine *Healthcast* nella prospettiva del confronto tra *best practices* internazionali.

3.1. L'utilizzo della regolazione per rafforzare la competizione nel sistema

L'introduzione della competizione in settori estremamente regolati come quello sanitario necessita spesso di interventi regolatori imposti dai livelli di governo responsabili della tutela della salute. La **tabella 2** descrive alcune esperienze di introduzione della competizione per via regolamentare citate dagli intervistati come di successo e il relativo stato dell'arte.

Come è possibile vedere, in alcuni casi le soluzioni rappresentano la risposta ad un'esigenza contingente di sostenibilità di breve periodo (Inghilterra, Irlanda), in altri sottendono un'evoluzione nelle regole di finanziamento o funzionamento e nell'assetto complessivo dei sistemi sanitari (Germania, Australia). In molti casi, le innovazioni introdotte sono finalizzate a rafforzare la funzione di *buyer* e di *market management* dei soggetti regolatori e/o pagatori, cercando una maggiore efficienza ed efficacia produttiva per il tramite della competizione tra gli erogatori.

3.2. La focalizzazione degli incentivi per gli erogatori

L'allocazione strategica delle risorse finanziarie all'interno del sistema sanitario è citata come leva necessaria per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di sostenibilità.

In linea generale, il finanziamento degli erogatori può avvenire in base al costo effettivamente sostenuto per l'assistenza, in ba-

Paese	Tipo di competizione introdotta	Stato dell'arte/primi risultati
Australia	Nel 2000 il governo ha incoraggiato i cittadini a passare ad assicurazioni sanitarie private offrendo in cambio un ribasso del 30% nella tassazione e rendendo obbligatorio un sistema di polizze assicurative meno costoso per i primi iscritti	Numero dei cittadini iscritti ad un'assicurazione sanitaria aumentato dal 30% nel 1998 al 45% del 2002, con una conseguente espansione reale del livello di copertura sanitaria della popolazione
Canada	La Corte Costituzionale nel 2005 ha obbligato il passaggio al sistema di assicurazione privata come soluzione alla scarsa accessibilità (entità delle liste di attesa era divenuta incostituzionale rispetto al diritto alla libertà, sicurezza e salute della popolazione)	Esecutività della legge rimandata al 2006
Inghilterra	Nel 2004 l'NHS ha appaltato l'erogazione di una serie di interventi chirurgici ambulatoriali a compagnie private straniere	Riduzione significativa delle liste di attesa pregresse
Germania	Privatizzazione di alcuni dei maggiori ospedali pubblici	Riduzione nei costi
Repubblica d'Irlanda	Fondo governativo straordinario (<i>National Treatment Purchase Fund</i>) per il finanziamento del trattamento in strutture private nazionali ed estere dei cittadini Detassazione parziale degli ospedali privati	Riduzione nelle liste di attesa Rapido incremento nel numero di ospedali privati
Olanda	Le compagnie di assicurazione potranno contrattare liberamente con i soggetti erogatori, forzando gli stessi alla differenziazione dell'offerta ed alla rendicontazione su costi e prestazioni	Inizio previsto nel 2006
Singapore	Uno dei piani di assicurativi per l'assistenza ospedaliera creato dal governo è stato privatizzato	In corso di realizzazione
Stati Uniti	MEDICARE ha esternalizzato a piani prescrittivi in competizione tra loro la gestione dei propri diritti legati ai nuovi farmaci	In corso di realizzazione

Tabella 2

L'introduzione della competizione per via regolamentare: esempi recenti a livello internazionale

Fonte: PwC Health Research Institute

se al volume ed alla tipologia di prestazioni erogate o in base alle performance intese in senso complessivo (*pay for performance*).

Nel corso degli ultimi decenni sulla scorta del modello statunitense dei Drg (*Diagnostic Related Group*) molti sistemi sanitari sono passati a sistemi di finanziamento degli erogatori basati sul volume di prestazioni (Italia, Francia, Germania, Singapore, Australia, etc.). In alcuni contesti questi ultimi sono stati nel corso degli anni messi in discussione – per la eccessiva focalizzazione sulla prestazionalizzazione dell'assistenza e per l'aumento dell'inappropriatezza dovuto all'implicita incentivazione alle prestazioni maggiormente «redditizie» – e conseguentemente corretti con meccanismi di controllo e di sanzionamento dei comportamenti distortivi. In altri casi, come quello inglese (caratterizzato da un elevato livello di collaborazione interna e da una competizione fortemente regolata dall'operatore pubblico), gli

incentivi sono gestiti sulla base del principio del *pay for performance*, interpretato come naturale estensione degli interventi per migliorare la qualità e la sicurezza nel sistema. Il sistema di incentivazione si basa su cinque parametri fondamentali: gli *outcome* (risultati di salute), l'aderenza a protocolli e modelli assistenziali giudicati efficienti ed efficaci, l'efficienza gestionale e l'adozione di tecniche e di tecnologie appropriate. Tali sistemi, sui quali convergono crescente interesse e giudizi positivi per il pregio di bilanciare la tensione degli incentivi verso la generazione di valore per il paziente e il sistema, nella realtà possono essere molto complessi. Nel caso inglese l'NHS utilizza un sistema di monitoraggio delle performance degli erogatori basato su 146 indicatori finalizzati alla misurazione della qualità complessiva dell'assistenza e il «punteggio» totalizzato dall'erogatore determina una parte fondamentale del pagamento ricevuto dal sistema³.

3.3. L'espansione del ruolo degli infermieri

Il ruolo dei professionisti sanitari ed in particolare degli infermieri nel miglioramento della sostenibilità dei sistemi sanitari è una strategia richiamata costantemente dagli attori intervistati. In particolare, gli infermieri sono visti come il punto di riferimento principale per la comunicazione tra il paziente e la struttura sanitaria e come risorsa fondamentale per l'aumento dell'efficienza e della capacità di offerta degli erogatori. In Inghilterra l'NHS sta trasferendo la gestione di alcune prestazioni agli infermieri (*Nurse Practitionaires*) per snellire il lavoro dei medici. In Australia, pur a fronte di una forte resistenza dei medici, è stato concesso agli infermieri un potere di prescrizione, anche se limitato, e la possibilità di ordinare esami diagnostici. Inoltre, in questo contesto gli infermieri operano autonomamente nei reparti di emergenza, all'interno di *équipe* specialistiche nella salute mentale e nel trattamento delle tossico e delle alcol dipendenze.

Anche alcuni Stati degli USA hanno concesso poteri di prescrizione agli infermieri sotto la supervisione dei medici e stanno sperimentando la gestione autonoma di alcune visite precedentemente condotte dai medici di famiglia, dai pediatri o dalle ostetriche, nei casi in cui questo sia un metodo per migliorare l'efficienza nell'erogazione dei servizi a parità di efficacia sostanziale del trattamento⁴.

Se l'importanza dei professionisti sanitari all'interno dei processi di cura è vista come una potenziale risorsa, al contempo si registra un sottodimensionamento rilevante dell'offerta di tali profili, comune a Europa, Stati Uniti, Australia. In alcuni sistemi sanitari, l'emergenza viene affrontata ricorrendo all'inserimento di professionisti provenienti dall'estero, in particolare dall'area asiatica, ma questo approccio non sembra considerato sostenibile né equo. Sembra invece preferibile puntare sulla formazione ed in particolare sull'orientamento e la formazione preliminare all'interno delle scuole superiori e sulla creazione di scuole indipendenti all'interno degli ospedali in modo da ampliare la capacità di offerta e di attrazione (esperienze statunitensi nello stato di New York e della California).

3.4. L'importanza dei professionisti sanitari nella garanzia dell'appropriatezza

Le esperienze di eccellenza condotte nel perseguimento di tale leva strategica sono multifaccettate. In Australia e negli USA è stata creata la figura dell' *health coach* finalizzata all'orientamento dei pazienti con bisogni di salute complessi e che ricevono prestazioni da molteplici erogatori. Tali figure, formate da infermieri, farmacisti o fisioterapisti sono normalmente offerte dalle compagnie assicurative ai pazienti e gestiscono il rapporto con questi ultimi su base periodica e continuativa governando anche la fase di contatto con l'assistenza di base e ospedaliera. Dagli USA è anche segnalata come importante la figura dell'*hospitalist*, un medico solitamente specializzato nella medicina d'urgenza che ha il compito di coordinare il percorso del paziente all'interno della struttura ospedaliera e presidiare il rispetto dei tempi e l'ottenimento dei risultati di cura.

L'esperienza europea, e particolarmente inglese, francese ed italiana, indica invece come possibile soluzione il potenziamento della figura del medico di medicina generale, regolatore dell'accesso ai servizi e soggetto responsabile di orientare il paziente nel sistema assistenziale. In questo senso la formazione e la creazione di incentivi specifici sono indicati come le aree di investimento fondamentali per raggiungere l'obiettivo.

3.5. L'approccio alla trasparenza

L'approccio alla rendicontazione sulle *performance* e sulla qualità è evidentemente condizionato da elementi quali l'architettura del sistema sanitario, la tipologia di soggetti pagatori e i meccanismi di finanziamento degli erogatori, la presenza di un «mercato» delle prestazioni, la libertà di scelta degli utenti e dei cittadini in relazione alle strutture di cura e il livello e le regole della competizione tra gli erogatori. Gli intervistati ritengono peraltro, trasversalmente al proprio contesto di appartenenza, che il potenziamento della trasparenza sia un *driver* di sostenibilità fondamentale per stimolare un miglioramento della qualità e l'efficienza nell'erogazione dei servizi. Le esperienze di investimento nella trasparenza e nella rendicontazione sono estremamente varie in relazione all'approc-

cio – introduzione volontaria da parte delle aziende o per via obbligatoria da parte dei soggetti pagatori, regolatori o garanti del funzionamento del sistema – ed agli strumenti adottati. Ad esempio, nel contesto statunitense si sono affermati i *quality of care reports*, realizzati da singoli trust ospedalieri o da apposite commissioni statali, assicurazioni o associazioni dei consumatori. In questi documenti sono rendicontati i livelli di *customer satisfaction* ma anche il rendimento delle strutture erogative in termini di efficacia clinica (rioperi e tassi di mortalità per tipologia di prestazioni, dati tratti dai *trials* clinici). I *report* sono cioè finalizzati alla comparazione diretta delle performance delle strutture ed all'orientamento delle scelte dei soggetti all'interno del mercato, con particolare riferimento ai cittadini e alle assicurazioni. In altri contesti si sono invece affermate strategie più vicine al concetto di rendicontazione delle performance di sistema sanitario nel suo complesso. In Inghilterra è da segnalare l'esperienza – avviata nel 1998 e che ha coinvolto tutti i *Trust* ospedalieri – delle *League Tables*, formate da 10 indicatori fondamentali nell'area dell'efficienza e accessibilità, dell'appropriatezza, della prevenzione e diagnosi precoce e dell'emergenza-urgenza⁵. In Canada è stata realizzata a partire dal 2002 su base volontaria, da parte di tutte le strutture ospedaliere della provincia dell'Ontario, una rendicontazione di tipo «bilanciato» molto simile al modello della *balancedscorecard* (Kaplan, Norton, 1996), destinata ai regolatori del sistema ed al pubblico esterno⁶. Esperienze di trasparenza simili, anche se su base obbligatoria, sono state implementate recentemente in Germania⁷ e in Olanda⁸, sotto il coordinamento di tecnostutture pubbliche ed all'interno di programmi più vasti di miglioramento della qualità del sistema.

Queste tipologie di strumenti sono evidentemente vicine all'idea di *accountability* democratica e di rafforzamento dell'informazione consapevole dei cittadini sulle performance del sistema.

4. La sostenibilità dei sistemi sanitari: indicazioni e prospettive per il contesto italiano

Dallo studio Healthcast si evincono alcune strategie in atto a livello globale per mi-

gliorare il rendimento dei sistemi sanitari ed aumentarne il livello di sostenibilità. Riprendendo in sintesi i contenuti della tabella 1, tali strategie si possono classificare nel modo seguente:

a) potenziamento delle reti di collaborazione tra i soggetti che compongono il sistema sanitario, con particolare riferimento:

– ad un'efficace e sostenibile governo della domanda di prestazioni;

– alla creazione delle «reti curanti» tra i soggetti erogatori all'interno di aree territoriali;

– alla programmazione condivisa dei servizi compresi nell'assistenza sanitaria tra soggetti regolatori, finanziatori ed erogatori di prestazioni;

b) ottimizzazione del sistema di offerta di prestazioni sanitarie sul territorio, che sia compatibile con il perseguimento delle strategie di sviluppo da parte delle aziende erogatrici e che possa soddisfare in modo unitario e integrato i differenziati bisogni di cura della popolazione sul territorio;

c) focalizzazione sul paziente, con particolare riferimento all'attenzione sulla continuità dei percorsi di assistenza, sull'unicità e la globalità della presa in carico assistenziale, sul potenziamento della qualità dell'assistenza intesa in senso globale;

d) Approccio proattivo e comprensivo alle tecnologie dell'informazione, con riferimento sia all'integrazione dell'ICT nel profilo di erogazione dei servizi sanitari (servizi *online*, applicazioni di telemedicina, etc.) sia al potenziamento della capacità conoscitiva relativa ai singoli pazienti tra i soggetti che partecipano al sistema di tutela della salute (cartelle cliniche, carte dei servizi sanitari, etc.);

e) trasparenza, intesa come principio che consiste nel porre la rendicontazione «multidimensionale» sulla qualità e sulle performance alla base dei meccanismi di funzionamento dei sistemi sanitari, quali l'accreditamento e il finanziamento dei soggetti erogatori;

f) gestione strategica delle risorse umane; il funzionamento dell'assistenza sanitaria è legato al mantenimento ed al potenziamento del «capitale intellettuale» all'interno delle aziende sanitarie, così come alla gestione strategica dell'organizzazione del lavoro fi-

nalizzata all'ottimizzazione dei singoli processi di assistenza.

Può risultare a questo punto interessante una contestualizzazione delle leve strategiche di miglioramento citate da parte degli «opinion leader» rispetto alle dinamiche evolutive del sistema sanitario italiano maggiormente percepite dagli intervistati. Le considerazioni sullo stato dell'arte del sistema italiano di seguito riportate, tratte dalle esperienze empiriche e dalla recente letteratura di settore, non possono ovviamente offrire un posizionamento esaustivo del contesto di riferimento rispetto alle dinamiche di sostenibilità della sanità mondiale, ma piuttosto intendono commentare in modo qualitativo alcuni elementi critici e linee di azione attivate o in corso di attivazione.

L'obiettivo di potenziamento delle *relazioni collaborative* tra i soggetti compresi nel sistema di tutela della salute è fondamentale dal punto di vista «contrattuale» e «sostanziale». Il sistema sanitario italiano non ha tradizionalmente presentato elevati livelli di competizione tra erogatori pubblici e privati, ma piuttosto un ruolo di integrazione e completamento dei secondi rispetto al sistema di offerta dei primi. Contrariamente ad altri sistemi maggiormente informati alle logiche del mercato, come ad esempio quello statunitense. L'introduzione delle logiche di quasi-mercato ha solo in alcuni casi modificato tale situazione (ad esempio il contesto lombardo) ed ha fatto assumere alla competizione forme più o meno «regolate» centralmente da parte di Regioni o Asl. La libertà di scelta del cittadino tra le strutture convenzionate con il Ssn è ad oggi in molti contesti regionali di fatto limitata dall'esistenza di una programmazione sul livello di prestazioni o l'entità di spesa erogabili dai soggetti privati (per approfondimenti Jommi, 2004). In questo senso, la «sfida collaborativa» si giocherà in primo luogo sulla chiarificazione e sul consolidamento forme di regolazione del «quasi mercato» italiano all'interno dei vari contesti territoriali. Tra i soggetti erogatori pubblici, tale sfida si misurerà nella creazione delle «reti curanti» sul territorio ed in particolare dei network ospedalieri in ottica interprovinciale o regionale.

L'assunzione di determinati *ruoli nel sistema di offerta* da parte delle strutture sanitarie e le scelte di integrazione interaziendale che verranno prese nei vari contesti territoriali sono un elemento fondamentale per il miglioramento del sistema. Le dinamiche di consolidamento del sistema di offerta sanitaria hanno nella realtà manifestato problematiche di frammentazione, despecializzazione e ridondanza nell'assistenza di medio-bassa intensità, carenza di alta specializzazione⁹, oggi al centro dei Piani strategici sanitari-socio-sanitari di molte Regioni. Peraltro, spunti positivi in questi anni si rilevano in contesti quali quello del Ssr toscano, emiliano e marchigiano tali dinamiche sono già in atto all'interno delle cosiddette «Aree Vaste», che stanno progressivamente assumendo compiti sempre più importanti di programmazione sanitaria.

Il tema del governo della domanda sopra richiamato è entrato da alcuni anni nell'agenda del sistema sanitario italiano come elemento fondamentale per migliorare l'appropriatezza dell'assistenza e controllare la dinamica espansiva della spesa sanitaria. Esso richiede un potenziamento del ruolo giocato dai soggetti che regolano l'accesso al sistema sanitario (*gatekeeper*). L'esperienza maturata in questi anni in termini di responsabilizzazione dei professionisti dell'assistenza di base permette di concludere che non esistano soluzioni di breve periodo in questo senso. La fissazione di obiettivi quantitativi legati alla spesa farmaceutica convenzionata o alla prescrizione dei ricoveri non può essere imposta come unico strumento di controllo¹⁰; gli obiettivi di governo della domanda devono essere chiaramente impostati dai soggetti regolatori del sistema e condivisi dai professionisti all'interno di una crescita culturale e in una presa d'atto più ampia sul «vero ruolo» degli Mmg (Vendramini, 2005).

In termini di sostenibilità, la dinamica di «prestazionalizzazione» dell'assistenza sanitaria – ovvero la tendenza a considerare la quantità di prestazioni erogate o erogabili come una *proxy* della capacità di assistenza sanitaria – è diffusa a livello internazionale. Se da un lato l'architettura del sistema sanitario italiano sembra intrinsecamente più vicina al concetto di assistenza integrata e globale rispetto ad altri, i dati tratti dalla realtà testimoniano una comune tendenza a sacrifi-

care la prevenzione, alla focalizzazione sull'acuzie ospedaliera e alla frammentazione della presa in carico dei bisogni complessi¹¹. In questo senso, i più recenti atti di indirizzo nazionali e regionali contengono strategie per il potenziamento di un approccio complessivo all'assistenza, da attuare attraverso la deospedalizzazione e il potenziamento dell'investimento nei servizi di prevenzione, diagnosi precoce e nei servizi territoriali.

La *focalizzazione sul paziente* è un elemento sempre più centrale per il rendimento dei sistemi sanitari; a livello italiano tale elemento è particolarmente critico, in considerazione del carattere fondamentalmente «chiuso» ed autoreferenziale consolidatosi delle aziende pubbliche, in particolare a carattere fortemente «professionale» (vedi Borroni, 2004).

La tensione al miglioramento in questo aspetto si sta esplicando nella crescente attenzione sui sistemi di gestione della qualità intesa in senso «globale» ovvero nelle sue componenti non solo strutturali ma anche legate al processo di cura, ai risultati finali della stessa (*outcome*) ed al rispetto dei diritti dei pazienti. Tra questi ultimi assumono importanza in particolare il rispetto della dignità umana (e.g. trattamento del dolore) e il diritto all'informazione e al coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni sui trattamenti medici, anche in relazione al crescente aumento della consapevolezza dei pazienti ed alla crescente «litigiosità» in relazione a sinistri o ad esiti «non positivi» degli interventi.

In relazione a quanto detto, è ad oggi centrale il tema della «gestione del rischio», concetto che sta espandendo il proprio significato fino a diventare esso stesso sinonimo di rafforzamento della qualità globale del sistema di *operations* gestite all'interno di una struttura di cura. In questo senso, molteplici strumenti di controllo e di monitoraggio sono oggi allo studio o in fase di prima implementazione al fine di gestire in modo proattivo la sinistrosità associata agli interventi, governare la variabilità non controllata che può portare ad errori, omogeneizzare i comportamenti professionali all'interno di percorsi di cura (*incident reporting*, protocolli terapeutici, etc.). A livello italiano tale tematica sta riscuotendo un crescente interesse, almeno in parte legato a fattori contingenti (ad esempio aumento della spesa per assicurazioni),

ma sono ancora molto limitati gli esempi di sistemi di gestione del rischio «maturi» e consolidati nella cultura organizzativa delle aziende (Del Vecchio, 2003).

Sempre in relazione all'elemento centralità del paziente, il sistema italiano sta oggi investendo sul concetto di «continuità assistenziale» all'interno dei percorsi di cura, al fine di aumentare il rendimento complessivo degli stessi in termini di «salute» (per approfondimenti si veda anche Tozzi, 2004):

- chiarificazione e omogeneizzazione delle fasi di trattamento di una determinata patologia all'interno delle strutture ospedaliere, degli snodi decisionali e clinici critici e delle interazioni tra i reparti e tra i professionisti;

- continuità tra ospedale e territorio, in particolare in relazione al trattamento di bisogni di salute complessi quali quelli legati all'età avanzata (cronicità, alternanza di stati acuti con stati stabilizzati, etc.);

- capacità di presa in carico territoriale. In questo senso risulterà fondamentale anche l'implementazione di un'effettiva integrazione socio-sanitaria, che veda protagoniste le Aziende sanitarie locali, i Comuni e gli altri soggetti erogatori, al fine di creare un unico sistema di servizi sul territorio (ad esempio Longo, 2000).

Su questo piano, le anticipatorie esperienze anglosassoni devono insegnare che al di là degli strumenti tecnici e degli organi di valutazione e consultazione, la continuità può essere efficacemente assicurata attraverso la diretta responsabilizzazione di professionisti sanitari sui singoli casi (la figura del *case manager*, o dell'*hospitalist* americano).

Per quanto riguarda l'*approccio alle tecnologie dell'informazione*, la letteratura (Buccoliero, Caccia, Nasi, 2002) propone spesso la contrapposizione tra una visione «deterministica/meccanicistica» e una visione «strategica» (paradigma dell'*e-government*). La prima fase di informatizzazione delle aziende del settore italiano ha avuto le caratteristiche del primo approccio; le tecnologie dell'innovazione hanno assunto prevalentemente il ruolo di supporto alle operazioni routinarie e alla gestione delle transazioni. Negli ultimi anni si sta affermando nel settore la consapevolezza della necessità di un ap-

proccio maggiormente inclusivo e strategico alle tecnologie in funzione di supporto:

- ai processi di programmazione e controllo e decisionali;
- all'evoluzione del profilo dei servizi informativi e reali;
- al miglioramento del livello di conoscenza sulla storia clinica, le condizioni di salute e il percorso assistenziale del paziente.

Tale evoluzione richiede forti investimenti non solo nelle componenti dei sistemi informativi (hardware, software e reti) ma anche cambiamenti sotto il profilo delle prassi organizzative e dell'evoluzione delle procedure interne. In alcuni casi l'evoluzione è stata volontariamente portata avanti dalle aziende sanitarie e ospedaliere, in altri casi è stata guidata centralmente dalle Regioni (Umbria, Marche). Lo stato dell'arte attuale testimonia di un'evoluzione «a macchia di leopardo», con differenziali notevoli a seconda delle capacità di investimento delle aziende e dei contesti territoriali e delle caratteristiche di partenza dell'informatizzazione.

La tematica della *trasparenza* è anch'essa a vario titolo entrata nel sistema sanitario italiano. Ad oggi l'accresciuta importanza del livello di governo regionale sta spingendo alla strutturazione di flussi informativi di monitoraggio e controllo delle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche basati sugli obiettivi di Piano Sanitario Regionale o su elementi specifici quali gli indicatori di appropriatezza, di costo etc. È in questo senso rilevante la prospettiva di *governance* adottata dalle singole Regioni, più spostata sulle funzioni di regolazione o di governo, controllo e indirizzo (per un approfondimento Longo, 2003). Alcune Regioni come la Toscana e il Veneto stanno ad esempio realizzando dei sistemi di controllo multidimensionali o «bilanciati» a livello di Ssr, gestiti centralmente al fine di promuovere un *benchmarking* tra le aziende sugli obiettivi di sistema e promuovere il miglioramento continuo (Cattabeni, Lega, Vendramini, 2004).

Nella prospettiva della trasparenza sulle performance del sistema sanitario, inoltre, dal 2002 sono stati puntualmente definiti a livello nazionale i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e gli indicatori di performance ad essi associati, prevedendo un doppio livello

regionale-nazionale di monitoraggio periodico dei dati. Ad oggi il sistema di rilevazione e controllo sulle performance relative ai LEA, che può diventare un importante linguaggio comune per il governo del sistema, sembra ancora incompleto e ritardatario (i più recenti dati disponibili su fonti pubbliche risalgono al 2002), anche se il progetto «mattoni del Ssn» coordinato dall'Assr (Agenzia per i servizi sanitari regionali) si sta muovendo in tale direzione.

Dal punto di vista della *disclosure* volontaria delle singole organizzazioni sanitarie pubbliche e private, stanno in questi anni nascendo forme di rendicontazione innovative chiamate «bilancio sociale», «bilancio di mandato» o «bilancio di missione» (per un'analisi dello stato delle pratiche si veda Alesani, Marcuccio, Trincherò, 2005). Le finalità di tali documenti, che solitamente contengono dati e indicatori di risultato e di impatto nella logica dei diversi portatori di interesse, sono molteplici e spaziano dalla gestione strategica delle relazioni con gli interlocutori sul territorio, alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle attività e il ruolo dell'azienda sanitaria alla dimostrazione del profilo di «responsabilità sociale» adottato all'*accountability* istituzionale verso gli organi regionali e le comunità locali di riferimento.

Se dunque esistono elementi di miglioramento del livello di «trasparenza» è necessario notare che:

- a livello nazionale si nota una certa disomogeneità e una rilevante fatica nel «consolidamento» dei dati di performance e di qualità delle aziende pubbliche e private convenzionate;

- l'obiettivo di legare alle performance in senso complessivo delle aziende sanitarie i meccanismi di funzionamento del sistema sanitario sembra ancora lontano, non essendo sufficiente l'introduzione di meccanismi di accreditamento fondati su standard di qualità prefissate o il progressivo passaggio al finanziamento a prestazione degli erogatori.

Per quanto riguarda infine la *gestione strategica delle risorse umane*, l'investimento realizzato nella fase di aziendalizzazione ha riguardato i sistemi di valutazione e incentivazione, con particolare riferimento al loro

collegamento con i sistemi di programmazione e controllo. In relazione alla frequente interpretazione di tali strumenti manageriali in termini burocratici (Del Vecchio, 2000), la sfida attuale sembra da un lato quella di rendere tali strumenti effettivi e funzionanti dal punto di vista «pragmatico» (ovvero sul piano della capacità di orientamento dei comportamenti) e dall'altro quella di riorganizzare il lavoro all'interno delle macrostrutture aziendali da una prospettiva «funzionale» ad una di «processo», con l'obiettivo di aumentare l'efficacia assistenziale complessiva (vedi Casati, 2002). Minore attenzione, anche per una questione culturale, sembra essere riservata alla tematica del mantenimento, della trasmissione e dell'incremento del capitale intellettuale all'interno delle aziende. Tale elemento, in relazione al quale le esperienze anglosassoni -in particolare australiane- devono essere prese in riferimento, è invece fondamentale al fine di garantire la capacità delle aziende sanitarie, organizzazioni professionali fortemente legate alla conoscenza ed alle competenze specialistiche, di operare nel futuro (per approfondimenti De Pietro, 2005).

Sembrano poi esservi alcuni punti essenziali per la sostenibilità sui quali il dibattito interno al sistema è ancora in fase embrionale e sui quali non sembrano sussistere strategie mature di azione. La sostenibilità della spesa sanitaria rientra tra questi punti, con particolare riferimento all'assottigliamento della fascia di popolazione «attiva», come anche alla questione della sostenibilità dell'assistenza legata alla terza ed alla quarta età.

Facendo anche sponda sulle evidenze della ricerca Healthcast, è possibile affermare che il sistema italiano sembra essersi attivato e presenta delle esperienze pilota in relazione a una parte delle strategie di sostenibilità per il futuro valide a livello internazionale (reti collaborative, ri-focalizzazione sul paziente); su altre strategie sembra invece evidente il relativo ritardo del contesto italiano e l'esigenza di un approccio culturale diverso o più maturo alle stesse (gestione del rischio e della qualità, garanzia effettiva della continuità dei percorsi di cura, etc.). Si evince più in generale la percezione di un sistema a «due velocità» – ovvero con forti differenze in termini di accessibilità e livello di prestazioni, anche all'interno delle stesse strutture – e la

difficoltà ad estendere e omogeneizzare le innovazioni a livello paese, la parzialità della crescita culturale e gestionale delle aziende sanitarie.

La sfida della sostenibilità non si vince con l'acritica adozione di strumenti e sistemi di gestione, ma con un'effettiva presa di coscienza, diffusa nei soggetti che partecipano al sistema di tutela della salute degli elementi di tensione insiti nell'evoluzione dei sistemi sanitari (quali ad esempio l'equilibrio economico complessivo, la dinamica demografica che modifica i bisogni di cura, l'esigenza di creare sistemi comprensivi di cura sul territorio) e degli snodi critici per la loro risoluzione.

Note

1. I contenuti del presente contributo traggono spunto dalle evidenze dello studio *Healthcast 2020: Creating a sustainable future*, realizzato dal PwC Health Research Institute (HRI) con la collaborazione di decine di professionisti inseriti in PwC a livello internazionale. Sono membri dell'HRI Jim Henry, Hindy Shaman, Shelley Gnull-Sazenski, Kelly Barnes, Benjamin Isgur, Cris Kuschel, Sandy Lutz; sono membri dell'HRI Advisory Team Wirt Oosterom, Ian Wootton, Anne-Marie Feyer, Simon MJ Leary, Harald Schmidt, Carrie Schulman, Bram Van Vliet, Franco Ancona.
2. Non si intende in questa sede valutare in senso oppositivo i sistemi di riferimento o sottovalutare le differenze intrinseche all'interno dei sistemi europei, ma piuttosto evidenziare alcune costanti nelle percezioni sui driver di sostenibilità registrate all'interno dell'area statunitense e dell'area europea.
3. Per approfondimenti sul meccanismo del *pay for performance* vedi Baker e Carter, (2005).
4. Per approfondimenti sulle esperienze rendicontate si veda anche Buchan (2004).
5. Gli indicatori delle League Tables sono i seguenti: appuntamenti per visite slittati, operazioni cancellate, percentuale di prestazioni con tempi di attesa al di fuori degli obiettivi minimi, copertura delle vaccinazioni e immunizzazioni dello screening mammario ed alla cervice uterina, rispetto dei tempi di risposta minimi per l'emergenza territoriale.
6. Data la tecnicità dei dati e delle informazioni contenute in questa *balancedscorecard* di sistema sanitario (per approfondimenti sul modello concettuale vedi Anderson *et. al.*, 2003), la rendicontazione sembra rivolta ad un pubblico di addetti ai lavori all'interno della società civile.
7. Si fa riferimento all'esperienza dell'Istituto per la Qualità e l'Efficienza istituito nel 2004 per la rilevazione e pubblicazione delle informazioni sui dati periodici di performance (in particolare di *outcome*) del sistema, nonché con compiti di valutazione della qualità, dell'efficienza e dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria al fine dell'impostazione di programmi

di miglioramento continuo (per approfondimenti Sawicki, 2005).

8. Si fa riferimento all'esperienza del Programma «Sneller Beter» (traduzione «meglio e prima») lanciato nel 2003 dal Ministero della salute e finalizzato alla realizzazione di *benchmarking* nelle strutture ospedaliere e di assistenza primaria, al monitoraggio periodico ed alla rendicontazione esterna sugli indicatori di qualità e risultato dell'assistenza, nonché all'impostazione di programmi di miglioramento nell'area della sicurezza, della logistica e dell'efficienza.

9. Per alcuni riferimenti numerici recenti vedi Anessi, Cantù, (2004) e in particolare Cantù *et al.* (2004).

10. Tale strategia può generare distorsioni a volte anche notevoli; ad esempio un blocco sulle prescrizioni territoriali può risultare in un aumento delle prescrizioni in distribuzione diretta.

11. Si vedano ad esempio i dati pubblicati nella Relazione della Conferenza Stato-Regioni del 24 luglio 2003 «Monitoraggio e verifica sui Livelli essenziali di assistenza sanitaria» e per un confronto internazionale i dati pubblicati dall'OCSE nel rapporto *Health Data 2005*, Jommi (2004).

B I B L I O G R A F I A

ALESANI D., MARCUCCIO M., TRINCHERO E. (2005), «Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo», *Mecosan*, 55.

ANDERSON G., BAKER G.R., BROOKS N.E., BROWN A., MCKILLOP I., MURRAY M. (2003), *Hospital Report Research Collaborative*, Toronto University.

ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2004), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.

BAKER G., CARTER B. (2005), «Provider Pay for Performance Incentive programs: 2004 national survey results», *Med-Vantage*, First Quarter.

BORGONOVÌ E. (2004), *Ripensare le amministrazioni pubbliche. Tendenze evolutive e percorsi di approfondimento*, Egea, Milano.

BUCHAN J. (2004), «International rescue? The dynamics and Policy implications of the International Recruitment of Nurses to the UK», *Journal of Health Research and Policy*.

CANTÙ E., CARBONE C., LECCI F. (2004), «La struttura del Ssn italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.

CASATI G., VICHI M.C. (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw Hill, Milano.

CATTABENI L., LEGA F., VENDRAMINI E. (2004), «Primi cenni sulla valutazione multidimensionale delle performance delle aziende ospedaliere tra fini esterni ed usi interni», paper presentato al Convegno AIES 2004.

CONFERENZA STATO-REGIONI (2003), «Monitoraggio e verifica sui Livelli essenziali di assistenza sanitaria», atti della Conferenza, Roma, 24 luglio 2003.

DEL VECCHIO M. (2000), «La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda Pubblica*, marzo-giugno, n. 2/3, pp. 159-168.

DEL VECCHIO M. (2003), «Controllo e gestione dei rischi nelle aziende sanitarie», in M. DEL VECCHIO, L.

COSMI (a cura di), *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.

DE PIETRO C. (2005), «Conoscenza, competenze, capitale umano e formazione in sanità», in *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane, contesto, politiche e strumenti*, McGraw-Hill, Milano.

JOMMI C. (2004), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano, 2004.

LONGO F. (2000), «Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio-assistenziale, socio-sanitario e sanitario», paper presentato al Convegno AIES 2000.

KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996), *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts.

LONGO F. (2003), «Strumenti di governo dei gruppi di aziende sanitarie pubbliche: quale mix scegliere dal tool box», *Mecosan*, n. 45, pp. 9-23

OECD (2003), *Health data 2005*, June 8.

PRICEWATERHOUSECOOPERS' HEALTH RESEARCH INSTITUTE (2005), «Healthcast 2020: creating a sustainable future».

PRICEWATERHOUSECOOPERS' HEALTH RESEARCH INSTITUTE (2002), «Healthcast 2010: smaller world, bigger expectations».

PRICEWATERHOUSECOOPERS' HEALTH RESEARCH INSTITUTE (1999), «Healthcast tactics, blueprint for the future».

SAWICKI P (2005), «German's Evidence Based Healthcare System Policy», Conference Alliance for Healthcare Reform, Washington, April.

TOZZI V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50, pp. 71-80.

VENDRAMINI E. (2005), «Primary care: role and organization of general practitioners», in F. LEGA, *Organizational Design and Development for Health Care Services. Foundations and Perspectives*, McGraw-Hill, Milano.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
 - 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.
- Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: 1. La programmazione nelle aziende

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. 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.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

Il reporting consolidato di Area Vasta nell'esperienza della Regione Toscana

LINO CINQUINI, LORENZO PESCINI

The issue of «networking» in Italian healthcare systems has been widely studied in this last decade. Its development has involved several consequences in planning and control of the health care activities between the local hospitals participating the network and has stressed the need of new information to face the network decision-making process. In this paper the experience of Tuscan Regional health Authorities in implementing sub regional healthcare networks areas («Aree Vaste») is described, with a particular focus on the issues concerning the innovations developed in reporting financial and non financial information («consolidated reporting»), explained through the experience carried out by one of these areas.

Note sugli autori

Lino Cinquini (l.cinquini@sssup.it) è Professore Ordinario della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e componente del Comitato Scientifico del «Laboratorio Management e Sanità» di Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana

Lorenzo Pescini (pescini@AO-careggi.toscana.it) è Direttore della UO Contabilità Generale dell'AOU Careggi e coordinatore del Gruppo Tecnico Amministrativo dell'Area Vasta Centro della Regione Toscana per il Bilancio Consolidato

Attribuzione

Pur nella loro unitarietà di progettazione e sviluppo metodologico, le parti del lavoro possono essere così attribuite: Lino Cinquini §§ 1, 2, 3, 4; Lorenzo Pescini §§ 5, 6, 7

1. Introduzione

L'orientamento dei sistemi sanitari verso la creazione di «strutture reticolari coordinate» da alcuni anni è oggetto di studio e dibattito. Tale orientamento costituisce una caratteristica di fondo della fase di sviluppo che sta attraversando il sistema sanitario nel nostro Paese, seppur con differenziazioni e caratteristiche specifiche regionali¹.

In particolare è stato osservato (Del Vecchio, 2003) come questa tendenza rappresenti l'evoluzione rispetto ad una fase di «deintegrazione» ad orientamento competitivo, che ha accentuato a partire dagli anni novanta i gradi di autonomia delle aziende sanitarie e la responsabilizzazione sull'uso delle risorse, rispetto all'azione fortemente integrante della originaria riforma del Ssn del 1978.

Numerosi sono i fattori che hanno spinto in questa direzione (Del Vecchio, 2003; Mio- lo Vitali, Nuti, 2003): il passaggio progressivo dalla condizione di «paziente» a quella di «cliente» da parte dei fruitori dei servizi sanitari, con effetti sul piano della complessità di interpretazione e di organizzazione delle modalità efficaci ed efficienti per una loro soddisfazione; una crescita della «mobilità» dei confini aziendali in campo sanitario connessa alla isolabilità di fasi rilevanti dei processi produttivi ed alla loro esternalizzazione, resa possibile anche per la diffusione dell'ICT nel settore sanitario; lo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo, che ha progressivamente accresciuto una «responsabilizzazione consapevole» (cioè soggetta a misurazione), collegata a crescenti spazi di autonomia rispetto ad una rigida sovraordinazione gerarchica nella organizzazione dei processi sanitari. Più in generale,

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il livello di «Area Vasta» per le strategie in logica di rete ed il governo delle risorse sanitarie
3. Il significato del «Bilancio consolidato di Area Vasta»
4. La composizione del reporting consolidato di Area Vasta
5. Proposta operativa di reporting consolidato dell'AV Centro: premesse metodologiche
6. Il modello operativo dell'AV Centro
7. Alcune criticità riscontrate dall'AV Centro
8. Conclusioni

si è anche osservato come le oscillazioni tra assetto «competitivo» e assetto «cooperativo» costituiscano una caratteristica propria dei sistemi sanitari dei Paesi europei, in particolare nell'ultima decade (Barretta, 2004: 80-85).

Una dimensione di analisi rilevante nell'ambito dello sviluppo di rapporti di collaborazione tra aziende sanitarie è costituita dall'approfondimento su sistemi e strumenti di controllo di gestione che possano facilitare un tale percorso relazionale. In quest'ambito si pongono numerosi problemi: la capacità dei sistemi di programmazione e controllo di sviluppare «relazioni fiduciarie» tra i partecipanti al *network*, i meccanismi di misurazione di performance più adatti rispetto ad una «dimensione sovraziendale dei risultati», l'istituzionalizzazione di processi di programmazione «concertata» e la definizione di metriche «comuni» tra le aziende (Barretta e Busco, 2004).

Il presente lavoro si focalizza in particolare su quest'ultimo punto, sulla base dell'esperienza condotta in Regione Toscana delle «Aree Vaste». Dopo aver delineato, nel paragrafo successivo, le caratteristiche essenziali di tale esperienza, una particolare attenzione verrà posta alla dimensione «consolidata» dell'informazione monetaria e non monetaria, con particolare riferimento al significato che può assumere un «bilancio consolidato» e più in generale una «reportistica consolidata». Verrà quindi presentata l'esperienza effettuata da una delle Aree Vaste nella sperimentazione della costruzione ed interpretazione di tali informazioni del tutto nuove nel sistema sanitario regionale toscano. Alcune considerazioni finali sui possibili sviluppi chiuderanno il contributo.

2. Il livello di «Area Vasta» per le strategie in logica di rete ed il governo delle risorse sanitarie

Come esplicitato nella normativa regionale vigente², per «Area Vasta» si intende la dimensione operativa a scala interaziendale, individuata come livello ottimale per la programmazione integrata dei servizi e per la gestione in forma unitaria di specifiche attività tecnico amministrative delle aziende sanitarie.

La creazione delle «Aree Vaste» ha quindi costituito una fase particolarmente importante nello sviluppo di un modello gestionale della sanità in Regione Toscana teso alla massima valorizzazione delle sinergie tra le risorse impegnate, in un quadro di compatibilità economica e di orientamento verso la «managerialità» nell'utilizzo dei fattori produttivi a disposizione. La dimensione di Area Vasta ha posto infatti importanti problemi organizzativi di sistema, sia sul piano gestionale (es. di approvvigionamento dei fattori produttivi) sia su quello delle iniziative sanitarie che per loro natura non possono non essere programmate e coordinate in un'ottica più ampia della singola Azienda sanitaria (Asl) o Azienda ospedaliero-universitaria (Aou)³.

La costituzione nel 2002 dei Consorzi di Area Vasta (CAV) ha avuto tra le principali finalità quella di assegnare le funzioni non direttamente riconducibili alle prestazioni sanitarie⁴ ed in particolare:

- l'acquisto di beni e servizi;
- i magazzini e la logistica;
- i sistemi informativi e l'informatica;
- la gestione e manutenzione patrimonio;
- l'organizzazione attività di formazione;
- il reclutamento del personale;
- il pagamento del personale;
- la gestione del settore legale.

Recenti ricerche (Meneguzzo, Roncetti, Rossi, 2004) hanno evidenziato gli ambiti in cui si è sviluppata l'azione dei CAV della Regione Toscana, valutandone anche i benefici in termini economici. In particolare, nell'area degli approvvigionamenti il risparmio medio sugli acquisti aggiudicati nel 2003 ammonterebbe al 5,7% per il CAV centro Toscana ed al 3,8% per il CAV Nord ovest. Dopo un biennio di sperimentazione, la Regione ha stabilito, nel quadro della revisione normativa del sistema sanitario (Legge regionale 40/2005), di procedere ad un assestamento dei Consorzi, ora denominati ESTAV (Enti per i Servizi Tecnologico-Amministrativi di Area Vasta)⁵, istituzionalizzandone l'organizzazione e il trasferimento delle funzioni precedentemente indicate.

La valenza della gestione del sistema in ottica reticolare, ha aperto anche orizzonti di intervento più ampi di quelli collegati

al perseguimento di economie di scala sugli approvvigionamenti e/o alla centralizzazione di alcuni servizi amministrativi, quali ad esempio la gestione del personale. Alle Aree Vaste, organizzate tramite Comitati, sono stati assegnati compiti di programmazione e coordinamento delle prestazioni e dell'organizzazione sanitaria su base interaziendale, come la programmazione dell'offerta e della domanda di attività ospedaliera per tipologia ai fini del miglioramento qualitativo e dell'efficienza dell'offerta (Des Dorides, 2003), la realizzazione di programmi integrati di formazione di Area Vasta, progetti tecnologicamente avanzati come il RIS PACS (alta tecnologia nel settore della diagnostica per immagini).

Un ulteriore aspetto di rilievo per il livello di governo di AV è costituito dalla possibilità che esso offre per un più efficace monitoraggio e controllo dell'allocazione e dell'impiego delle risorse, in relazione ai meccanismi di finanziamento vigenti in Regione Toscana. In ognuna delle tre Aree Vaste regionali esiste almeno un'Azienda ospedaliera universitaria, che costituisce il polo dei servizi ospedalieri specialistici dell'Area, il cui finanziamento avviene prevalentemente su base tariffaria in funzione delle prestazioni erogate, a differenza delle Asl comprese nell'Area, che sono invece finanziate prevalentemente in base a quote capitarie⁶. L'azione di «concertazione e coordinamento delle aziende sanitarie in ambito di AV», così come definito dalla Delibera della Giunta Regionale Toscana (Del.GRT) 765/2002 istitutiva dei comitati di AV, assume rilievo per le potenzialità di ottimizzazione dell'offerta resa possibile dall'interazione tra le aziende sanitarie dell'Area⁷. In connessione con tutto ciò, sono stati emanati degli «indirizzi per l'attivazione del bilancio consolidato in Area Vasta» (Del. GRT 770/2002) proprio a supporto dell'azione di concertazione.

L'importanza del livello di AV per il governo delle risorse emerge dall'analisi del flusso di risorse disponibili così come rappresentato in figura 1.

Ove:

Q = trasferimenti quota capitaria (livello di assistenza ospedaliera)

K = compensazioni attive per attrazioni extra-AV (per Asl e Aou)

Z = compensazioni passive per fughe extra-AV

Y, X = compensazioni per mobilità intra-AV

O = valore tariffario prestazioni prodotte da Aou

Fsp = Fondi speciali per Aou

Il pareggio economico dell'attività ospedaliera in AV (osp. AV) è garantito se:

$$\text{Ricavi (osp. AV)} = \text{Costi (osp. AV)}$$

Ove, con riferimento alla figura 1:

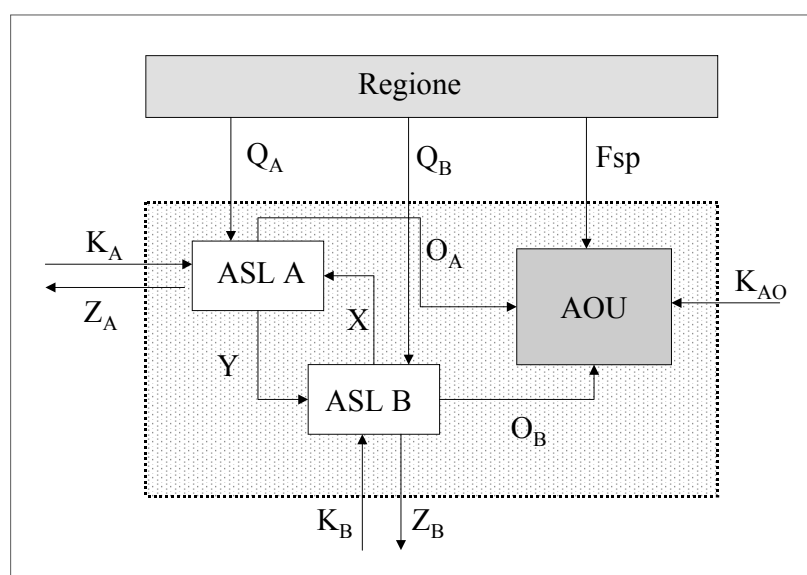
$$\text{Ricavi (osp. AV)} = \sum_j (Q_j + K_j) + (F_{sp} + \sum_j O_j + K_{Aou})$$

$$\text{Costi (osp. AV)} = (\sum \text{Costi osp. Asl}^8 + \sum_j Z_j) + \text{Costi Aou}$$

Nella prospettiva dei rapporti interaziendali, nel «conto economico di AV» i rapporti reciproci di prestazione tra Asl non hanno evidentemente alcun effetto sul risultato: solo i flussi di risorse legate a rapporti extra-AV influiscono sul piano economico-finanziario. È evidente altresì che l'equilibrio economico tra risorse disponibili e consumi è connesso ad un equilibrato rapporto tra domanda e offerta di prestazioni tra le aziende dell'AV, in particolare tra Asl e Aou.

In tale prospettiva, la costruzione di informazioni economiche consuntive relative alle

Figura 1
Il flusso delle risorse in Area Vasta



variabili della equazione economica d'AV basata sui flussi di risorse della figura 1, assieme ad altre informazioni sui livelli di attività, rende possibile un'analisi rivolta:

1) a verificare l'equilibrio economico dell'attività ospedaliera e delle singole aziende sanitarie che fanno parte dell'AV in un quadro di equilibrio più ampio;

2) ad avere elementi informativi sull'impiego della capacità di offerta di prestazioni da parte della Aou rispetto alla domanda interna ed alla domanda extra-AV (mediante l'analisi dei flussi K_{Aou} e O della figura 1);

3) a valutare, rispetto all'Aou di AV, la congruità del livello di domanda sviluppata nell'AV (flussi O della figura 1), del sistema di tariffazione rispetto ai costi delle prestazioni e/o l'eventuale eccesso di costi di struttura nell'Aou. L'impatto negativo sul conto economico di AV della gestione dell'Aou può infatti dipendere da volumi di prestazioni ad essa diretti (flussi K_{Aou} e O di figura 1) che non consentano un impiego ottimale delle risorse, oppure da insufficienza delle tariffe, ovvero dei valori attribuiti ai Drg per i rimborsi delle prestazioni dell'Aou. In ogni caso si rende necessario un approfondimento su:

i) l'adeguatezza dei costi di struttura dell'Aou rispetto al volume di domanda potenziale di prestazioni di AV ed extra-AV;

ii) l'adeguatezza del sistema tariffario rispetto ai costi effettivi, nel caso in cui esso

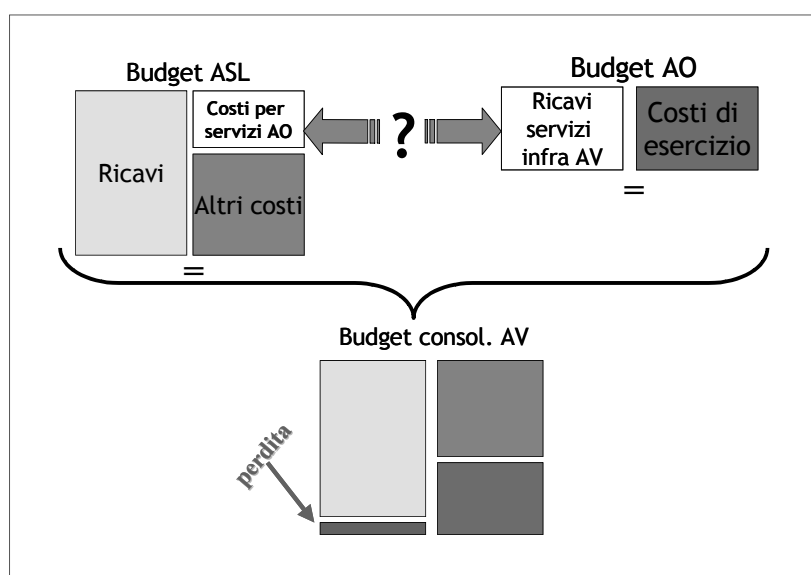
risultasse non più coerente rispetto a cambiamenti intervenuti nella composizione ed entità dei costi dei fattori produttivi impiegati nelle prestazioni.

In logica di AV, pertanto, le politiche aziendali di razionalizzazione dell'impiego delle risorse per le prestazioni ospedaliere sono spinte a superare i confini della singola azienda sanitaria e ad esprimere una capacità di proposte innovative che valorizzino le sinergie, anche economiche, realizzabili da una «logica di rete». Anche l'attrazione/fuga di risorse legata alla mobilità attiva/passiva assume un significato diverso: il contributo all'equilibrio della singola azienda del saldo attivo di mobilità deve inserirsi nella prospettiva più ampia del rispetto dell'equilibrio economico di AV e prevedere una contrattazione tra le Aziende che la compongono.

Una programmazione concertata mediante l'utilizzo di un *budget economico* a livello di AV può consentire un più efficace governo delle risorse. Infatti, la redazione di un *budget* consolidato può consentire di affrontare molti problemi di rilievo, quali ad esempio la compatibilità dell'equilibrio economico complessivo di AV con l'equilibrio economico dei singoli budget aziendali. Nel caso in cui non vi sia effettivo coordinamento nella fissazione dei rapporti di domanda/offerta tra le aziende, infatti, può esistere pareggio (o addirittura utile) tra ricavi e costi nei budget economici delle singole aziende di AV, ma nello stesso tempo una perdita a livello consolidato di area (figura 2).

Questa situazione può verificarsi in caso di mancata «concertazione» dei reciproci rapporti economici mediante un budget consolidato tra le aziende dell'AV, in modo tale che sia perseguito l'obiettivo di un effettivo bilanciamento tra servizi domandati e servizi offerti per volumi e valore in logica «consolidata»⁹. Se tale logica viene perseguita, la struttura dei costi delle aziende può consapevolmente allinearsi in fase programmatoria al livello delle risorse che il sistema di finanziamento regionale (prescindendo da compensazioni extraregione) rende disponibili per l'area.

Figura 2
Risultato preventivo aziendale e a livello di AV



3. Il significato del «Bilancio consolidato di Area Vasta»

Nello processo di sviluppo della dimensione organizzativa di AV nel sistema sanitario della Regione Toscana è emersa immediatamente l'esigenza di un livello informativo economico-finanziario adeguato, che consentisse da un lato di valutare l'operato in ottica integrata delle unità che ne fanno parte, dall'altro di programmare l'attività in modo coerente con obiettivi di area e non solo di singola azienda: la richiamata Del. GRT 770/2002 ha emanato gli indirizzi per l'attivazione del bilancio consolidato in Area Vasta.

Un primo aspetto da considerare riguarda l'assimilabilità del richiamo al «bilancio consolidato di Area Vasta» rispetto allo strumento del «bilancio consolidato» privatistico.

Il gruppo aziendale, nel mondo dell'impresa privata, si presenta come unità economica composta da distinte entità giuridiche, che tuttavia mantengono una uniformità di indirizzo e di obiettivi¹⁰. Uno strumento importante di rendicontazione e di controllo per la gestione dei gruppi aziendali è il «bilancio consolidato», che mira a rappresentare i risultati economico-patrimoniali e finanziari del gruppo come fosse un'entità economica unica, senza tener conto dei rapporti economici interni intercorrenti tra imprese che ne fanno parte. Nel «bilancio consolidato» la gestione (nella dimensione economica, patrimoniale e finanziaria) viene rappresentata come fosse un unico sistema di valori (cfr. Colucci, Riccomagno, 2002; Caratozzolo, 2002; Pisoni, 2000, Riccomagno, 1996).

Nel caso dell'Area Vasta regionale, si osserva innanzitutto che non esiste un «bilancio della capogruppo» di riferimento per il processo di «consolidamento» e l'applicazione dei relativi metodi contabili (non esiste un'«azienda capogruppo» nell'AV, né la regione ha un suo bilancio economico-patrimoniale rispetto al quale si effettua il consolidamento). Si tratta cioè di un consolidamento applicato a «gruppi orizzontali» o «paritetici», ossia senza legami di compartecipazione fra le imprese componenti. Esso dà più propriamente origine, in dottrina, ad un «bilancio combinato» (Marasca, 1998: p. 53).

Sotto il profilo degli obiettivi osserviamo ulteriori differenziazioni. Tipicamente il bilancio consolidato di un'impresa ha una funzione informativa generale per gli organi amministrativi ed il management (consolidato interno) e, verso l'esterno, per gli azionisti della capogruppo, gli azionisti di minoranza delle società controllate ed i creditori della capogruppo e di aziende controllate. Oltre a ciò tale bilancio può svolgere una funzione informativa gestionale in merito alle condizioni di equilibrio reddituale, finanziario, patrimoniale del gruppo, facilitando le analisi per aree strategiche e l'analisi delle «leve» (finanziaria e azionaria) che tipicamente la struttura di gruppo consente di sfruttare¹¹.

Rispetto a queste finalità generali del consolidato, la funzione assegnata dalla Regione Toscana al bilancio consolidato di AV risulta eminentemente gestionale. Tale strumento deve infatti essere di supporto a valutazioni sul rapporto costi/risorse anche in relazione ai Livelli di assistenza determinati e alla programmazione concertata a livello di AV dei trasferimenti tra Aou e Asl. Prevale qui l'aspetto «economico» dell'informazione consolidata («... *consentire una valutazione comparativa dei costi aggregati con le risorse disponibili*») rispetto a quello «patrimoniale», così come il riferimento ai Livelli di assistenza rispetto alla riclassificazione contabile dei bilanci.

Le fasi principali per la redazione del bilancio consolidato, in generale, si possono riassumere come da **box 1** (cfr. Marchi, Zavanì, 1998: 49 e segg.; Andrei *et al.*, 2005).

Nel caso dei prospetti consolidati di derivazione contabile costruiti per l'AV, come vedremo, il processo di consolidamento riguarda solo le prime tre fasi, non essendovi una «holding» rispetto a cui effettuare il consolidamento delle partecipazioni.

In ogni caso è indubbio che il termine «bilancio consolidato», con riferimento all'Area Vasta, è stato mutuato dal settore privato. Considerate però le specifiche implicazioni metodologiche e finalistiche nelle Aree Vaste del sistema sanitario toscano, è forse più corretto parlare di «*reporting* consolidato» piuttosto che di «bilancio consolidato». Nella logica di Area Vasta tali documenti si configurano come strumenti per la rendicontazione della gestione sanitaria di AV con

Box 1

Fasi principali della redazione del bilancio consolidato

Fase	Descrizione
1. Individuazione «area di consolidamento»	Definizione dell'insieme delle unità che devono essere considerate nel processo di consolidamento (in base a parametri di controllo, omogeneità/eterogeneità dell'attività svolta)
2. Armonizzazione tra i bilanci da consolidare	<ul style="list-style-type: none"> – In termini temporali: individuazione della data a cui riferire il bilancio consolidato e allineamento a quella data dei bilanci da consolidare – Degli schemi (piani dei conti) – Dei criteri di valutazione delle singole voci, mediante criteri contabili uniformi (rettifiche)
3. Eliminazione delle operazioni infragruppo	<p>Depurazione da operazioni che determinano trasferimenti interni al gruppo di risorse:</p> <ul style="list-style-type: none"> – debiti e crediti (commerciali e di finanziamento) – costi e ricavi infragruppo – utili e perdite infragruppo (da cessione di prodotti o cespiti) – dividendi erogati all'interno del gruppo
4. Consolidamento delle partecipazioni	Eliminazione del conto partecipazioni dalla contabilità della controllante, con contestuale annullamento della quota del patrimonio della controllata

valenza informativa consuntiva, ma anche (e forse soprattutto) come strumenti di controllo («*budget* consolidati»). Il *reporting* è un concetto più «elastico» e collegabile ad una informativa legata ad una dimensione interna gestionale (Marelli, 2000), mentre il «bilancio consolidato» si configura come strumento dai contenuti e modalità di formazione ufficiali, precisi e codificati nella sfera aziendale privatistica.

4. La composizione del *reporting* consolidato di Area Vasta

Sul piano normativo civilistico, il Decreto Legislativo 127/1991 (art. 32, comma 1) stabilisce che il bilancio consolidato è un bilancio d'esercizio di gruppo, composto da stato patrimoniale, conto economico, nota integrativa; a tali componenti si aggiunge poi la relazione sulla gestione (di gruppo). La nota integrativa, secondo il Documento dei Principi Contabili n. 12, dovrebbe comprendere anche:

- il rendiconto finanziario consolidato;
- il prospetto di raccordo tra patrimonio netto e risultato d'esercizio della controllante e patrimonio netto e risultato netto consolidato;
- il prospetto dei movimenti del patrimonio netto consolidato.

L'esperienza sperimentale delle Aree Vaste nella costruzione di documenti informativi consolidati ha condotto verso la composizione di un *reporting* consolidato di AV diversa rispetto a quella tradizionale del bilancio consolidato, anche per le particolari finalità assegnate a tali informazioni nel governo del sistema sanitario, così come evidenziato nel modello proposto dall'Area Vasta Centro nei successivi paragrafi del presente lavoro.

In particolare, si sono individuate due dimensioni informative del *reporting*:

- economico-finanziaria (da consolidamento contabile);
- gestionale (indicatori/informazioni su aspetti gestionali specifici di AV).

Alla prima dimensione appartengono il *report* economico generale e quello per livelli di assistenza.

Il *report economico generale* deriva dall'applicazione delle procedure e dei principi del consolidamento dei bilanci e si applica ai conti economici delle aziende sanitarie di AV. Nella sua realizzazione si applicano, per quanto possibile, i principi di consolidamento dei conti economici (eliminazioni di costi e ricavi derivanti da rapporti infra Area Vasta). Il suo obiettivo è quello di verifica dell'equilibrio economico a livello di AV e del raggiungimento degli obiettivi programmati

nella concertazione. In questo senso rappresenta un fondamentale strumento di *feedback* nel processo di controllo svolto a livello di AV per la verifica degli obiettivi del collegato *budget* economico e consente di realizzare «... una valutazione comparativa dei costi aggregati con le risorse disponibili»¹².

Il *report economico per Livelli di Assistenza (LA)* invece deriva dal consolidamento dei Conti economici aziendali riclassificati per LA: Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, Assistenza distrettuale, Assistenza ospedaliera. Le sue finalità a livello di AV sono molteplici: programmazione, monitoraggio e confronto dei costi per LA, possibilità di costruzione di indicatori basati sui costi, verifica di congruità dell'assorbimento di risorse per LA (confronto costi/risorse allocate).

Quelli suggeriti rappresentano i documenti consolidati di «derivazione contabile» più significativi ai fini di una informativa di AV. In effetti, le esperienze che le tre Aree Vaste stanno portando avanti sul progetto del consolidamento delle informazioni contabili si stanno muovendo fondamentalmente lungo queste direttrici¹³. Seppur individuato come possibile elemento del *reporting* consolidato, il *rendiconto finanziario consolidato* ad oggi è ancora in fase di completamento anche a seguito dell'ingente lavoro di adeguamento dei dati patrimoniali ai nuovi standard regionali fissati con i recenti Principi Contabili.

Tuttavia esiste un altro livello importante di informazioni che può risultare estremamente utile sia per la programmazione che per la rendicontazione delle risultanze gestionali dell'AV. Si tratta di quella dimensione individuata come *reporting di indicatori/informazioni gestionali (performance report)* che dovrebbe mirare a fornire i principali elementi segnaletici di efficienza/produttività del sistema altrimenti non disponibili a partire dai dati economico-finanziari consolidati.

5. Proposta di *reporting* consolidato dell'AV Centro: premesse metodologiche

Come già ricordato, a seguito della Del. GRT 770/2002 la Regione Toscana ha definito i criteri generali da utilizzare nella realizzazione del «bilancio consolidato di Area Vasta».

L'Area Vasta Centro, che include le Asl di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli, e le Aou Careggi e Meyer e che gestisce risorse per oltre 2,3 miliardi di euro con un organico complessivo di circa 20.600 unità per quasi 300.000 ricoveri l'anno, ha costituito fin dal 2003 un gruppo di lavoro con la finalità di realizzare, sulla base delle indicazioni della delibera richiamata, un «bilancio consolidato» che fosse un agevole e valido supporto al buon governo dell'Area Vasta attraverso la produzione di flussi informativi razionalmente strutturati, condivisi e soprattutto attendibili (cfr. Abati, Braganti, Pescini, 2005).

Già nel Piano sanitario regionale, era stata prevista l'attivazione del «bilancio consolidato di Area Vasta» quale strumento per la valutazione integrata dei risultati aziendali e dell'impiego delle risorse. Sebbene tale processo, come detto in precedenza, non debba essere inteso in termini strettamente contabili, l'obiettivo da raggiungere era comunque il consolidamento dei bilanci aziendali e non l'estrazione parziale limitata ad alcune voci di costo/ricavo.

Questa «presa di posizione» si è rivelata, fin da subito, punto di forza e di riferimento per l'implementazione di un nuovo modello operativo ma, nello stesso tempo, ha suscitato alcune perplessità metodologiche. Il processo di riclassificazione, elaborazione ed analisi basato sulle informazioni contenute nei bilanci d'esercizio, è stato infatti particolarmente apprezzato per l'attendibilità dei dati prodotti in quanto sempre tracciabili rispetto alle informazioni di origine, ma è stato anche talvolta valutato un approccio eccessivamente contabile, in quanto strettamente correlato ai bilanci ufficiali ed alla contabilità generale. In realtà, lo stesso allegato della delibera prevede espressamente che il processo per l'elaborazione del «bilancio consolidato» potesse agire «*su aggregati di spesa opportunamente individuati e, ... dovendo affrontare soprattutto la integrazione delle risorse impiegate nei settori del ricovero ospedaliero e della specialistica, in quanto settori comuni alle Asl ed alle Aou, ... avere a base non solo i bilanci, ma anche la riclassificazione degli stessi per livello di assistenza*».

In altre parole, il «bilancio consolidato» deve evidenziare il risultato complessivo di AV (e non solo una parte) suddividendolo

tra i vari livelli di assistenza. Ciò significa, in termini operativi, raccogliere i dati di bilancio (consuntivo e/o preventivo), costruire aggregati di costi (e ricavi) opportunamente determinati, enucleare le attività ed i costi sostenuti per i servizi resi ai residenti provenienti da fuori AV, così come indicato nella figura 1 con la lettera «K», effettuare tutte le operazioni necessarie per rendere omogenei e coerenti i dati utilizzati ed infine riclassificare i risultati ottenuti per livelli di assistenza.

Seguendo l'interpretazione suddetta, le finalità del «bilancio consolidato» si possono così sintetizzare:

Obiettivi di natura prevalentemente contabile

- Riconciliazione puntuale periodica dei costi/ricavi e crediti/debiti tra aziende dell'AV;
- analisi dell'andamento della situazione di cassa dell'AV mediante il rendiconto finanziario comparato.

Obiettivi di natura prevalentemente gestionale

- Valutazione integrata dei risultati aziendali e dell'impiego delle risorse;
- controllo dell'equilibrio economico complessivo dell'AV;
- valutazione comparativa dei costi aggregati con le risorse disponibili;
- individuazione dei livelli assistenziali ai quali si devono imputare eventuali disavanzi economici di AV;
- confronto degli andamenti economici per livello di assistenza e analisi cause;
- analisi nel tempo dell'andamento in termini quali/quantitativi delle attività prodotte;
- utilizzo del modello di consolidamento anche sui dati previsionali soprattutto in termini di programmazione delle attività sanitarie e di mobilità «chi fa che cosa per chi».

Obiettivi strategico-organizzativi

- Riduzione della crescente conflittualità tra Asl e Aou;
- programmazione e valutazione da gestire nell'ambito di coordinamento di AV.

Nei paragrafi seguenti viene presentato come il Gruppo tecnico amministrativo (GTA) dell'Area Vasta Centro ha realizzato tale complesso di documenti, peraltro centrando gran parte degli obiettivi appena elencati.

6. Il modello operativo dell'AV Centro

6.1. Il punto di partenza

Come già evidenziato, il ruolo del «bilancio consolidato» deve essere quello di strumento a supporto delle verifiche sull'andamento economico e gestionale dell'AV e delle decisioni relative alla programmazione ed il coordinamento delle varie attività sanitarie prodotte dalle aziende interessate.

In precedenza sono state sottolineate le differenze nelle finalità e procedure del bilancio consolidato in ambito privatistico rispetto al «bilancio consolidato di AV» (che abbiamo meglio rinominato «reporting consolidato di AV»). In particolare il bilancio consolidato ex D.L.vo 127/91 è fonte di molte informazioni non necessarie per il raggiungimento degli obiettivi previsti nelle linee guida (es. rapporti societari) e nello stesso tempo non risulta funzionale ad altri scopi prefissati dalla Regione (es. analisi per livelli di assistenza). Ed è proprio alla luce di ciò, sulla base di alcune linee generali comunque estrapolate dalla pratica del consolidamento «privato», è stato disegnato un nuovo strumento con forti caratteri di novità sia nel contenuto che nelle regole. Un insieme coordinato di documenti nei quali far confluire dati ed informazioni sia contabili che di natura squisitamente gestionale.

Come schematizzato nella **figura 3**, il gruppo di lavoro è partito dall'analizzare attentamente la Del. GRT 770/2002 più volte richiamata, con la finalità di:

- ideare un impianto documentale che realizzasse il flusso informativo richiesto;
- evidenziare le criticità tecnico-operative;
- elaborare tecniche e metodiche per la risoluzione di tali problematiche.

Le fonti principali dalle quali sono stati atinti i dati originali sono i bilanci d'esercizio per quanto riguarda i ricavi e costi aziendali, i modelli LA relativamente all'assorbimen-

to dei fattori produttivi per singolo livello di assistenza, i flussi regionali e la contabilità analitica per tutte le informazioni sulla «qualità» della produzione di servizi ambulatoriali ed ospedalieri.

È da sottolineare, peraltro, che sono state rilevate significative differenze nelle modalità di contabilizzazione utilizzate dai vari soggetti interessati ed è proprio per eliminare tale problematica che con Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 1343 del 20/12/2004 sono stati approvati i Principi contabili e di controllo per le aziende sanitarie toscane¹⁴. Analogamente sono state riscontrate negli anni variazioni di rilievo nelle logiche di redazione del Modello LA, come meglio specificato nel paragrafo sul *performance report*. Conseguentemente, affinché il *reporting* consolidato potesse accorpate dati armonizzati tra loro e quindi portare a conclusioni corrette, è stato necessario affrontare preventivamente il problema della coerenza delle informazioni, trovando valide soluzioni in merito.

In altre parole, affinché il nuovo documento non rimanesse solo un mero esercizio contabile bensì un efficace strumento a valenza strategica e di programmazione, è stato necessario preliminarmente definire:

- la composizione del *reporting* consolidato e i dati (ed il loro livello di dettaglio) per la sua completa redazione;
- precise e chiare regole operative per la costruzione delle informazioni da inserire nelle tabelle di lavoro sulle quali poi procedere alle successive elaborazioni;
- modalità operative di «quadratura» dei dati prodotti. Tali modalità, pur essen-

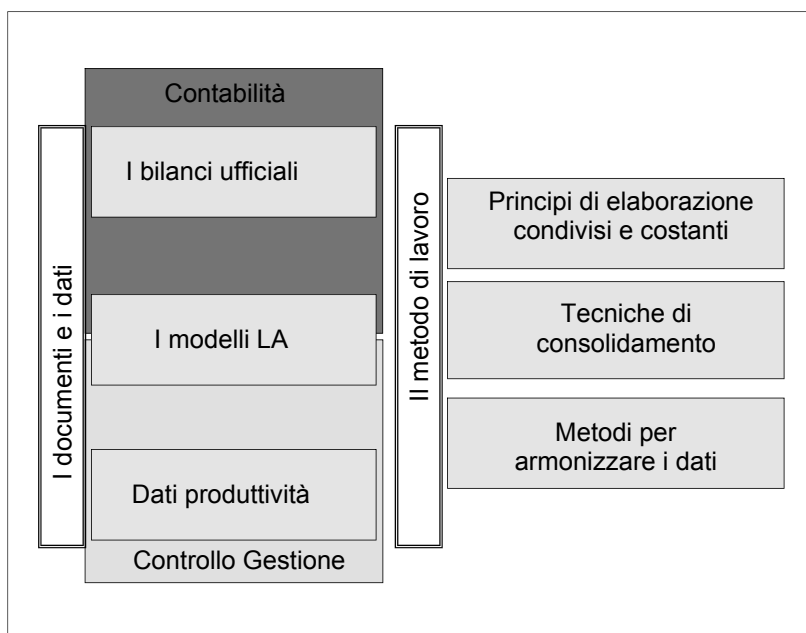


Figura 3
Le basi logiche ed informative

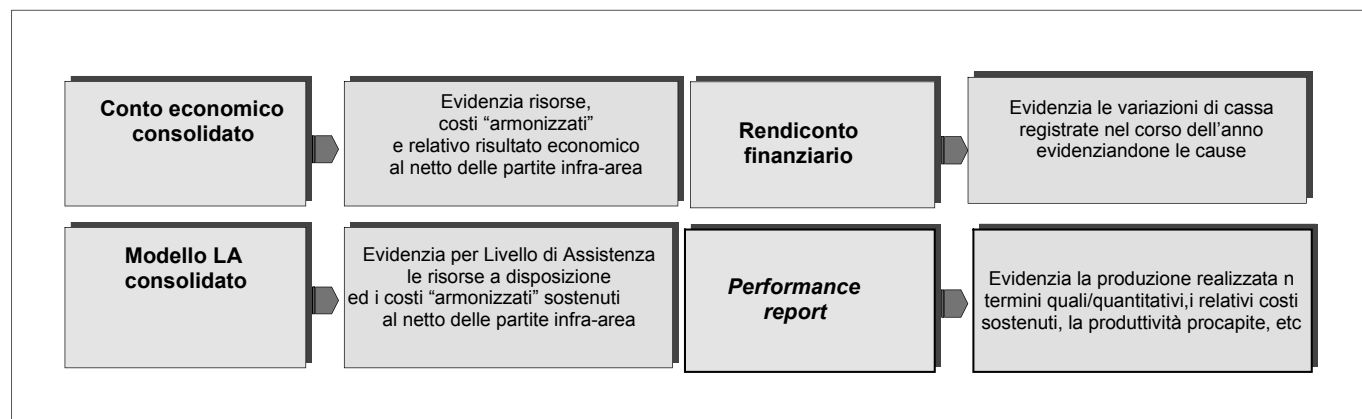
do in ogni caso strumentali agli scopi del *reporting* consolidato, hanno consentito una più agevole validazione dei risultati prodotti.

6.2. Lo sviluppo del modello

Il *reporting* consolidato, così come ideato, si compone di sei prospetti: conto economico consolidato, modello LA consolidato, stato patrimoniale consolidato, rendiconto finanziario, *performance report* e relazione di accompagnamento.

Si veda la **figura 4** per la composizione dei documenti più significativi nel dettaglio.

Figura 4
I principali prospetti del *reporting* consolidato



Conto economico consolidato

Ai fini di dare una omogeneità contabile ai bilanci ufficiali delle sei aziende dell'AV, il gruppo di lavoro ha individuato le voci di bilancio maggiormente soggette ad una diversificata rilevazione contabile da parte delle singole aziende e, dopo aver analizzato i vari aspetti, ha stabilito precise linee guida relative al processo di armonizzazione dei dati di bilancio.

I principali problemi affrontati sono stati i seguenti:

- sterilizzazione ammortamenti - finanziamenti finalizzati;
- residui contrattuali;
- ferie maturate e non godute;
- plusvalenze e minusvalenze su alienazioni;
- capitalizzazione costi del personale;
- svalutazione dei crediti;
- quota di costi e ricavi relativi alla gestione sociale.

Un esempio di linea guida elaborata è riportato nel **box 2**.

Inoltre, sommando algebricamente i bilanci delle singole aziende il risultato sarebbe risultato «gonfiato» a causa delle partite «infra-area»¹⁵ che, pertanto, sono state stornate. Ai fini di un corretto consolidamento è stata ideata una tabella unificata nella quale ogni singola azienda ha inserito:

- il conto economico d'esercizio ufficiale;
- le scritture di rettifica e/o di riclassificazione sulla base delle linee guida stabilite dal GTA;
- le compensazioni *infra-area* sulla base delle tabelle ufficiali fornite dalla Regione;
- le fatturazioni attive e passive *infra-area* sulla base delle risultanze proprie e di quelle delle altre aziende dell'AV.

Ogni azienda ha quindi elaborato il proprio conto economico «armonizzato» (conto economico ufficiale modificato dalle scritture di rettifica e riclassificazione) e quello da utilizzare per il consolidamento finale (conto

Box 2

Esempio di linea guida per armonizzazione dati per consolidamento

Argomento: Sterilizzazione ammortamenti - Finanziamenti finalizzati.

Voce del Conto Economico: Costi Capitalizzati.

Sintesi: Le aziende sterilizzano gli ammortamenti relativi ad investimenti finanziati con contributi in c/capitale regionali mediante iscrizione tra i ricavi (costi capitalizzati). Tra gli investimenti finanziati rientrano anche quelli ricevuti al momento della costituzione delle aziende (fondo di dotazione).

Problematiche: Talvolta nei costi capitalizzati vengono iscritte anche le quote di finanziamenti finalizzati in conto esercizio. Inoltre esiste il problema legato alla diversa modalità di contabilizzazione dei cespiti oggetto di primo conferimento da parte della Regione che hanno seguito le Aziende. Metà di queste ultime ha caricato i cespiti ad un valore normalmente determinato capitalizzando la rendita catastale/valore ICI, sul quale sono state poi annualmente calcolate le quote di ammortamento. L'altra metà, fin dall'inizio ha iscritto in bilancio un fondo ammortamento calcolato in base all'anzianità dell'immobile. In termini di risultato economico finale i due metodi sono identici in quanto gli ammortamenti che scaturiscono da tali cespiti sono comunque completamente sterilizzati, in termini di valore degli ammortamenti invece comportano differenze anche notevoli.

Linee guida: La voce «Costi capitalizzati», per la parte relativa alla sterilizzazione degli ammortamenti, sarà esclusa dal valore della produzione e inserita in apposita «gestione atipica». Le quote relative a finanziamenti finalizzati in conto esercizio dovranno essere spostate nella voce «Contributi in c/esercizio».

Note: Per quanto riguarda gli effetti derivanti dalle diverse modalità di valorizzazione dei cespiti oggetto del primo trasferimento dalla Regione, è stato deciso, a causa della complessità dell'argomento, almeno in prima applicazione, di mantenere gli ammortamenti inseriti in bilancio e la relativa sterilizzazione. Ciò non ha effetto sul risultato economico complessivo mentre ha effetto positivo (non quantificabile) sulla differenza tra valore e costi della produzione (*).

(*) Il problema della corretta valutazione dei beni immobili oggetto di primo conferimento è stato peraltro affrontato e sostanzialmente risolto dai già richiamati nuovi principi contabili regionali di cui al DGT 1343/2004.

economico armonizzato al netto delle partite *infra-area*).

È stata così compilata una tabella complessiva che, riportando la somma dei sei documenti aziendali, ha permesso di elaborare il conto economico consolidato di AV.

Modello LA consolidato

Il c.d. «modello LA» fa parte dei modelli di rilevazione delle attività economiche delle Asl e delle Aou da produrre per il Ministero della salute. In particolare con tale modello viene effettuata la rilevazione dei costi per livelli di assistenza, ovvero tutte le spese sostenute nel corso dell'anno classificate nei fattori produttivi identificati dal modello ed imputate ad uno dei tre livelli di assistenza (Assistenza sanitaria collettiva, Assistenza distrettuale, Assistenza ospedaliera) ed ai relativi sottolivelli¹⁶.

È proprio dal modello LA che il gruppo di lavoro ha preso spunto per realizzare quella parte del *reporting* consolidato che evidenzia i fattori produttivi assorbiti da ogni livello di assistenza e le risorse messe a disposizione dal sistema per realizzare gli obiettivi assistenziali programmati determinando, in ultima analisi, l'origine di eventuali deficit di sistema.

Per fare ciò, è stata costruita una tabella specifica nella quale ogni azienda ha iscritto:

- i costi d'esercizio suddivisi per Livello di assistenza così come risultanti dai modelli LA aziendali;
- le scritture di consolidamento già effettuate per il bilancio consolidato (omogeneizzazione e storno partite *infra-area*) suddivise per Livello di assistenza;
- i ricavi «consolidati» suddivisi per Livello di assistenza.

Dal momento che il modello LA ufficiale non contempla quest'ultima voce è stato necessario stabilire i criteri per individuare a quale Livello di assistenza imputare le risorse, criteri che si possono così sintetizzare:

- quote capitarie: sulla base delle percentuali di suddivisione del Fsr, come da Piano sanitario regionale;

- contributi in c/esercizio indistinti (tipici delle aziende ospedaliero-universitarie): sulla base della ripartizione dei ricavi;

- contributi in c/esercizio finalizzati: sulla base della effettiva destinazione o delle percentuali determinate per le quote capitarie/ripartizione dei ricavi;

- compartecipazione alla spesa: riportata tutta al livello di assistenza distrettuale;

- altri ricavi: sulla base della effettiva destinazione o delle percentuali determinate per le quote capitarie/ripartizione dei ricavi.

Al fine di rendere le informazioni prodotte coerenti con la logica dei flussi di risorse presente nel Decreto Regionale (vedi figura 1), dal totale dei ricavi propri è stato necessario evidenziare la parte relativa alla mobilità proveniente da fuori Area Vasta (flusso «K»), così come i costi di gestione sostenuti per tali attività. Ciò al fine di evitare che nel confronto tra anni diversi, una eventuale ma significativa variazione del fenomeno potesse «inquinare» il livello, in termini assoluti, dei costi d'esercizio. Infatti, anche se, come prima ipotesi, supponessimo che i ricavi provenienti da prestazioni rese a soggetti residenti fuori AV fossero pari ai relativi costi sostenuti e quindi neutri in termini di risultato economico, un improvviso incremento dell'attrazione extra AV, porterebbe inevitabilmente ad una altrettanto improvvisa crescita dei costi variabili. In assenza di una specifica evidenziazione della mobilità questi ultimi risulterebbero inspiegabilmente cresciuti rispetto all'anno precedente, con rischi di conclusioni errate sulle cause di tale fenomeno. Monitorando nel tempo tale attrazione è invece possibile determinare con maggiore attendibilità l'origine delle variazioni riscontrate nei costi sostenuti.

I dati aziendali sono stati poi aggregati in un unico documento che si può considerare un vero e proprio modello LA consolidato a costi e ricavi (vedi figura 5).

Sebbene il documento adottato abbia una coerenza ed una logica metodologica, come meglio approfondito nel paragrafo sul *performance report*, sono state evidenziate alcune problematiche operative, ad oggi peraltro solo parzialmente risolte, che richiedono una approfondita analisi e corretta ri-

Figura 5
Il modello LA consolidato

(Valori in Euro)				2003	2002	2001	(Valori in Euro)				2003	2002	2001
LA1 - Assistenza Sanitaria Collettiva							LA3 - Assistenza Ospedaliera						
Ricavi							Ricavi						
Consumi e manutenzioni di esercizio							Consumi e manutenzioni di esercizio						
Costi per acquisti di servizi							Costi per acquisti di servizi						
Costi del personale							Costi del personale						
Altri costi							Altri costi						
Totale Costi							Totale Costi						
Risultato							Risultato						
LA2 - Assistenza distrettuale							Complessivo						
Ricavi							Ricavi						
Consumi e manutenzioni di esercizio							Consumi e manutenzioni di esercizio						
Costi per acquisti di servizi							Costi per acquisti di servizi						
Costi del personale							Costi del personale						
Altri costi							Altri costi						
Totale Costi							Totale Costi						
Risultato							Risultato complessivo Gestionale						
							Altre gestioni e costi capitalizzati						
							Risultato d'esercizio consolidato						

soluzione al fine di rendere completamente attendibili i dati prodotti.

Stato patrimoniale consolidato e rendiconto finanziario

Affiancato al conto economico è stato realizzato analogamente uno stato patrimoniale di AV accorpando i valori ufficiali delle singole aziende ed effettuando le necessarie correzioni per il consolidamento.

Tali correzioni hanno avuto come fine quello di stornare i crediti e debiti *infra-area* e di dare il giusto effetto sullo stato patrimoniale delle scritture di armonizzazione già effettuate sul conto economico.

La costruzione dello stato patrimoniale consolidato è stata in ogni caso considerata strumentale all'elaborazione del rendiconto finanziario, documento che riveste un ruolo maggiormente strategico nel monitoraggio e nell'analisi dell'andamento dell'AV. Per la preparazione di quest'ultimo documento sono infatti necessarie molte informazioni già contenute nello stato patrimoniale consolidato.

In Area Vasta Centro, ad esempio, si è registrato nel corso del triennio un *cash flow* negativo pari complessivamente a oltre 100 Meuro, in gran parte riconducibile alla crescita dei crediti delle sei aziende ospedaliere nei confronti della Regione. In considerazione della natura che tali crediti possono

avere (finanziamenti in c/capitale, contributi in c/esercizio, saldo compensazioni e ripiano perdite), la crescita rilevata può portare a pensare che:

- parte degli investimenti che risultano finanziati dalla Regione siano stati coperti, almeno temporaneamente, con risorse finanziarie c.d. «in conto esercizio», cioè con risorse prioritariamente assegnate al pagamento dei fornitori correnti incrementando di conseguenza il livello d'indebitamento verso questi ultimi;

- parte dei ricavi iscritti in bilancio negli esercizi precedenti, non avendo avuto manifestazione finanziaria, esistano solo «sulla carta» riducendo di conseguenza la capacità delle aziende a rispettare regolarmente i propri impegni soprattutto nei confronti dei fornitori.

- parte del ripiano delle perdite sia rimasta una mera dichiarazione d'intento non producendo, in ultima istanza, alcun effetto sulle reali disponibilità finanziarie aziendali.

È solo grazie ad una approfondita analisi mediante i vari strumenti informativi, tra i quali certamente il rendiconto finanziario consolidato è tra i più interessanti ed esauritivi, che è possibile stabilire quali tra le varie ipotesi è quella che più si avvicina alla realtà¹⁷.

Performance report

Per raggiungere gli obiettivi della Del. RGT 770/2002, a fianco dei modelli a contenuto prevalentemente contabile fin qui analizzati (sebbene il modello LA consolidato possa essere considerato a tutti gli effetti un documento a natura «ibrida»), è stato necessario costruire un documento che evidenziasse in termini quali/quantitativi la produzione che l'AV ha ottenuto nel periodo esaminato.

La necessità di elaborare tali dati è nata dalla considerazione che sia il conto economico consolidato che il modello LA consolidato non danno informazioni sui livelli di produzione, ma ne riportano solo i relativi riflessi sui consumi di risorse (costi), consumi che sono poi confrontati con le risorse messe a disposizione dal sistema (principalmente attraverso le quote capitarie e i contributi in conto esercizio) così come presentato nella **figura 6**.

Il conto economico consolidato quindi evidenzia se la gestione ha rispettato i vincoli del sistema, ovvero se l'AV non ha consumato più dei mezzi messi a disposizione dal Fondo sanitario regionale, così come il modello LA consolidato analizza tale fenomeno individuando a quale Livello assistenziale allocare le eventuali perdite. Nessuno dei due documenti però è in grado di dare indicazioni sull'efficienza della gestione, non evidenzia cioè se l'azienda, nel tempo, ha consumato di più o di meno in proporzione a quanto prodotto.

Fin da subito è risultato chiaro che costruire un documento che riuscisse a dare una panoramica di sintesi dell'andamento produttivo complessivo era impresa ardua per non dire impossibile. Buona parte delle attività sviluppate dalle Aziende sanitarie sono infatti di difficile quantificazione economica. Ci riferiamo, ad esempio, all'assistenza territoriale o a quella sanitaria collettiva. Tale analisi invece è risultata possibile e con un certo grado di attendibilità relativamente alle prestazioni ambulatoriali e ai ricoveri.

Abbiamo quindi accorpato, elaborato e prodotto una serie di dati relativi a tali attività tipicamente ospedaliere riunendole in un documento denominato *performance report* che permette di tenere sotto controllo gli indicatori, o fattori chiave, più importanti che regolano il funzionamento di questa parte del

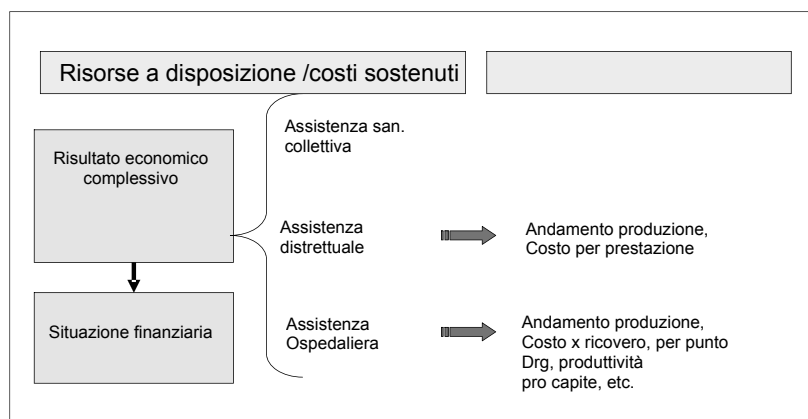


Figura 6
Economicità e produttività

sistema e di interpretare correttamente diverse variabili economiche contenute nel *report* consolidato.

Il *performance report* è suddiviso in due macro-aree. La prima mette in evidenza l'andamento della produzione in termini quali/quantitativi (vedi **figura 7**).

Attraverso tali dati è possibile analizzare in termini assoluti la fornitura di servizi ambulatoriali ed ospedalieri che il sistema di AV, ogni anno, ha offerto all'utenza ed il relativo sviluppo nel corso del triennio, per verificare, tra l'altro, se il *trend* riscontrato è coerente con le indicazioni regionali.

Ad esempio, dalle elaborazioni dell'Area Vasta Centro è emerso che nel periodo 2001/2003 i ricoveri ordinari sono diminui-

Figura 7
Performance report -
Area produzione

		2003	%	2002	%	2001
Assistenza distrettuale (LA2)						
Valore prest. Ambulat. erogate a paz. esterni						
Assistenza ospedaliera (LA3)						
Ricoveri ordinari						
	Valore					
	Numero					
	DRG medio					
Day Hospital						
	Valore ricoveri					
	Numero ricoveri					
	DRG medio					
Totale complessivo						
	Valore					
	Numero					
	DRG medio					
Totale produz. LA2/LA3						

ti in termini quantitativi mentre è cresciuta la loro complessità media. I ricoveri diurni invece sono numericamente aumentati con un sostanziale mantenimento del loro peso medio. In altre parole sembrerebbero realizzati gli obiettivi regionali almeno per quanto riguarda lo spostamento a *day hospital* e *day surgery* per i ricoveri di più bassa complessità (cfr. **figura 8**).

Nella seconda macro area, sono messi a confronto alcuni valori economici (costi e ricavi) con i dati di produzione, evidenziando quindi l'andamento del sistema in termini di efficienza e di produttività pro-capite (vedi **figura 9**).

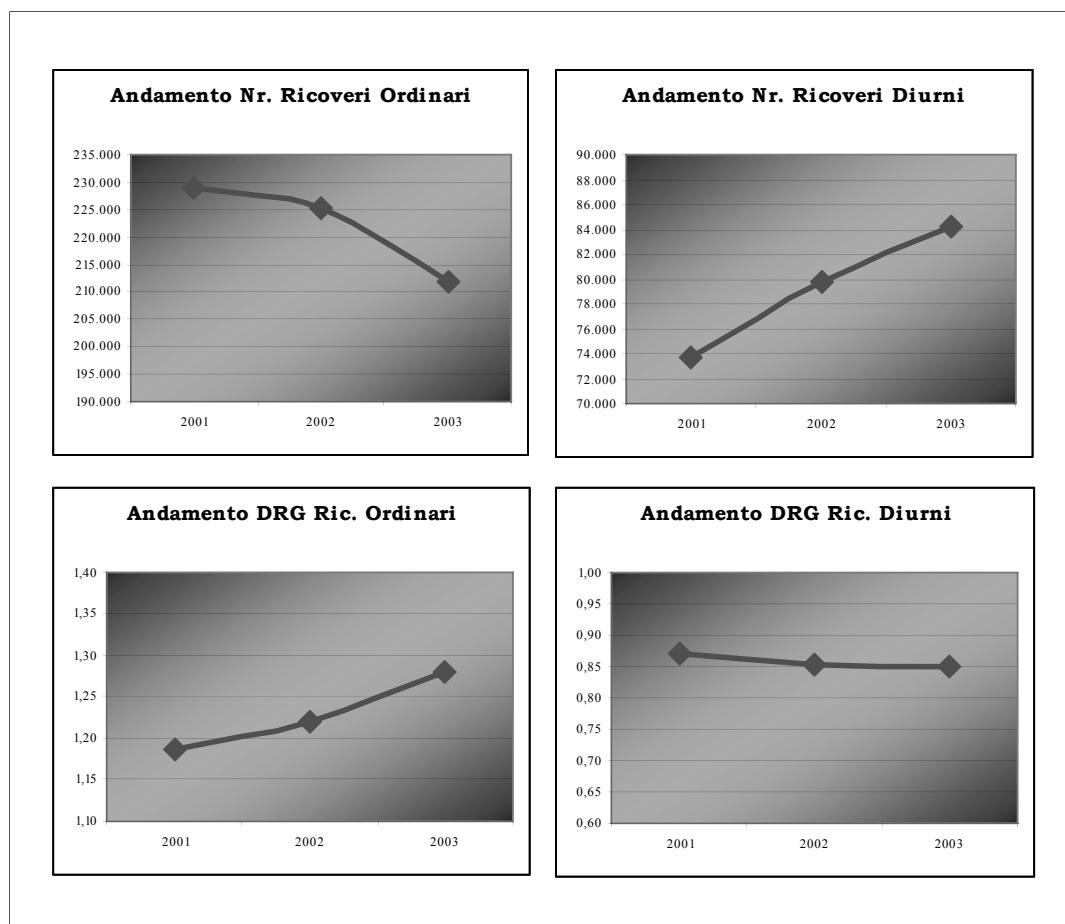
Occorre osservare come ad una maggiore efficienza produttiva sui ricoveri non corrisponde sempre un miglioramento del risultato economico relativo al livello di assistenza ospedaliero evidenziato nel modello LA consolidato. Questo fenomeno, come già accennato precedentemente, è legato al fatto

che mentre il modello LA confronta i costi di produzione con le risorse rese disponibili in base ai meccanismi di finanziamento del sistema, gli indici di efficienza produttiva confrontano i costi di produzione con il valore dei servizi erogati, determinato in base al valore economico dei Drg. Se ad esempio la crescita delle risorse a disposizione rispetto all'anno precedente è del 5%, quella dei costi è del 6% mentre quella del valore della produzione è del 8%, l'efficienza aumenta del 2% (8%-6%) ma il risultato economico peggiora dell'1% (5%-6%). Ovviamente tali ragionamenti prescindono da qualsiasi valutazione sul grado di appropriatezza delle prestazioni erogate¹⁸.

Tale fenomeno si è peraltro registrato in ambito di Area Vasta Centro nel 2002, anno in cui emerge un notevole peggioramento della differenza tra risorse disponibili e costi sostenuti per il livello assistenziale ospedaliero (-14 Meuro) nonostante l'incremento

Figura 8

L'andamento quali/quantitativo dei ricoveri in AV Centro



di produttività riscontrato sui ricoveri - il costo per punto Drg è diminuito del 2,4% rispetto al 2001. Come evidenziato in **figura 10**, tutto ciò è l'effetto combinato di una crescita del valore in termini di Drg dei servizi prodotti a cui non è corrisposto una crescita proporzionale né dei costi né tantomeno dei ricavi per risorse da Fsr, che addirittura si sono ridotte.

In realtà tali risultati vanno valutati con molta attenzione sia per le variazioni subite dalle modalità di compilazione del modelli LA nel corso del tempo, sia per la differente ripartizione del Fondo sanitario regionale tra i vari Livelli di assistenza registrata nel triennio.

Per quanto riguarda i cambiamenti sulla struttura del contenuto del modello LA, si vedano gli esempi riportati nel **box 3**.

Per quanto riguarda invece la diversa allocazione delle risorse tra i vari Livelli di assistenza riportiamo, quale esempio significativo, la percentuale del Fsr assegnata alle attività ospedaliere. Nel 2001 (Piano sanitario regionale 1999/2001) era pari al 46%, a partire dal 2002 (Psr 2002/2004 e Psr 2005/2007) tale percentuale è stata ridotta al 43% a beneficio del Livello di assistenza distrettuale, rendendo particolarmente difficoltoso una corretta analisi dei risultati registrati nel tempo.

Attraverso quindi un confronto incrociato tra conto economico, modello LA e *performance report* possiamo tracciare i principali trend economico-finanziari disegnati dalla gestione dell'Area Vasta, verificare le eventuali criticità ed, in termini prospettici, elaborare strategie ed una adeguata programmazione sanitaria.

7. Alcune criticità riscontrate dall'AV Centro

Il *report* consolidato realizzato per il triennio 2001-2003, sebbene abbia dimostrato di avere un buon grado di attendibilità, ha evidenziato alcuni passaggi molto delicati che qui di seguito elenchiamo; essi, se sottovalutati o gestiti in modo non adeguato, potrebbero mettere a rischio l'intera struttura del modello di *reporting* consolidato.

a) Le aziende devono applicare principi contabili precisi e condivisi. Nel caso infat-

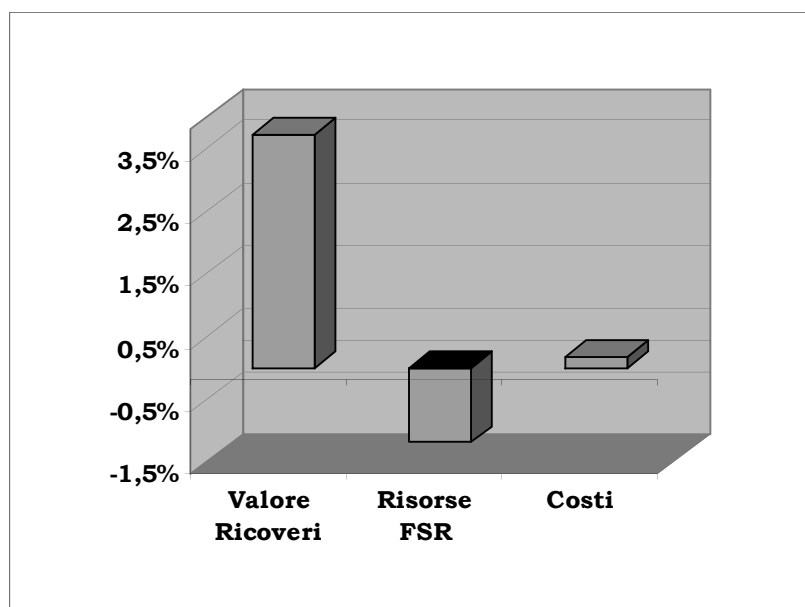
	2003	2002	2001
Costo per 1 Euro di att. LA2 rilevata			
Costo per 1 Euro di attività LA3			
Costo per 1 Euro di attiv. LA2/LA3			
Costo per ricovero			
Costo per punto DRG			
Ricavi LA2 pro-capite			
Ricavi LA3 pro-capite			
DRG pro-capite			
Ricavi LA2/LA3 pro-capite			
Costo pro-capite			

ti di discrepanze tra le logiche contabili o i criteri di valutazione utilizzati, i risultati prodotti rischiano di essere di scarsissimo valore segnaletico e quindi di nessuna utilità ai fini del governo del sistema. In tal senso, la definizione di principi contabili *ad hoc* per la sanità, come la Regione Toscana ha da poco deliberato, risulta la migliore soluzione a tale problema. La problematica dell'armonizzazione è, a maggior ragione, ancor più significativa se vogliamo applicare il processo di consolidamento ai bilanci di previsione che risultano ancor più svincolati e «liberi» nelle modalità di determinazione dei costi e ricavi.

b) Le aziende devono realizzare e mantenere un processo di riconciliazione contabile

Figura 9
Performance report - Area
Efficienza e produttività

Figura 10
Variazioni 2002/2001 -
Valori relativi a LA
ospedaliero



Box 3

Esempio di mutamento nella struttura dei contenuti del modello LA

Costi relativi al Pronto Soccorso

Fino alla rilevazione 2002 non era previsto uno specifico livello di rilevazione. I costi venivano infatti suddivisi tra:

- a) LA Distrettuale (emergenza sanitaria territoriale) per quanto riguarda la quota dei costi del pronto soccorso relativa ad attività cui non segue il ricovero e per le quali non sia previsto il pagamento del ticket;
- b) LA Ospedaliera (per acuti in ricoveri ordinari o *day hospital*) per quanto riguarda la quota dei costi del pronto soccorso relativa ad attività cui è seguito ricovero.
- c) LA Distrettuale (assistenza specialistica Attività clinica, Attività di laboratorio, Attività di diagnostica strumentale e per immagini) per quanto riguarda la quota dei costi del pronto soccorso relativa ad attività per le quali sia stato pagato il ticket (prestazioni inappropriate).

A partire dalla rilevazione 2003, sono stati introdotti i livelli:

- a) Emergenza sanitaria territoriale (facente parte dell'LA Distrettuale), in cui confluiscono i costi relativi al servizio 118 (Call, Pet, ...), comprese le convenzioni per i medici a bordo; i costi dei trasporti per l'emergenza, elisoccorso e punti di primo soccorso territoriale.
- b) Attività di pronto soccorso: (facente parte dell'LA Ospedaliera) in cui confluiscono i costi relativi all'attività di pronto soccorso ospedaliero svolta in condizioni di emergenza-urgenza, cui segue ricovero e non. È esclusa la quota relativa alle prestazioni inappropriate (per cui è dovuto il ticket, a prescindere dall'esenzione e quindi dal pagamento), che devono essere scorporate e inserite nel assistenza specialistica (LA Distrettuale). Comprende anche i costi relativi ai pazienti in osservazione temporanea per i quali non viene attivata una Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Non comprende i costi relativi ai punti di primo soccorso territoriale.

Costi relativi alla libera professione intramoenia

Nella rilevazione 2002 i costi per la compartecipazione al personale del ruolo sanitario per attività libero professionale venivano rilevati nella colonna del modello «servizi sanitari per erogazione di prestazioni», suddivisi nei vari livelli di assistenza. A partire dalla rilevazione 2003 (e successive) sono invece esclusi tutti i costi per la compartecipazione al personale per attività libero professionale.

puntuale e analitico. Eventuali differenze tra le partite contabili possono infatti produrre differenze di quadratura che rendono di fatto inutilizzabili i dati a disposizione.

c) È molto complesso realizzare un modello LA consolidato che produca dati attendibili e confrontabili nel tempo in quanto, nel corso degli ultimi anni, le istruzioni allegate ai modelli LA ufficiali hanno subito numerose modifiche. Per ovviare a tale problema è richiesto che venga individuato uno schema ed un insieme di linee guida sui quali standardizzare i modelli LA ufficiali rendendoli omogenei nel tempo e nello spazio. Rimane comunque aperto il problema di come allocare correttamente le risorse anche alla luce di variazioni intervenute negli anni nella ripartizione del Fondo sanitario regionale tra i vari Livelli di assistenza.

d) Il *performance report* è realizzabile agevolmente sulla produzione relativa ai ricoveri ed alle prestazioni ambulatoriali mentre è decisamente più complesso applicarlo

su altri servizi erogati (igiene, territorio, etc.) che ad oggi sono monitorati in modo insufficiente.

8. Conclusioni

Rispetto all'esperienza presentata relativa allo sviluppo dello strumento del «Report consolidato» di Area Vasta in Regione Toscana si possono svolgere alcune considerazioni conclusive.

Innanzitutto, il valore aggiunto del «consolidare» dati di varia origine deriva dalla sua capacità di esprimere una dimensione «relazionale» tra le aziende cui i dati appartengono: in tal senso avrebbe poco senso un *report* consolidato come semplice «accostamento» di informazioni provenienti dalle aziende di AV. Quindi lo sviluppo di procedure corrette di consolidamento (contabile e non) è il presupposto per l'utilità dello strumento e su questo piano molti progressi, come indicato precedentemente, sono stati compiuti: il

problema della standardizzazione contabile (piani dei conti) delle diverse aziende, la definizione di procedure comuni di rilevazione (per le operazioni *infra-area*), la presenza di principi contabili per le valutazioni sono temi sui quali il percorso è iniziato ed occorre ancora lavorare per superare completamente le difficoltà riscontrate.

Un primo sviluppo auspicabile è sicuramente l'utilizzo del modello di consolidamento anche sui dati previsionali, soprattutto in termini di programmazione delle attività sanitarie e di mobilità¹⁹. Probabilmente, viste le criticità applicative, l'utilizzo dei processi di consolidamento in una logica *ex ante* dovrà avvenire non in blocco ma in modo progressivo, incominciando dalla verifica della coerenza delle mobilità attive e passive *infra-area* registrate dalle aziende nei propri bilanci di previsione, per poi estendere il processo di consolidamento alle altre voci di costi e ricavi.

Anche in relazione alla mobilità *infra-area*, appare di grande utilità la realizzazione di un modello condiviso di riconciliazione di fine anno dei dati economici e finanziari tra le contabilità delle aziende coinvolte.

Un altro punto di notevole importanza è costituito dal coinvolgimento di professionalità sanitarie nell'ambito dei *team* di AV per la redazione del *report* consolidato, al fine di approfondire le problematiche relative a produzione, produttività ed efficienza. È infatti solo grazie a tali competenze che è possibile costruire strumenti di controllo che siano ben correlati ai reali processi clinici e più in generale alla realtà produttiva sanitaria.

Anche la realizzazione di un'approfondita analisi critica ai modelli LA sarebbe importante al fine di trovare soluzioni che permettano l'elaborazione di dati confrontabili nel tempo e nello spazio. Ciò potrebbe essere realizzato fissando precisamente per l'intero periodo di analisi i contenuti di ogni fattore produttivo e le attività correlate ai singoli Livelli di assistenza. In tal modo il modello LA consolidato a costi e ricavi sarebbe la sommatoria dei dati originali contenuti nei vari documenti ufficiali (Modello LA ufficiale, Bilancio d'esercizio e/o di previsione) dopo essere stati «armonizzati» nel tempo (ovvero costruiti sulla base di identiche istruzioni di compilazione nel corso dei vari anni) e «consolidati» nello spazio (ovvero già corretti

delle scritture effettuate per l'elaborazione del conto economico consolidato).

Inoltre l'individuazione di indicatori di produttività per tutte le attività tipiche delle aziende sanitarie dell'AV costituisce un'altra area di sviluppo per lo strumento del *report* consolidato. In altre parole è necessario individuare parametri oggettivi per la valorizzazione delle altre attività sanitarie (es. territoriali e di prevenzione) per le quali non è possibile effettuare valutazioni attendibili poiché ad oggi di difficile quantificazione economica. In proposito sarà anche da valutare l'impatto sul sistema di programmazione di AV dell'entrata a regime delle Società della salute ex L. reg. 40/2005 (cfr. Garifo, 2004).

Infine, come precedentemente ricordato, di grande rilievo informativo potrà essere la costruzione di strumenti condivisi per il monitoraggio dei flussi di cassa consolidati, grazie anche all'introduzione dei nuovi principi contabili regionali, strumenti con i quali rilevare le reali disponibilità liquide dell'AV, le variazioni intervenute, la natura delle principali fonti e impieghi ed effettuare una seria programmazione finanziaria anche al fine di massimizzare le risorse a disposizione.

L'impegno da sviluppare sul piano della evoluzione degli strumenti di governo delle «relazioni» tra le aziende sanitarie toscane è quindi ancora elevato, ma il percorso fin qui seguito ha contribuito a formare un significativo patrimonio di competenze. Sarà compito della «Capogruppo Regione» mantenere una capacità di guida unitaria nella formulazione di sistemi di obiettivi e nella misurazione dei risultati che agevoli un corretto ed omogeneo processo di sviluppo di questi strumenti in tutte le Aree Vaste ed un loro impiego efficace per la programmazione e la gestione in logica reticolare delle attività sanitarie.

Note

1. Tra i contributi sul tema segnaliamo in particolare: Lega (2002) e (2003); Del Vecchio (2003); Miolo Vitali, Nuti (2003); Barretta (2004).
2. Così all'art. 2 della Legge regionale del 24 febbraio 2005 n. 40 dal titolo «Disciplina del servizio sanitario regionale».
3. Il tema delle «reti» nell'ambito dell'organizzazione dei sistemi sanitari è stato oggetto del VI Workshop dell'Osservatorio di *Change Management* in Sanità-SSSUP S. Anna, i cui atti sono stati raccolti in: Miolo Vitali, Nuti (2003); in particolare sulla funzione

- delle Aree Vaste nell'esperienza Toscana si vedano Cravedi (2003) e Barretta (2004: 90-96). Su tali argomenti cfr. anche Lega (2002) e Meneguzzo (1996) e (2003).
4. Le funzioni assegnate ai Consorzi non sono state direttamente trasferite con la Deliberazione n. 144/2002, in considerazione del contenuto fortemente sperimentale dell'iniziativa, con l'eccezione della funzione «acquisti» che, a partire dal 1° gennaio 2003, ha costituito il campo di prova delle nuove entità organizzative regionali.
 5. ESTAV Centro Toscana = Asl Firenze, Prato, Pistoia, Empoli; Aou Careggi e Meyer. ESTAV Nord Ovest Toscana = Asl Lucca, Massa e Carrara, Versilia, Pisa, Livorno; Aou di Pisa ESTAV Sud Est Toscana = Asl Siena, Arezzo e Grosseto; Aou di Siena.
 6. Sui meccanismi di finanziamento dei sistemi sanitari regionali cfr. Jommi, Del Vecchio (2004).
 7. «Il modello della concertazione consente di utilizzare un metodo di relazione e uno strumento di programmazione con cui, di norma, le aziende sanitarie stabiliscono reciproche intese, sia per lo sviluppo in rete dei servizi ospedalieri sia per l'erogazione dei servizi sanitari territoriali di zona e di quelli di prevenzione collettiva e definiscono accordi di sistema con gli altri produttori accreditati al fine di disciplinare la successiva contrattazione degli specifici rapporti. Con lo stesso sistema sono coinvolti anche i rappresentanti delle amministrazioni locali che partecipano alla fase di attuazione attraverso la sottoscrizione di accordi» (Mari, 2003: p. 72).
 8. I costi ospedalieri delle Asl comprendono anche i costi delle prestazioni acquistate presso altre aziende sanitarie.
 9. «L'assenza di soluzioni consolidate e condivise in materia ha indotto due fenomeni pesantemente negativi:
 - la crescente conflittualità tra le Asl e le Aou con ripercussioni generali sul clima collaborativo interaziendale;
 - l'emergere di deficit finanziari occulti dovuti alla sovrastima in sede preventiva da parte delle Aou dei ricavi compensativi e di converso una loro sottostima come costi da parte delle Asl Tale fenomeno non solo ha causato il verificarsi di deficit al termine dell'esercizio, ma ha soprattutto evitato ad entrambe le tipologie di Aziende di operare fino in fondo sul contenimento dei costi diretti trasferendo sul movimento compensativo le tensioni relative al contingimento delle risorse disponibili» (allegato 1, Del. GRT n. 770/2002, p. 3).
 10. Il sistema delle imprese private da molto tempo sperimenta il problema del coordinamento di unità produttive distinte ma collegate quanto a finalità ultime «di sistema»: la presenza dei «gruppi aziendali» in tutti i settori dell'economia testimonia l'importanza di queste esperienze organizzative interaziendali, che hanno origini lontane nel tempo e motivazioni economiche ben precise; cfr. Mosconi, Rullani (1978).
 11. Si tratta dei vantaggi che derivano dal controllo di quote maggioritarie di capitale in una struttura di controlli «a cascata» tra più società, che implica la riduzione dell'investimento necessario per il controllo di una società alla fine di una «catena» di società controllate quanto più la catena di controllo a cascata è «lunga». Cfr. Mosconi, Rullani (1978), pp. 39 e segg.
 12. Allegato 1, Del. GRT n. 770/2002, p. 1.
 13. Le prime esperienze di consolidamento di dati nelle Aree Vaste sono state discusse nel VII Workshop dell'Osservatorio di Change Management-Scuola Sant'Anna: «Il Bilancio Consolidato: utilità e problematiche nel contesto sanitario toscano» (Pisa, 16 gennaio 2004), su cui si veda Cinquini (2004).
 14. Nelle premesse della stessa delibera, si legge testualmente che: «valutato altresì che i bilanci predisposti fino ad oggi dalle aziende sanitarie toscane contengono valori disomogenei in conseguenza delle diverse linee guida esistenti al momento della costituzione delle aziende medesime e delle indicazioni di volta in volta fornite dagli organi competenti e che, per rendere fra loro comparabili tali bilanci, il comitato regionale di supervisione ha ritenuto opportuno procedere, in sede di prima applicazione dei principi contabili regionali, all'adeguamento dei valori storici presenti nelle situazioni patrimoniali delle aziende sanitarie toscane ai criteri indicati come preferenziali dai nuovi principi».
 15. Prendiamo ad esempio le compensazioni: l'importo relativo ad un Drg per un intervento effettuato su un residente a Prato dall'Aou Careggi di Firenze è registrato tra i ricavi da quest'ultima e tra i costi per prestazioni da servizio privato dall'Asl di Prato. Analoga situazione è quella relativa alle fatturazioni tra le varie aziende dell'Area.
 16. Ad esempio il livello assistenziale «ospedaliero» si suddivide a sua volta in attività di pronto soccorso, assistenza ospedaliera per acuti in *day hospital/day surgery*, in degenza ordinaria, interventi ospedalieri a domicilio, assistenza ospedaliera per lungodegenti, per riabilitazione, emocomponenti e servizi trasfusionali e trapianto organi e tessuti.
 17. Nel presente lavoro non è stato possibile presentare nel dettaglio i risultati dell'analisi sulle cause dei fenomeni emersi in Area Vasta Centro in quanto lo stesso rendiconto finanziario è ancora oggetto di verifica e controllo da parte del gruppo di lavoro.
 18. Un incremento dell'efficienza non comporta necessariamente anche un miglioramento del grado di appropriatezza. Si potrebbe, infatti, consumare meglio le risorse a disposizione (per esempio mediante una riduzione degli sprechi di materiale di consumo negli interventi chirurgici) per produrre però prestazioni inappropriate (per esempio con interventi chirurgici in ricovero ordinario che invece potevano essere effettuati in regime di *day surgery*) con conseguente incremento del valore della produzione.
 19. In tal senso è auspicabile una maggiore coerenza tra quanto previsto nei budget gestionali, redatti ai fini della programmazione e del monitoraggio, ed i dati contenuti nei bilanci di previsione ufficiali previsti dalla normativa vigente (Pescini, 2005).

B I B L I O G R A F I A

- ABATI R., BRAGANTI M., PESCHINI L. (2005), «Area Vasta: prove di bilancio», *Il Sole 24 ore Sanità*, n. 27 del 12-18 luglio.
- ANDREI P., AZZALI S., GAVANA G., LAI A., RINALDI L., SACCON C., VIGANÒ R. (2005), *Il bilancio consolidato 2005*, Il Sole 24Ore, Milano.
- BARRETTA A. (2004), *L'unità nella diversità. La «dimensione sovraziendale» del controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Cedam, Padova.
- BARRETTA A., BUSCO C. (2004), «Competizione e cooperazione nel sistema sanitario: il ruolo della programmazione e del controllo nella creazione di una «cultura d'area vasta»», *Azienda Pubblica*, 4, pp. 565-586.
- BARATOZZOLO M. (2002), *Il bilancio consolidato di gruppo. Profili economici e giuridici*, Giuffrè, Milano.
- CINQUINI L. (2004), «Il «report» economico. L'impiego del bilancio consolidato di area vasta: opportunità e limiti informativi», *Salute e Territorio*, 142, gennaio-febbraio, pp. 2-5.
- COLUCCI E., RICCOMAGNO F. (2002), *Il bilancio d'esercizio e il bilancio consolidato*, Cedam, Padova.
- CRAVEDI B. (2003), «L'esperienza toscana: strategia e programma di azione dei Consorzi di Area Vasta», in MIOLO VITALI P., NUTI S. (a cura di).
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 46, pp. 9-24.
- DES DORIDES A. (2003), «L'esperienza toscana: percorsi assistenziali e governo clinico nella rete di Area Vasta», in MIOLO VITALI P., NUTI S. (a cura di).
- GARIFO K. (2004), «Nuove forme di gestione dei servizi sociali dei Comuni: la sperimentazione delle Società della Salute in Toscana», *Mecosan*, 51, pp. 79-91.
- JOMMI C., DEL VECCHIO M. (2004), «I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel servizio sanitario nazionale», *Mecosan*, 49, pp. 9-20.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità. Strategie e gestione*, Egea, Milano.
- LEGA F. (2003), *Gruppi di aziende e reti organizzative in sanità. Aspetti di strategia, organizzazione e gestione*, Egea, Milano.
- MARASCA S. (1998), «Il bilancio di gruppo: funzione informativa, obiettivi, tipologie», in MARCHI L. e ZAVANI M., *Economia dei gruppi e bilancio consolidato*, Giappichelli, Torino.
- MARCHI L., ZAVANI M. (1998), *Economia dei gruppi e bilancio consolidato*, Giappichelli, Torino.
- MARELLI A. (2000), *Il sistema di reporting interno. Logiche di strutturazione delle informazioni aziendali per le decisioni dell'alta direzione*, Giuffrè, Milano.
- MARI A. (2003), «L'inquadramento normativo delle reti di Area Vasta nel sistema sanitario toscano» in MIOLO VITALI P., NUTI S. (a cura di), *Ospedali in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*, Franco Angeli, Milano.
- MENEGUZZO M. (2003), «Le reti sanitarie multispedaliere e multiservizi: esperienze e prospettive di sviluppo nelle aree metropolitane», in N. DIRINDIN (a cura di), *Cooperazione e competizione nel sistema sanitario*, Il Mulino, Bologna.
- MENEGUZZO M. (a cura di) (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- MENEGUZZO M., RONCETTI L., ROSSI A.G. (2004), «Centrali di acquisto, servizi in rete ed «aree vaste». Una prima valutazione delle esperienze in atto», *Mecosan*, 52, pp. 115-133.
- MIOLO VITALI P., NUTI S. (a cura di) (2003), *Ospedali in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*, Franco Angeli, Milano.
- MOSCONI A., RULLANI E. (1978), *Il gruppo nello sviluppo dell'impresa industriale*, Isedi, Torino.
- PESCHINI L. (2005), «Strategia, budget e bilancio preventivo nelle aziende sanitarie. Il caso Meyer», *Budget*, 42, pp. 14-26.
- PISONI P. (2000), *Il bilancio consolidato*, Giuffrè, Milano.
- RICCOMAGNO F. (1996), *Manuale del bilancio consolidato*, IST, Bologna.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
 - 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.
- Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: 1. La programmazione nelle aziende

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. 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.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

Shift del consumo da farmaci etici a farmaci senza obbligo di prescrizione: potenzialità ed effetti¹

CLAUDIO JOMMI, BENIAMINO BIASUTTI

Cost-containment has mostly driven the policy agenda in the Italian Nhs (National Health Service). Medicines have been particularly involved in such agenda. Cost-containment actions on medicines have focused on supply, in particular prices, due to their easier implementation and immediate effects. The demand for drugs, has been, at least partially, neglected. This article discusses the role of non-prescription drugs in cost-containment policy. It illustrates the effects of a demand shift from ethical to non-prescription drugs on public and private pharmaceutical expenditure, Nhs savings from a shift from ethical to non-prescription drugs would have ranged in 2004 from 115 to 185 million Euros (1% - 1.5% of Nhs pharmaceutical expenditure). The effect of the shift would be pushing doctors to suggest and patients to consume non-prescription drugs for minor diseases, that implies savings for the Nhs and more money available for innovative drugs.

Note sugli autori

Claudio Jommi, Beniamino Biasutti: Osservatorio Farmaci, CERGAS, Università Bocconi

Attribuzione

Per quanto il lavoro sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 1, 4, 5, 6, 7 sono da attribuire a C. Jommi; i §§ 2 e 3 sono da attribuire a B. Biasutti

1. Premessa

Il Ssn (Servizio sanitario nazionale) italiano, come gran parte dei sistemi sanitari (siano essi pubblici o finanziati prevalentemente da forme assicurative volontarie), è sistematicamente interessato da azioni finalizzate a razionalizzare la spesa: a fronte di una domanda crescente di prestazioni sanitarie, esiste una sostanziale difficoltà di risposta dei sistemi di offerta, data la limitatezza delle risorse disponibili. A tale difficoltà, si aggiunge, nei sistemi pubblici, una discrasia tra spinta alla riduzione della pressione fiscale e contributiva (e quindi di risorse pubbliche) e aumento della richiesta di prestazioni a carico del sistema pubblico.

Nell'agenda politica dei diversi governi che si sono succeduti negli ultimi venti anni si è quindi costantemente posto il problema del contenimento della spesa pubblica. Tra le diverse voci di spesa, particolare attenzione è stata data all'assistenza farmaceutica: quest'ultima è stata interessata dal 1992 da numerosi e frequenti provvedimenti di contenimento della spesa: dall'aumento delle compartecipazioni alla spesa nel 1993, al *delisting* di farmaci rimborsabili nel 1994 e fine 2002, all'introduzione di note alla prescrizione nel 1994, a provvedimenti di taglio diretto o indiretto dei prezzi (al pubblico o delle quote di contribuzione dei diversi soggetti della filiera al prezzo al pubblico) nel 1995, 1996, inizio 2003 e fine 2004, all'introduzione del sistema dei prezzi di riferimento per il mercato genericato nel 2001. In particolare, da novembre 2001 (Legge 405/01) è stato ripristinato (dopo essere stato

SOMMARIO

1. Premessa
2. Il quadro regolatorio dei farmaci Sop nei Paesi UE-15
3. La letteratura in materia di sostituibilità tra farmaci etici e farmaci da banco
4. La metodologia di analisi
5. I risultati dello studio: il metodo categorie terapeutiche
6. I risultati dello studio: il metodo Regioni
7. Conclusioni

introdotta nel 1998 ed abolita a fine 2000) un tetto sulla spesa farmaceutica convenzionata (ovvero la spesa per farmaci rimborsati dal Ssn su ricetta emessa da ricettario regionale e dispensati dalle farmacie aperte al pubblico), pari al 13% del finanziamento complessivamente accordato al Ssn e dal 2003 il 60% della copertura dello sfondamento è stato posto (Legge 326/03) a carico delle imprese (successivamente specificata, dal D.L.vo 165/2004 convertito in Legge 202/2004 come sconto obbligatorio sul margine industriale sul prezzo al pubblico).

Se si confronta l'Italia con gli altri principali Paesi Ue (**grafico 1**) si osserva che le azioni di contenimento della spesa farmaceutica pubblica sono state mediamente

più incisive: la spesa farmaceutica pubblica procapite è nel 2004 inferiore a quella degli altri principali Paesi Ue ed il tasso di crescita medio composto dal 1990 al 2004 è di poco superiore solo alla Germania, se si fa riferimento al dato non corretto per il potere di acquisto della valuta. D'altra parte, l'andamento della stessa è stato molto erratico: a periodi di sensibile riduzione del tasso di crescita (o di riduzione in valore assoluto) sono seguite fasi di aumento consistente, segno di interventi principalmente orientati al breve periodo (quali il taglio dei prezzi) più che ad una stabilizzazione del tasso di crescita nel medio-lungo periodo (quale il governo del comportamento prescrittivo).

Un secondo fenomeno riscontrabile nei sistemi sanitari, in particolare quelli pubblici, è rappresentato dalle azioni finalizzate al rafforzamento del ruolo del consumatore: ne sono esempi la riduzione del livello di copertura pubblica per alcune prestazioni, la sensibilizzazione del consumatore sull'uso appropriato di prestazioni coperte dal sistema pubblico, l'introduzione di sistemi di quasi-mercato in cui la libera scelta del consumatore agisce da leva competitiva. Tali azioni, peraltro in parte finalizzate al contenimento della spesa, hanno toccato anche l'assistenza farmaceutica, interessata in molti paesi da *delisting* o aumento di compartecipazioni alla spesa su farmaci per patologie non gravi o caratterizzati da un rapporto costi-benefici non favorevole, iniziative di informazione finalizzate ad un più razionale uso dei farmaci, spostamento di farmaci dal comparto degli etici a quello dei medicinali Snp (Senza obbligo di prescrizione) (cosiddetto *switch*), politiche di incentivo ad un maggiore uso di generici e di farmaci da banco per patologie minori.

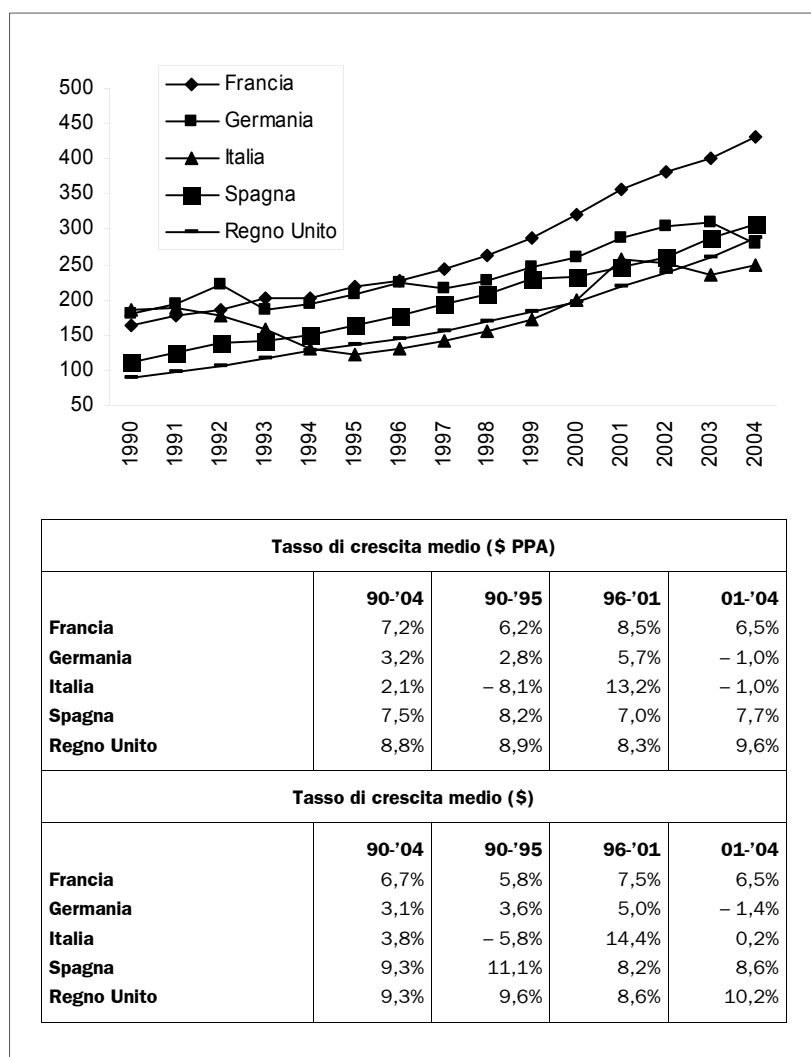
Con riferimento, in particolare, al comparto dei farmaci senza obbligo di prescrizione, il relativo mercato risulta fortemente eterogeneo nei diversi Paesi appartenenti all'Ue-15². L'Italia si colloca su valori piuttosto bassi rispetto agli altri principali Paesi Ue-15, in termini di incidenza sulla spesa farmaceutica complessiva (**grafico 2**).

Tale posizionamento dipende in parte dal fatto che non vi è stata una particolare attenzione da parte delle autorità regolatorie verso tale comparto come fonte di razionalizzazione della spesa. Come verrà evidenziato

Grafico 1

La spesa farmaceutica pubblica procapite nei principali paesi Ue (\$ PPA - Parità dei poteri d'acquisto)

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD, 2005) e Scrip (2004 e 2005, vari numeri)



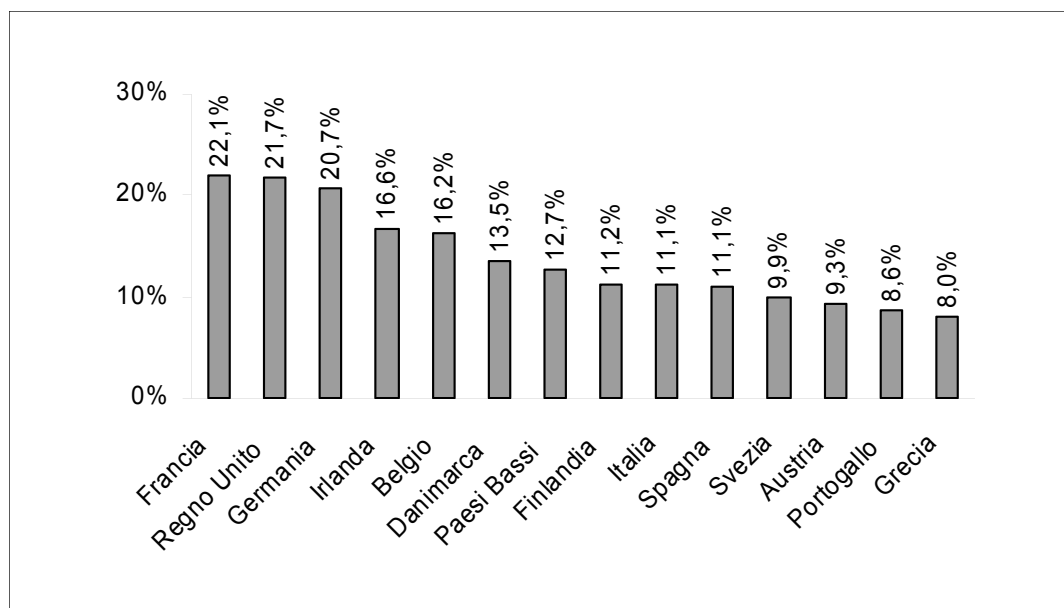


Grafico 2

Incidenza della spesa per farmaci Sop sulla spesa farmaceutica complessiva nei Paesi Ue-15 (anno 2003)

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD, 2005) e AESGP (AESGP, 2005)

Tabella 1

Dati regionali relativi alla spesa ed ai consumi di farmaci Sop (anno 2004)

Fonte: Elaborazioni su dati IMS Health (cfr. Osservatorio Farmaci, 2005a)

più avanti l'Italia si caratterizza anzi per una politica non particolarmente favorevole all'automedicazione. Inoltre si osserva, indipendentemente dal contesto regolatorio poco favorevole, una propensione al consumo di farmaci Sop piuttosto bassa, soprattutto nelle Regioni del Sud. Il numero di confezioni procapite nel Nord (5,8) è del 46% superiore a quello del Sud (4,0), mentre la spesa procapite al Nord (39,4 euro) è del 44% superiore a quella del Sud (27,4 euro). Il differenziale medio è consistente sia in termini procapite, che in percentuale sui volumi e valori riferiti al mercato complessivo dei farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico: nel 2004 sul mercato a valori tale incidenza è stata al Nord del 12,8% e al Sud dell'8,9% (tabella 1). Il differenziale è in parte spiegato dalle diverse condizioni socio-economiche, che influenzano sia il comportamento del cittadino (poco propenso all'automedicazione) che del medico (tendenzialmente portato, anche su richiesta del cittadino, a prescrivere farmaci etici rimborsati dal Ssn).

Tale contesto mette in evidenza come esistano spazi di miglioramento nell'utilizzo dell'automedicazione sia come fonte di razionalizzazione della spesa pubblica che come strumento di responsabilizzazione dei pazienti, ovvero di matura e responsabile risposta autonoma a problemi di salute non gravi.

Regioni	Sop/totale farmaci		Sop procapite	
	Confezioni	Spesa	Confezioni	Spesa (euro)
Piemonte	21,0%	12,6%	5,7	38,1
Aosta	23,8%	14,8%	6,6	44,4
Lombardia	22,6%	13,2%	6,0	40,0
Bolzano	24,3%	13,5%	5,3	35,1
Trento	27,5%	17,3%	6,6	42,1
Veneto	20,8%	12,6%	5,3	35,7
Friuli-Venezia Giulia	20,4%	12,3%	5,4	36,3
Liguria	19,2%	11,1%	6,4	44,4
Emilia-Romagna	20,7%	13,1%	6,2	42,4
Toscana	20,5%	13,2%	6,1	41,5
Umbria	19,5%	12,3%	5,5	36,6
Marche	19,7%	11,9%	5,4	36,7
Lazio	18,2%	10,2%	5,5	37,6
Abruzzo	17,2%	10,1%	4,6	31,2
Molise	16,2%	8,6%	3,7	25,3
Campania	15,9%	9,6%	4,0	27,7
Puglia	15,8%	8,5%	3,8	25,5
Basilicata	14,9%	8,6%	3,4	22,9
Calabria	15,9%	8,8%	4,0	27,1
Sicilia	14,7%	8,1%	4,0	27,6
Sardegna	16,9%	9,3%	4,3	29,6
Italia	19,0%	10,9%	5,1	34,9
Nord	21,5%	12,8%	5,8	39,4
Centro	19,2%	11,4%	5,7	38,7
Sud e isole	15,7%	8,9%	4,0	27,4

Il presente contributo intende quantificare tali potenziali spazi in termini di spostamento del consumo dei farmaci dai prodotti etici a quelli Sop. Dopo un sintetico quadro delle specificità regolatorie italiane del mercato dei Sop rispetto ad altri Paesi Ue ed un'analisi della letteratura in materia di sostituibilità tra farmaci etico e farmaci senza obbligo di prescrizione, viene illustrata la metodologia dell'analisi e sono discussi i principali risultati.

2. Il quadro regolatorio dei farmaci Sop nei Paesi Ue-15

La regolamentazione del mercato dei farmaci da banco nell'Ue è, come gran parte delle politiche sanitarie e farmaceutiche, di competenza dei singoli Paesi. L'Ue è però intervenuta su alcuni ambiti di regolazione, essenzialmente regime di fornitura (o di dispensazione) e pubblicità, fornendo attraverso direttive, indirizzi ai paesi membri.

Nello specifico, la Direttiva 92/26/CEE del 31 marzo 1992 ha suddiviso i farmaci in medicinali soggetti e non soggetti a prescrizione medica. I primi sono identificati come quei farmaci che (i) comportano la presenza di rischi se assunti senza il controllo del medico; (ii) sono destinati all'uso in condizioni anormali; (iii) contengono sostanze per le quali devono essere approfonditi l'efficacia e/o gli effetti secondari; (iv) si riferiscono a tutte le sostanze che vengono somministrate per via parenterale (iniettabili). I secondi sono identificati in termini complementari rispetto ai primi. La Direttiva 92/28/CEE del 31 marzo 1992 regola le diverse forme di comunicazione (agli operatori sanitari ed al pubblico) dei medicinali. In particolare viene sancito che possono costituire oggetto di pubblicità presso il pubblico i medicinali che possono essere utilizzati senza intervento di un medico per la diagnosi, la prescrizione o la sorveglianza nel corso del trattamento. La Direttiva stabilisce altresì che tutte le pubblicità al pubblico, per poter essere effettuate, devono ottenere un'autorizzazione dalle autorità sanitarie nazionali, alle quali viene riconosciuta libertà di definizione dei criteri relativi al rilascio dell'autorizzazione stessa.

Nel **prospetto 1** viene illustrata in termini comparati la regolazione del settore dei farmaci Sop nei Paesi Ue-15.

2.1. La classificazione ai fini del regime di fornitura

La regolamentazione del regime di dispensazione/fornitura risulta dalla combinazione del regime prescrittivo (farmaci con obbligo/senza obbligo di prescrizione) e delle modalità di dispensazione (dispensazione solo da parte delle farmacie).

In Italia il D.L.vo 539/1992, che ha recepito la Direttiva 92/26/CEE, suddivide i farmaci in medicinali soggetti all'obbligo di prescrizione medica (per i quali è vietata ogni forma di pubblicità al pubblico) e medicinali esenti da tale obbligo. Tra questi ultimi lo stesso decreto identifica i farmaci di automedicazione come quei «*medicinali che per loro natura e obiettivo terapeutico sono concepiti e destinati all'uso autonomo da parte del cittadino, senza bisogno di intervento di un medico per la diagnosi, la prescrizione o la sorveglianza durante il trattamento*» (art. 3 comma 1). Tale definizione, sostanzialmente ripresa dalla Direttiva 92/28/CEE in tema di qualificazione dei farmaci che possono formare oggetto di pubblicità diretta al pubblico (Direttiva recepita con D.L.vo 541/1992), sancisce un'ulteriore classificazione dei medicinali la cui dispensazione è esente dall'obbligo di prescrizione medica in: medicinali che possono formare oggetto di pubblicità al pubblico (Otc - *Over the Counter* o da banco o di automedicazione) e medicinali che non possono formare oggetto di pubblicità al pubblico (Sp). Nella Legge Finanziaria per il 2005 (Legge 311/2004) i farmaci di automedicazione sono stati ulteriormente identificati nell'ambito della Classe C (farmaci non rimborsabili) come sottocategoria Cbis.

In generale tale sotto-classificazione dei farmaci senza obbligo di prescrizione non è presente negli altri paesi, nel senso che tali farmaci (se non rimborsabili) possono essere pubblicizzati. Fanno eccezione l'Austria, in cui è vietata la pubblicità per i farmaci con marchio uguale a quelli etici e la Spagna, in cui la pubblicità è prevista solo per i farmaci classificati come *Especialidaded Farmacéuticas Publicitaria* (EFP). In alcuni Paesi

Ue, poi, la possibilità di pubblicizzare i farmaci senza obbligo di prescrizione si estende anche a quelli rimborsabili.

Per quanto concerne il sistema di dispensazione, gran parte dei paesi prevede che, oltre agli etici, anche i farmaci senza obbligo di prescrizione possano essere dispensati solo dalle farmacie o dalle strutture sanitarie (nel caso di farmaci ad esclusivo uso ospedaliero o per i quali sono previste particolari modalità distributive). Fanno eccezione la Danimarca, la Germania, l'Irlanda, il Porto-

gallo (dal 2005) ed il Regno Unito in cui solo alcuni farmaci possono essere dispensati al di fuori delle farmacie. Solo in Olanda per tutti i farmaci senza obbligo di prescrizione non è previsto un monopolio distributivo da parte delle farmacie. Peraltro anche in tale paese è in discussione la reintroduzione di una lista di farmaci senza obbligo di prescrizione dispensabili solo nelle farmacie. Anche in Italia le farmacie detengono il monopolio della distribuzione di farmaci: dal 2002 (Legge 405/01) è stato però previsto che all'inter-

Prospetto 1

Regolazione dei farmaci Sop nei Paesi Ue-15
Fonte: Elaborazione su dati AESGP (2005), Anifa (2005)

OLANDA	PORTOGALLO	REGNO UNITO	SPAGNA	SVEZIA
Tutti i farmaci Sop fuori farmacia. In discussione definizione di una lista di farmaci da dispensare solo in farmacia Vendita a distanza consentita	Da ottobre 2005 Sop fuori farmacia, esclusi quelli rimborsabili	Alcuni farmaci Sop fuori farmacia (GSL - General Sales List) Consentito self-service in farmacia per farmaci GSL Vendita a distanza consentita, ma non molto praticata	Solo farmacia	Solo farmacia Vendita a distanza consentita in determinate circostanze
Da 1994 solo se usati per patologie croniche e prescritti per almeno tre mesi	No, salvo rari casi per motivi di salute pubblica	Alcuni farmaci, se prescritti	Alcuni farmaci per i quali non è ammessa la pubblicità sono rimborsabili, se prescritti	Si, se inclusi in lista positiva
Non consentita per i farmaci rimborsabili Ammessa pubblicità comparativa	Consentita per tutti i farmaci	Consentita per tutti i farmaci	Possibile solo per una parte dei Sop (EFP - Especialidades Farmacéuticas Publicitarias)	Consentita per tutti i farmaci
Liberi Uguali in tutte le farmacie	Liberi da ottobre 2005 (ma sorvegliati da Direzione generale dell'industria, che può chiedere riduzioni in caso di aumento non giustificato (in precedenza: determinati da Ministero salute e del Ministero per il commercio ed i servizi))	Liberi Dal 2001 abolito il prezzo unico (Retail Price Maintenance)	Liberi Per i Sop pubblicizzabili, le farmacie possono concedere sconti fino ad un massimo del 10% del prezzo «ex fabbrica» Possibile abolizione di sconti nella filiera	Liberi per i farmaci non rimborsabili Prezzi contrattati per i farmaci rimborsabili Prezzo unico sul territorio
Non ci sono specifiche regolamentazioni per lo <i>switch</i> . Un farmaco, dopo lo <i>switch</i> , perde la rimborsabilità. Clima abbastanza favorevole a <i>switch</i>	Non ci sono specifiche regolamentazioni per lo <i>switch</i> . Clima non favorevole allo <i>switch</i>	Attivato da soggetto pubblico. Nel caso di <i>switch</i> di un principio attivo i prodotti che lo contengono devono comunque ottenere uno <i>switch</i> specifico. Clima molto favorevole allo <i>switch</i>	In genere attivato da imprese. In caso di <i>switch</i> a EFP, il farmaco non è più rimborsabile. Clima non favorevole allo <i>switch</i>	Attivato da impresa o soggetto pubblico. Clima molto favorevole a <i>switch</i>
Si	Limitato al caso in cui lo <i>switch</i> riguardi tutte le forme farmaceutiche	Linee-guida 1993, in generale favorevoli ad uso estensivo	No regolazione specifica. In genere, approccio restrittivo all'uso estensivo dei marchi	No regolazione specifica. Clima favorevole ad uso estensivo dei marchi

no delle farmacie i clienti possano accedere direttamente ai farmaci di automedicazione, situazione condivisa da pochi Paesi Ue.

2.2. La rimborsabilità

Un secondo aspetto che differenzia i Paesi Ue riguarda la rimborsabilità dei farmaci senza obbligo di prescrizione. L'Italia prevede due classi di farmaci: quelli totalmente rimborsabili (Classe A), a meno di introduzione di forme di compartecipazione alla spesa da parte delle regioni, dell'applicazione del prezzo di riferimento e nei limiti previsti dalle Note alla prescrizione, e quelli non rimborsabili (Classe C e Cbis). La Classe A comprende solo farmaci etici, la Classe C comprende i farmaci etici non rimborsabili ed i farmaci Sp, la classe Cbis tutti i medicinali senza obbligo di prescrizione. Al contrario dell'Italia in gran parte dei Paesi Ue alcuni farmaci senza obbligo di prescrizione sono rimborsabili. Normalmente l'elenco di tali farmaci è piuttosto limitato e negli ultimi anni si è ulteriormente ridotto, per motivi di contenimento della spesa farmaceutica pubblica: ciò è avvenuto, ad esempio, in Germania nel 2004 (la lista è stata poi riallargata nel 2005). Inoltre la possibilità di rimborso è spesso associata alla prescrizione medica.

2.3. La regolazione dei prezzi

In Italia fino al 2005 la fissazione dei prezzi dei farmaci senza obbligo di prescrizione (e dei farmaci etici non rimborsabili) era libera, anche se la Legge 388/2000 prevede che gli aumenti siano concessi una sola volta all'anno con comunicazione al Ministero della Salute. Inoltre il prezzo deve essere unico su tutto il territorio nazionale. Nel 2005, si è assistito all'introduzione di un'importante novità nel panorama normativo italiano. La Legge 149/2005, ha sancito, la possibilità da parte delle aziende farmaceutiche di aggiornare i prezzi dei farmaci non rimborsabili (Classe C e Classe C-bis) solo ogni due anni (a cominciare dal 2007). Inoltre la legge in questione, conferisce alle farmacie la possibilità di applicare ai farmaci non rimborsabili non etici uno sconto che può arrivare fino al 20% del prezzo massimo fissato dalle imprese farmaceutiche.

Prezzi liberi in tutte le farmacie del territorio nazionale sono previsti in diversi Paesi Ue (Austria, Germania, Danimarca, Irlanda, Olanda e Gran Bretagna). Solo in Grecia e Belgio i prezzi sono amministrati (nel secondo valutati dalle autorità regolatorie entro novanta giorni dalla richiesta delle imprese). In altri paesi esiste un sistema di regolazione dei prezzi o per tutti i farmaci senza obbligo di prescrizione (Belgio dal 1993) o per quelli rimborsabili. In genere i prezzi sono uguali su tutto il territorio, ma esistono significative esperienze (Francia e Germania) in cui i prezzi vengono differenzialmente fissati dalle farmacie.

2.4. L'orientamento sullo *switch*

Il tema dello *switch* ovvero della modifica di *status* dei farmaci da etici a prodotti senza obbligo di prescrizione medica è oggetto di particolare attenzione da parte delle autorità regolatorie, per la sua rilevanza:

- sanitaria: lo *switch* comporta il libero accesso ai farmaci ed un possibile aumento del rischio di un loro utilizzo improprio;
- sociale: i farmaci senza obbligo di prescrizione sono generalmente pubblicizzabili e, di conseguenza, soggetti a forme di comunicazione diversa rispetto ai farmaci etici;
- economica: lo *switch* può generare un cambiamento nello *status* di rimborsabilità (da farmaco rimborsabile a farmaco non coperto dal sistema pubblico e dalle assicurazioni sociali) e di *pricing* (da prezzo regolato a prezzo libero).

In generale, i Paesi Ue presentano un contesto ambientale e regolatorio meno favorevole allo *switch* rispetto a quello statunitense. Qualora le autorità regolatorie siano maggiormente propense allo *switch*, lo stesso non viene richiesto dalle imprese, in quanto la domanda di farmaci è fortemente orientata dalla prescrizione medica (è il caso dell'Austria). In genere lo *switch* può essere attivato sia dalle imprese che dal soggetto pubblico. Solo in tre Paesi Ue lo *switch* può essere attivato unicamente dalle autorità regolatorie: Finlandia, Grecia (in cui lo *switch*, promosso da soggetto pubblico, prevede, a maggiore garanzia, la raccolta delle dichiarazioni degli altri Paesi dell'Unione che certifichino lo

status di «farmaco senza obbligo di prescrizione» nei propri ordinamenti, per il medicinale in esame) e Gran Bretagna, dove esiste però un contesto favorevole allo *switch* e, più in generale all'automedicazione³.

2.5. Uso dei marchi

L'uso estensivo dei marchi, ovvero l'uso dello stesso marchio nelle denominazioni dei medicinali appartenenti allo stesso titolare, e che differiscono tra loro per regime di dispensazione (farmaco con o senza obbligo di prescrizione), e/o composizione, e/o indicazioni terapeutiche, ha una notevole rilevanza sotto il profilo commerciale, data l'importanza del marchio nelle scelte di consumo, o almeno di conferma nelle scelte di consumo (Stumpo, 2003). L'Italia, analogamente a diversi altri Paesi Ue, non prevede specifiche regole sul tema dell'uso dei marchi in campo farmaceutico, rimandando alla normativa più generale sui diritti di proprietà industriale. Va tuttavia sottolineato che le autorità regolatorie non sono state nel recente passato particolarmente favorevoli all'uso estensivo dei marchi.

3. La letteratura in materia di sostituibilità tra farmaci etici e farmaci da banco

La letteratura in materia di sostituibilità tra farmaci Otc e farmaci etici è piuttosto limitata. I due primi lavori sul tema risalgono a Jefferys *et al.* (Jefferys *et al.*, 1960) e Knapp&Knapp (Knapp&Knapp, 1972). Il primo studio ha rilevato un certo tasso di sostituzione tra farmaci da banco e farmaci con obbligo di prescrizione, il secondo ha invece evidenziato una correlazione positiva tra uso di farmaci etici ed Otc, il che implicitamente non depone a favore della sostituibilità.

La letteratura successiva (**prospetto 2**) può essere divisa in quattro principali filoni.

Il primo è rappresentato dalla valutazione prospettica, non quantitativa o basata su modelli di analisi delle decisioni, di vantaggi e rischi dello *switch* da prodotto etico a prodotto senza obbligo di prescrizione. Tali studi non si sono quindi focalizzati sulla sostituzione tra etici e farmaci da banco ma sullo *switch* regolatorio e sulle sue conseguenze. In sintesi, i principali vantaggi dello *switch* evidenziati sono rappresentati da un aumento

dell'accesso a farmaci efficaci, da una riduzione delle visite (con potenziale riduzione dei costi a carico dei pazienti o degli eventuali terzi paganti), da un aumento dell'autonomia dei pazienti (e quindi della propensione degli stessi ad informarsi sulle terapie disponibili) e da una riduzione dei costi dei farmaci a carico dei terzi paganti (programmi pubblici, datori di lavoro, assicurazioni). I rischi dello *switch* sono invece collegati ad una riduzione della supervisione medica e, quindi, da una auto-diagnosi non corretta, dal trattamento ritardato o sub-ottimale, dall'uso non appropriato. Inoltre lo *switch* produce in genere un aumento dei costi a carico del paziente.

Il secondo filone si è focalizzato sulla valutazione delle conseguenze effettive di *switch* da etico ad Otc. Questi studi hanno evidenziato una tendenziale riduzione delle prescrizioni per i farmaci oggetto dello *switch* (ed un aumento dei comportamenti di autoconsumo), senza che vi sia stato un contestuale *shift* verso prodotti etici appartenenti alla stessa classe terapeutica (ad esempio, lo *switch* degli H2-Antagonisti negli USA non ha prodotto un trasferimento dei consumi su altri farmaci gastrointestinali), e una riduzione (non rilevata da tutti gli studi) delle visite mediche per le patologie interessate dallo *switch* (con conseguenti riduzioni di costo a carico dei pazienti o dei terzi pagatori). Tali studi hanno quindi messo in evidenza una bassa propensione alla sostituzione di farmaci Otc con etici, al momento dello *switch*.

Un terzo gruppo di ricerche riguarda gli effetti della inclusione o esclusione di prodotti da banco dalle liste di rimborsabilità delle assicurazioni. L'inclusione di farmaci da banco nelle liste di rimborsabilità genera un certo *shift* dal comparto etico agli Otc. Al contrario l'esclusione dalla rimborsabilità di prodotti Otc non sembra generare uno *shift* a favore dei farmaci etici rimasti in lista. In sintesi, tali studi rilevano come la sostituzione tra farmaci da banco ed etici esiste quando il paziente non è tenuto a pagare, almeno in parte, i farmaci.

Un ultimo importante ambito di ricerca riguarda l'opinione e le aspettative della classe medica sui farmaci da banco. Si tratta di un aspetto rilevante, in quanto le simulazioni di *shift* sotto analizzate si basano sull'ipotesi che esistano spazi di incremento della pre-

Prospetto 2

La letteratura correlata al tema dello shift da farmaco etico a farmaco Sop

Studio	Tipologia	Paese	Oggetto	Metodo	Risultati
Bradley & Bond, 1995 Soller, 1998 Brass, 2001	Vantaggi/ svantaggi <i>switch</i>	UK, USA	Analisi di vantaggi e svantaggi dello <i>switch</i> (a seguito della disponibilità come Otc di principi attivi)	Review	Vantaggi <i>switch</i> : aumento accesso a farmaci efficaci; riduzione visite (con potenziale riduzione dei costi); aumento autonomia dei pazienti; riduzione costi a carico dei terzi paganti Rischi <i>switch</i> : auto-diagnosi non corretta; trattamento ritardato o sub-ottimale; rischi associati ad uso non appropriato; redistribuzione dei costi (a carico paziente); riduzione supervisione da parte medica
Shih <i>et al.</i> , 2002		USA	Analisi teorica degli effetti dello <i>switch</i> per farmaci coperti da brevetto (antistaminici di seconda generazione)	Teoria del benessere	Impatto <i>switch</i> di prodotti coperti da brevetto su benessere sociale dipende da politiche di pricing delle imprese
Oster <i>et al.</i> , 1990		USA	Valutazione impatto potenziale <i>switch</i> da etico a Otc degli H2-Antagonisti	Analisi delle decisioni	Aumento automedicazione dispepsia da 61,8% a 64,1% Aumento non rilevante effetti collaterali in tutta la popolazione Riduzione effetti collaterali in popolazione che si automedica Riduzione rilevante dei pazienti che si rivolgono al medico per dispepsia
Andrade <i>et al.</i> , 1999	Effetti <i>switch</i>	USA	Analisi degli effetti dello <i>switch</i> degli H2-Antagonisti nel 1995	Analisi retrospettiva del comportamento prescrittivo prima e dopo lo <i>switch</i>	Riduzione generale prescrizione di H2-Antagonisti, senza un aumento di altri principi attivi gastrointestinali per i pazienti cronici Stabilità delle visite
Lunberg & Isacson, 1999		Svezia	Analisi dello <i>switch</i> sugli spray nasali	Analisi retrospettiva delle vendite prima e dopo lo <i>switch</i>	Aumento vendite spray nasali Riduzione prescrizioni Riduzione numero visite
Gurwitz <i>et al.</i> , 1995		USA	Analisi dello <i>switch</i> sui prodotti vaginali antifungini	Analisi retrospettiva del comportamento prescrittivo prima e dopo lo <i>switch</i>	Riduzione prescrizioni prodotti vaginali antifungini Riduzione visite non significativa
Sullivan & Nichol, 2004	Effetti inclusione/ esclusione Otc da liste di rimborsabilità	USA	Effetti economici (inclusi i costi indiretti) per diverse opzioni di copertura da parte dei terzi paganti dello <i>switch</i> di Loratidina nel 2002	Analisi delle decisioni	Soluzione più costo-efficace è includere (con compartecipazione alla spesa) sia la Loratidina che altri antistaminici etici di seconda generazione
Harris <i>et al.</i> , 2004		USA	Effetti dell'inclusione di Omeprazolo Otc nel prontuario dell'assicurazione dei dipendenti pubblici dell'Arkansas	Analisi retrospettiva del comportamento prescrittivo prima e dopo tale policy	Shift da altri Inibitori di Pompa Protonica ad Omeprazolo con risparmi consistenti per l'assicurazione
Zechin <i>et al.</i> , 1998		USA, Oregon	Analisi degli effetti dell'eliminazione degli Otc dalla lista di farmaci rimborsabili	Analisi retrospettiva delle prescrizioni di Otc «versus» etici in nove categorie terapeutiche	Eliminazione rimborsabilità non ha prodotto shift significativo prescrizioni da Otc a farmaci etici (unica eccezione: prodotti ematici)
Leibowitz, 1989		USA	Valutazione del tasso di sostituzione tra Otc e etici, in funzione di diversi livelli di compartecipazioni sugli etici	Regressione multipla con dati provenienti dal Health Insurance Expenditure	Compartecipazioni alla spesa su etici riducono consumo di etici ed Otc (no effetto sostituzione)
Erwin <i>et al.</i> , 1997	Opinione su Otc medici	UK	Analisi dell'attitudine dei medici di base nei confronti dello <i>switch</i> degli H2-Antagonisti	Questionario inviato ai medici	Valutazione favorevole al 54% 90% dei medici hanno evidenziato i rischi di tale <i>switch</i> No cambiamento comportamento prescrittivo
Sihvo <i>et al.</i> , 1999		Finlandia	Valutazione dei medici di base e di specialisti (ginecologi) sulla disponibilità di Otc	Questionario inviato ai medici	Valutazione favorevole, più prudente sugli <i>switch</i> No differenza tra medici di base e specialisti

scrizione/suggerimento di Otc da parte dei medici. Ciò ovviamente richiede un atteggiamento favorevole dei medici nei confronti del comparto dei farmaci da banco. A questo proposito gli studi hanno evidenziato come in genere i medici, pur sottolineando i rischi derivanti da un abuso o da un uso non appropriato dei farmaci Otc, abbiano una visione positiva dei farmaci da banco.

Si osserva infine come gran parte degli studi si riferisca alla realtà statunitense, realtà in cui maggiori sono stati gli *switch* di farmaci etici negli ultimi quindici anni. Più prudenti sono state tradizionalmente le autorità regolatorie europee sugli *switch*. Inoltre il contesto regolatorio non ha favorito *switch* da parte delle imprese: si pensi alla presenza di forme di regolamentazione dei prezzi (non ultima la recente decisione di congelare i prezzi al pubblico per due anni in Italia), alla riduzione della copertura pubblica dei farmaci da banco, in quei paesi dove è prevista tale copertura (emblematico è il caso tedesco).

4. La metodologia di analisi

Come sopra specificato, il presente studio intende analizzare le potenzialità di spostamento del consumo dei farmaci dai prodotti etici a quelli Sop.

Nello specifico, tale spostamento può generare un risparmio:

- per il Ssn a seguito dello *shift* del consumo di farmaci dai prodotti etici rimborsati (classe A) ai prodotti Sop, comprendenti i farmaci Sp, ovvero farmaci per i quali non è consentita la pubblicità, e farmaci da banco;

- per il cittadino derivante (i) dall'eventuale mancato pagamento del ticket conseguente allo spostamento del consumo dei farmaci dai prodotti etici rimborsati a farmaci Sop, (ii) dallo spostamento da farmaci rimborsabili, ma acquistati privatamente, a farmaci Sop (che presentano un prezzo medio inferiore ai farmaci in classe A), (iii) dallo spostamento del consumo da prodotti etici non rimborsabili a prodotti Sop: anche in questo caso, il risparmio deriverebbe da un minor prezzo medio per confezione.

La ricerca intende valutare in termini retrospettivi, riferiti all'anno 2004 quale avrebbe potuto essere il risparmio per il Ssn e la

variazione di spesa per il cittadino generati da uno *shift* di consumi dal comparto etico a quello Sop, a parità di condizioni regolatorie. Non si sono quindi analizzate in termini prospettici le conseguenze di un cambiamento del contesto regolatorio, quale potrebbe essere un maggiore *switch* di farmaci da etico a Sop.

L'analisi si è basata su due diversi approcci metodologici.

- Metodo *Categorie terapeutiche*. Tale metodo prevede un'analisi specifica delle potenzialità di *shift* per ciascuna categoria terapeutica riferita a patologie minori. Si tratta del metodo più complesso, in quanto è richiesta una preliminare definizione di patologia minore ed un'analisi specifica del mercato dei farmaci per tali patologie, ma più solido sotto il profilo metodologico, in quanto analiticamente riferito al mercato di riferimento.

- Metodo *Regioni*. L'obiettivo è quello di simulare i risultati derivanti da un allineamento alla media nazionale del consumo di farmaci da banco nelle regioni sotto media (essenzialmente le Regioni del Sud) e dalla contestuale riduzione del consumo di prodotti con obbligo di prescrizione. Si tratta del metodo più semplice, ma meno solido sotto il profilo metodologico, in quanto una delle determinanti del consumo è del *mix* pubblico-privato di farmaci (e più in generale delle prestazioni sanitarie) e della conseguente variabilità della spesa farmaceutica rimborsata dal Ssn è proprio il reddito (Gerzeli *et al.*, 2003).

In entrambi i casi si è ipotizzata un'invarianza dei consumi *post shift*. Si tratta di un'ipotesi probabilmente restrittiva (e che va a sottodimensionare l'impatto sulla spesa a carico del cittadino), ma in letteratura (cfr. *supra*) non esistono dati a supporto né di un aumento, né di una riduzione dei consumi in caso di *shift*. La letteratura evidenzia infatti un generale aumento dei consumi in caso di *switch*, ma i risultati sono discordanti circa la sostituzione di etico con Otc, in caso di inserimento degli Otc nelle liste di rimborso, o di Otc con etici, in caso di esclusione dell'Otc dalle liste di rimborso.

5. I risultati dello studio: il metodo categorie terapeutiche

5.1. Metodo categorie terapeutiche applicato ad un gruppo selezionato di patologie minori

L'analisi per categorie terapeutiche è partita da una selezione delle diagnosi riferibili a patologie minori, per le quali si può ragionevolmente ipotizzare un maggiore spostamento dei consumi dal comparto etico a quello dei farmaci Sop. Sono state individuate nello specifico solo alcune patologie identificabili come minori. Tali patologie si riferiscono all'apparato respiratorio, a quello digerente ed alle analgesie⁴. Il mercato dei farmaci prescritti o suggeriti dal medico per tali patologie⁵ rappresenta il 18,8% del mercato farmaceutico totale a volumi.

Sono state poi selezionate le classi terapeutiche più rappresentative della diagnosi e per le quali si può supporre una certa potenzialità di *shift* dall'etico al Sop, ovvero:

– le classi terapeutiche che rappresentano a livello cumulato il 95% delle prescrizioni per le diagnosi selezionate;

– le classi terapeutiche per le quali i Sop rappresentano almeno il 5% e meno del 95% dei consumi complessivi. L'ipotesi è che al di sopra del 95% gli spazi di cambiamento siano limitati e che al di sotto del 5% il mercato sia di fatto dominato dai farmaci etici e non vi siano potenzialità di *shift*.

Le classi terapeutiche selezionate sono le seguenti⁶:

– *Apparato respiratorio*: N2B1, Analgesici non narcot. ed antipiretici; R1A, Preparati nasali topici; R2A, Preparati per il cavo faringeo; R5C, Espettoranti; R5D, Sedativi della tosse, R6A, Antistaminici sistemici.

– *Apparato digerente*: A2A, Antiacidi; A3A, Antispastici e anticol. sist.; A3F, Gastroprocinetici; A5A, Terapia biliare + colagoghi; A6A, Lassativi; A7H, Inibitori della motilità.

– *Analgesia (cefalea e dolore)*: A2A, Antiacidi; A3A, Antispastici e anticol. sist.; A3F Gastroprocinetici; A11D, Vitamina B1 e associazioni; A12C, Altri integratori minerali; M2A, Antireumatici topici N2B; Analgesici non narcot. ed antipiretici; N2C, Antiemetici; N6E, Neurotonici ed altri; V3A, Tutti altri prodotti terapeutici.

Le prescrizioni (o terapie suggerite) riferite a tali categorie terapeutiche sulla base dei criteri sopra esposti rappresentano il 50% circa delle prescrizioni complessive riferite alle tre diagnosi ed il 10% circa del mercato a volumi complessivo (**tabella 2**).

Per le classi terapeutiche selezionate sono state inizialmente applicate le seguenti ipotesi di *shift*:

– *shift* al 50% per le classi per le quali il mercato Sop rappresenta più del 50%;

– *shift* del 20% in caso di classi per le quali il mercato Sop rappresenta meno del 50%.

Tali ipotesi sono state sottoposte all'attenzione di tre referenti della SIMG (Società italiana di medicina generale) per le rispettive aree patologiche (Area pneumologica, Area gastroenterologica, Area cure palliative). I referenti hanno solo in parte validato le ipotesi: in alcuni casi hanno evidenziato una potenzialità di *shift* anche maggiore rispetto a quanto ipotizzato (analgesici, antipiretici, espettoranti, sedativi della tosse, lassativi, vitamine, integratori); in altri è stata evidenziata una potenzialità inferiore a quella prospettata (è il caso, ad esempio, degli antistaminici sistemici, degli antiacidi e dei gastroprotettori). Tali valutazioni hanno consentito di modulare le potenzialità di *shift* rispetto alle due ipotesi del 20% e del 50% entro un intervallo più ampio e compreso tra il 10% (applicato, ad esempio, agli antistaminici si-

Tabella 2

Confezioni prescritte o suggerite per le diagnosi selezionate rispetto al numero di confezioni complessive (anno 2004)

Fonte: Elaborazioni su dati IMS Health

Gruppi anatomici/diagnosi	Pezzi riferiti a diagnosi (migliaia)		Pezzi selezionati * (migliaia)	
Respiratorio	116.087	7,4%	65.345	4,1%
Digerente	114.737	7,3%	57.878	3,7%
Dolore	56.739	3,6%	21.819	1,4%
Cefalea	9.566	0,6%	4.630	0,3%
Totale diagnosi	297.130	18,8%	149.673	9,5%
Totale mercato	1.577.467			

* Classi terapeutiche che rappresentano a livello cumulato il 95% delle prescrizioni per le diagnosi selezionate; classi terapeutiche per le quali i Sop rappresentano almeno il 5% e meno del 95% dei consumi complessivi.

stemici per l'apparato respiratorio) e l'80% (ipotesi applicata ad esempio ai lassativi per l'apparato digerente).

Una volta stimato lo *shift* a volumi è stato possibile valorizzare lo *shift* utilizzando il prezzo medio per classe terapeutica e classe di rimborsabilità. Ciò ha consentito di valutare lo *shift* di spesa dalla classe A (farmaci etici rimborsabili) e dai farmaci etici in classe C ai farmaci Sop.

La spesa per farmaci in classe A in prezzi al pubblico non è interamente finanziata dal Ssn: i farmaci in classe A possono essere acquistati privatamente (ad esempio, in quanto il cittadino utilizza una ricetta bianca); in alcune regioni il paziente è poi tenuto a compartecipare alla spesa. Infine, esiste uno sconto a carico delle farmacie (e da Luglio 2004 delle imprese). Per valutare quale sia l'effettivo risparmio per il Ssn è stata applicata alla spesa per farmaci in classe A l'incidenza delle sue diverse componenti per il 2004 (Osservatorio farmaci, 2005a).

I risultati dell'analisi sono illustrati in **tabella 3**.

L'effetto complessivo per le tre patologie considerate è un risparmio per il Ssn di circa 32 milioni di euro; il cittadino avrebbe una riduzione di spesa di circa 5 milioni di euro, per effetto della sensibile riduzione della spesa per farmaci etici non rimborsabili. La spesa complessiva subirebbe una riduzione di 38 milioni di euro.

È interessante confrontare i risultati emersi con quelli dell'unico altro studio disponibile riferito al caso italiano (Gugiatti, 1996): tale studio evidenziava per il '95 e per tutte le patologie minori un risparmio per il Ssn:

– minimo di 20 milioni di euro, nell'ipotesi di *shift* al 10% / 25% in caso di mercato Sop rispettivamente inferiore al 50% (ma superiore al 5%) e superiore al 50% (ma inferiore al 95%);

– massimo di circa 45 milioni di euro, nell'ipotesi di *shift* al 25% / 50% in caso di mercato Sop rispettivamente inferiore al 50%, (ma superiore al 5%) e superiore al 50%, ma inferiore al 95%.

Il mercato delle categorie terapeutiche per le patologie minori oggetto del presente studio rappresentava nel 1995 il 65% circa del mercato complessivo riferito a tutte le patologie minori, che includevano anche i disturbi della pelle, i disturbi femminili, i disturbi della bocca e dell'orecchio ed i disturbi minori dell'apparato circolatorio. Il risparmio applicato alle patologie qui considerate (apparato respiratorio, digerente e analgesia) varierebbe quindi da 13 a 26 milioni di euro circa. Tenendo conto che dal 1995 al 2004 il mercato dei farmaci senza obbligo di prescrizione è cresciuto di circa il 50% a valori (mentre è diminuito del 15% circa a volumi) e che la stima di *shift* in caso di incidenza del mercato Sop minore del 50% è inferiore all'ipotesi massima del precedente studio, si può affermare che le stime dello studio condotto nel '96 vengono sostanzialmente confermate.

5.2. Metodo categorie terapeutiche: una simulazione sul mercato complessivo

A partire dall'analisi relativa alle classi terapeutiche riferite alle diagnosi sopra in-

Tabella 3

Impatto dello *shift* da etico a Sop per le classi di diagnosi selezionate
Fonte: Elaborazioni su dati Ims Health ed Osservatorio Farmaci (2005a)

Valori (milioni di euro)	Respiratorio	Digerente	Dolore	Cefalea	Totale
Spesa a carico Ssn	- 12,8	- 8,7	- 5,4	- 5,4	- 32,3
Spesa a carico cittadino, di cui	- 13,3	8,2	- 1,5	1,1	- 5,5
- Ticket	- 0,6	- 0,4	- 0,3	- 0,3	- 1,6
- Acquisto privato classe A	- 0,7	- 0,5	- 0,3	- 0,3	- 1,7
- Etico NR	- 71,1	- 11,6	- 22,1	- 3,6	- 108,4
- Sop	59,2	20,6	21,1	5,3	106,2
Spesa totale	- 26,1	- 0,5	- 6,9	- 4,3	- 37,8

Tabella 4

Impatto dello *shift* da farmaci etici a farmaci Sop: quattro possibili scenari (milioni di euro) *

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Farmaci su dati Ims Health

Valori (milioni di euro)	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4
Spesa a carico SSN	- 129,4	- 185,2	- 113,6	- 169,5
Spesa a carico cittadino, di cui	6,4	38,7	- 15,5	16,7
- Ticket	- 6,5	- 9,3	- 5,7	- 8,5
- Acquisto privato classe A	- 6,7	- 9,7	- 5,9	- 8,8
- Etico NR	- 340,1	- 350,5	- 389,2	- 399,7
- SOP, di cui	359,7	408,2	385,3	433,8
- SOP da A	152,4	218,3	133,9	199,7
- SOP da C	207,3	190,0	251,4	234,0
Spesa totale	- 122,9	- 146,5	- 129,2	- 152,8

* Scenario 1 (Base):

se 50% <Sop <95% mercato, ipotesi *shift* al 50%;

se 5% <Sop <50% mercato ipotesi *shift* al 20%.

Scenario 2:

se 50% <Sop <95% mercato, ipotesi *shift* al 50%;

se 5% <Sop <50% mercato ipotesi *shift* al 20%;

se 2% <Sop <5% mercato ipotesi *shift* al 10%.

Scenario 3: scenario 1 combinato con ipotesi di *shift* specifiche per le patologie considerate.

Scenario 4: scenario 2 combinato con ipotesi di *shift* specifiche per le patologie considerate.

dicata è stata effettuata una simulazione sul mercato nel suo complesso. Nello specifico è stata elaborata la composizione dei consumi (numero unità) e dei valori (in prezzi al pubblico) farmaceutici per classe terapeutica (terzo livello ATC) e per modalità di dispensazione e rimborso (farmaci in classe A, farmaci etici non rimborsabili, farmaci Sop). Tale analisi ha consentito di evidenziare tutte le classi terapeutiche dove esistono farmaci Sop. Nello specifico:

- sono state selezionate le classi terapeutiche per le quali la categoria Sop ha un'incidenza sui volumi inferiore al 95%, in relazione all'ipotesi che al di sopra di tale percentuale gli spazi di cambiamento siano limitati;

- sono stati ipotizzati due scenari:

1) il primo prevede la stessa ipotesi utilizzata per l'analisi delle patologie minori: *shift* al 50% in caso di farmaci Sop tra il 50% ed il 95%; *shift* al 20% in caso di mercato Sop tra il 5% ed il 50%;

2) il secondo prevede il coinvolgimento di tutte le classi terapeutiche con mercato Sop inferiore al 95% e superiore al 2%; è stata effettuata una simulazione di *shift* del 50% in caso di incidenza Sop superiore al 50% (ma inferiore al 95%), di *shift*

del 20% in caso di incidenza Sop inferiore al 50% (ma superiore al 5%) e di *shift* del 10% in caso di incidenza tra il 2% ed il 5%. I due scenari sono stati poi «combinati» con le evidenze sulle categorie terapeutiche coinvolte nello studio per le quattro diagnosi minori, applicando le ipotesi, di cui *supra*.

Si osserva (tabella 4) come, a seconda dei diversi scenari, il risparmio annuale del Ssn sarebbe stato nel 2004 tra 114 e 185 milioni di euro, mentre di molto inferiore sarebbe stato l'incremento di spesa a carico del cittadino (nello Scenario 2 la spesa addirittura sarebbe diminuita).

6. I risultati dello studio: il metodo «Regioni»

Come già evidenziato, i consumi e la spesa per farmaci Sop presentano un'elevata variabilità interregionale e tale variabilità è in parte spiegata dalle diverse condizioni socio-economiche che possono influenzare la propensione al consumo di tali farmaci. Tale propensione non può ovviamente modificarsi in modo sostanziale da un anno all'altro. È tuttavia interessante simulare quale potrebbe essere il risparmio per il Ssn generato da un

Regioni	Spesa a carico del SSN (milioni di euro)					Farmaci SOP (milioni di euro)				
	Consuntivo 2004	Simulazione 1 (SOP/totale)		Simulazione 2		Consuntivo 2004	Simulazione 1 (SOP/totale)		Simulazione 2	
		Valore assoluto	Differenza rispetto a consuntivo	Valore assoluto	Differenza rispetto a consuntivo		Valore assoluto	Differenza rispetto a consuntivo	Valore assoluto	Differenza rispetto a consuntivo
Piemonte	749	749	0	749	0	164	164	0	164	0
Aosta	23	23	0	23	0	5	5	0	5	0
Lombardia	1.639	1.639	0	1.639	0	369	369	0	369	0
Bolzano	74	74	0	74	0	17	17	0	17	0
Trento	79	79	0	79	0	21	21	0	21	0
Veneto	789	789	0	789	0	164	164	0	164	0
Friuli	233	233	0	233	0	43	43	0	43	0
Liguria	377	377	0	377	0	71	71	0	71	0
EmiliaRom	803	803	0	803	0	172	172	0	172	0
Toscana	676	676	0	676	0	148	148	0	148	0
Umbria	165	165	0	165	0	31	31	0	31	0
Marche	303	303	0	303	0	54	54	0	54	0
Lazio	1.405	1.387	- 18	1.405	0	201	210	9	201	0
Abruzzo	275	267	- 8	266	- 9	40	45	4	45	5
Molise	71	68	- 3	64	- 6	8	10	1	11	3
Campania	1.254	1.195	- 59	1.172	- 82	161	193	32	206	45
Puglia	860	819	- 41	786	- 74	105	126	21	143	38
Basilicata	123	116	- 7	109	- 14	14	18	4	21	7
Calabria	444	424	- 21	412	- 32	55	66	11	72	17
Sicilia	1.267	1.186	- 81	1.187	- 80	140	181	41	181	41
Sardegna	373	360	- 12	354	- 18	49	55	6	58	9
Italia	11.982	11.731	- 251	11.665	- 317	2.032	2.162	130	2.197	165
Nord	4.765	4.765	0	4.765	0	1.025	1.025	0	1.025	0
Centro	2.548	2.531	- 18	2.548	0	435	444	9	435	0
Sud e isole	4.668	4.435	- 233	4.351	- 317	571	693	122	737	165

* *Simulazione 1*: le regioni con incidenza dei consumi per farmaci Sop inferiori alla media nazionale si allineano a tale media con corrispondente riduzione dei consumi di farmaci etici.

Simulazione 2: le regioni con consumi procapite per farmaci Sop inferiore alla media nazionale si allineano a tale media con corrispondente riduzione dei consumi di prodotti etici.

trasferimento dei consumi dai farmaci rimborsati ai prodotti Sop. La simulazione si è basata su un'ipotesi di partenza, ovvero che le Regioni sotto la media nazionale, in termini o di incidenza dei consumi per farmaci Sop sui consumi complessivi per farmaci (il Lazio e tutte le Regioni del Sud) o di consumi procapite (tutte le Regioni del Sud), presentino un dato allineato alla media nazionale attuale, rispettivamente del 19% sui consumi complessivi per farmaci e di 5,1 confezioni procapite.

Nell'ipotesi di allineamento alla percentuale del 19%, il risultato sarebbe un aumen-

to della spesa per farmaci Sop di 130 milioni di euro ed una riduzione della spesa a carico del Ssn di 250 milioni di euro. Nell'ipotesi di allineamento su un consumo procapite nazionale di 5,1 confezioni, lo *shift* sarebbe ancora maggiore (nonostante l'esclusione del Lazio dalle regioni in cui si assiste ad un riposizionamento), e pari ad un aumento della spesa per farmaci Sop di 165 milioni di euro ed una riduzione della spesa a carico del Ssn di 315 milioni di euro (tabella 5).

Come sopra ricordato esiste attualmente un tetto sulla spesa farmaceutica convenzio-

Tabella 5

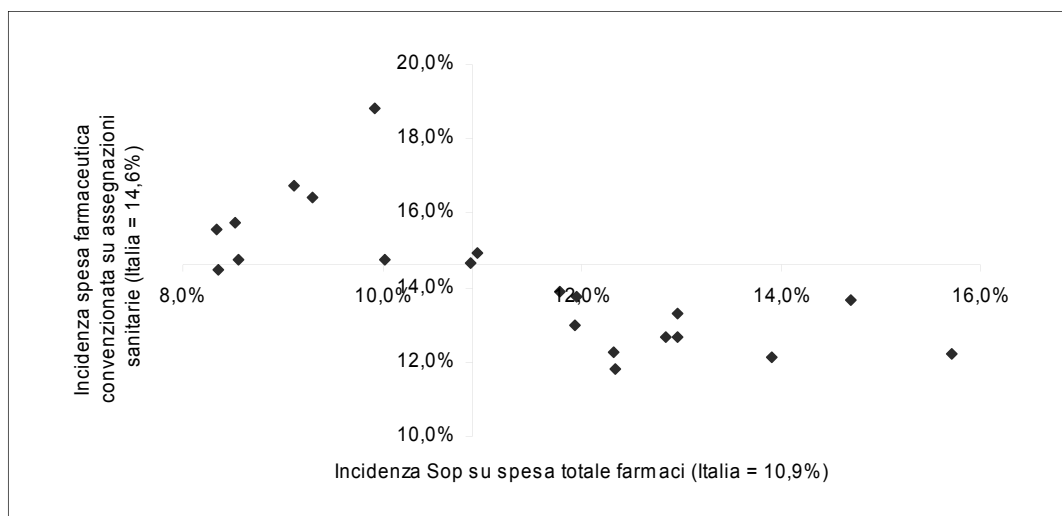
Variazione della spesa a carico del Ssn e per farmaci Sop nell'ipotesi di un allineamento delle regioni con spesa per farmaci Sop sotto media nazionale *

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Farmaci su dati Ims Health e Federfarma

Grafico 3

Posizionamento delle regioni rispetto al tetto del 13% sulla spesa farmaceutica convenzionata e incidenza della spesa per farmaci Sop sulla spesa farmaceutica complessiva

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Farmaci su dati Ims Health, Ministero Salute e Federfarma



nata del 13% sul finanziamento complessivo per il Ssn. Esiste una chiara correlazione negativa a livello regionale tra incidenza della spesa farmaceutica convenzionata sulle assegnazioni complessive per il Ssn ed incidenza della spesa per farmaci Sop sulla spesa farmaceutica totale (**grafico 3**).

È interessante osservare il riposizionamento delle regioni rispetto allo sfondamento del tetto del 13%. La riduzione della spesa a carico del Ssn avrebbe retrospettivamente determinato una contrazione dello sfondamento a livello nazionale pari alla riduzione della spesa a carico del Ssn ed una contrazione dell'incidenza della spesa farmaceutica convenzionata sulle assegnazioni complessive 2004 dal 14,6% al 14,3%. La situazione delle Regioni del Sud non sarebbe cambiata di molto, rimanendo tali regioni sostanzialmente tutte fuori tetto del 13% (con la sola eccezione della Basilicata nell'ipotesi di utilizzo della simulazione a partire dal dato di consumo procapite). Tuttavia, si sarebbe assistito ad un minore sfondamento del tetto di spesa e ad un maggiore avvicinamento di tali regioni al tetto del 13%, con un possibile ulteriore miglioramento nel 2005, dato l'aumento sostanziale delle assegnazioni per il Ssn e la tendenziale riduzione della spesa farmaceutica a carico del Ssn (Osservatorio Farmaci, 2005b) (**tabella 6**).

Non è immaginabile, come sopra evidenziato, che vi sia un così drastico cambiamento nelle abitudini di consumo e di prescrizione. Non è quindi pensabile che le Regioni del

Sud si allineino all'attuale media nazionale (che peraltro, in valori, è ancora sensibilmente inferiore a quella dei principali Paesi Ue). Se si realizzasse comunque almeno un 50% di tale *shift* si otterrebbe un risparmio complessivo di 125 milioni di euro per il Ssn, in linea con gli scenari meno favorevoli prospettati a partire dalla simulazione sulle classi terapeutiche (tabella 4).

7. Conclusioni

Il Ssn ed in particolare l'assistenza farmaceutica sono costantemente interessati da politiche di razionalizzazione e contenimento della spesa. Le azioni sui farmaci sono state particolarmente numerose, ma hanno principalmente interessato direttamente o indirettamente, soprattutto negli ultimi anni, il livello dei prezzi. Il conseguente impatto sulla spesa è stato significativo nel breve periodo. L'azione sull'offerta (ed in particolare sui prezzi) è però insufficiente se non viene affiancata da misure finalizzate ad influenzare la domanda di farmaci e quindi il comportamento prescrittivo dei medici e quello di consumo dei pazienti. Inoltre le azioni sui prezzi rischiano di destrutturare il mercato, se non ispirate da una logica di raggiungimento dell'efficienza allocativa in senso statico (competizione sul mercato fuori brevetto) o dinamico (remunerazione prospettica dell'investimento in innovazione).

Sembrano quindi sempre più necessarie azioni sulla domanda volte a indirizzare

Regioni	2004		Simulazione 1		Simulazione 2	
	Sfondamento tetto 13% (m.ia euro)	% su assegn. SSN	Sfondamento tetto 13% (m.ia euro)	% su assegn. SSN	Sfondamento tetto 13% (m.ia euro)	% su assegn. SSN
Piemonte	- 71.863	11,8%	- 71.863	11,8%	- 71.863	11,8%
Aosta	1.225	13,7%	1.225	13,7%	1.225	13,7%
Lombardia	- 35.553	12,7%	- 35.553	12,7%	- 35.553	12,7%
Bolzano	-5.089	12,1%	-5.089	12,1%	- 5.089	12,1%
Trento	- 4.762	12,2%	- 4.762	12,2%	- 4.762	12,2%
Veneto	- 44.098	12,3%	- 44.098	12,3%	- 44.098	12,3%
Friuli-V.G.	13.398	13,8%	13.398	13,8%	13.398	13,8%
Liguria	49.615	14,9%	49.615	14,9%	49.615	14,9%
Emilia-Rom.	21.854	13,3%	21.854	13,3%	21.854	13,3%
Toscana	- 15.140	12,7%	- 15.140	12,7%	- 15.140	12,7%
Umbria	593	13,0%	593	13,0%	593	13,0%
Marche	20.584	13,9%	20.584	13,9%	20.584	13,9%
Lazio	437.085	18,8%	419.412	18,6%	437.085	18,8%
Abruzzo	33.490	14,8%	25.556	14,3%	24.389	14,3%
Molise	8.589	14,7%	5.629	14,1%	2.174	13,4%
Campania	263.876	16,4%	204.723	15,6%	181.700	15,3%
Puglia	143.664	15,6%	102.460	14,8%	69.720	14,2%
Basilicata	13.046	14,5%	5.592	13,6%	- 1.094	12,8%
Calabria	79.038	15,8%	58.297	15,0%	46.720	14,6%
Sicilia	383.515	18,6%	302.215	17,4%	303.423	17,4%
Sardegna	83.846	16,7%	71.397	16,2%	65.457	15,9%
Italia	1.376.916	14,6%	1.126.046	14,3%	1.060.339	14,3%
Nord	- 75.272	12,8%	- 75.272	12,8%	- 75.272	12,8%
Centro	443.123	15,7%	425.451	15,6%	443.123	15,7%
Sud e isole	1.009.065	16,5%	775.868	15,7%	692.488	15,4%

* *Simulazione 1:* le regioni con incidenza dei consumi per farmaci Sop inferiori alla media nazionale si allineano a tale media con corrispondente riduzione dei consumi di farmaci etici.
Simulazione 2: Le regioni con consumi procapite per farmaci Sop inferiore alla media nazionale si allineano a tale media con corrispondente riduzione dei consumi di prodotti etici.

il comportamento prescrittivo dei medici e quello di consumo dei pazienti. Lo studio sugli effetti dello *shift* dei consumi dai farmaci etici ai farmaci Sop ha evidenziato significative potenzialità di risparmio di spesa per il sistema pubblico, senza che vi sia un sostanziale aggravio di spesa a carico del cittadino. Ciò è dovuto al fatto che:

– il trasferimento dei consumi non è equiparabile a quello dei valori, dato che il prezzo medio per confezione dei farmaci Sop è tendenzialmente inferiore a quello dei farmaci in classe A;

– una quota parte della spesa per farmaci in classe A è già pagata dai cittadini in forma

di compartecipazioni alla spesa o di acquisto privato (con ricetta bianca);

– il trasferimento dei consumi dai farmaci etici non rimborsabili ai farmaci Sop produce in generale un risparmio per il cittadino, dato il minore prezzo medio per confezione di questi ultimi rispetto ai primi.

A livello di mercato complessivo, il risparmio per il Ssn sarebbe compreso tra i 115 e 185 milioni di euro, mentre il cittadino avrebbe un incremento di spesa decisamente inferiore (al massimo di 40 milioni di euro). Ad un risultato analogo si arriverebbe ipotizzando che i pazienti delle Regioni del Sud, caratterizzati da una tradizionale minore pro-

Tabella 6

Variazione dell'incidenza della spesa farmaceutica convenzionata e dello sfondamento del tetto di spesa in caso di aumento dei consumi di farmaci Sop, con corrispondente riduzione dei consumi di prodotti etici

Fonte: elaborazioni Osservatorio Farmaci su dati Ims Health, Ministero Salute e Federfarma

pensione al consumo di farmaci da banco, modificassero il proprio orientamento, riducendo del 50% la distanza dal livello di consumo medio nazionale di farmaci da banco.

È chiaro che azioni mirate a indirizzare la domanda, come quelle di sensibilizzazione dei medici e dei pazienti all'utilizzo di farmaci da banco per patologie minori, non possono avere la stessa efficacia immediata di misure sull'offerta, come il taglio dei prezzi. Tuttavia l'investimento sulla domanda, oltre che rendere partecipi e quindi responsabilizzare tutti i soggetti del mercato, consente un maggiore governo nel medio-lungo periodo della spesa, la possibilità di ricavare risorse dal risparmio per poter rendere accessibili farmaci innovativi e costosi e, in ultima istanza, rendere più efficiente l'allocatione di risorse in sanità. Una maggiore attenzione nei confronti del comparto dei farmaci Sop rappresenta uno dei tasselli di tale politica.

Note

1. Lo studio è stato condotto dall'Osservatorio Farmaci del CERGAS, Università Bocconi, in collaborazione con IMS Health (che ha fornito i dati di mercato), l'Università degli Studi di Milano (Facoltà di Medicina e Chirurgia) (ai fini dell'individuazione dell'elenco delle diagnosi associabili alle patologie minori). Hanno inoltre collaborato alla definizione delle potenzialità di spostamento dei consumi dal comparto etico a quello dei farmaci senza obbligo di prescrizione Germano Bettoncelli, Alberto Bozzani e Pierangelo Lora Aprile di SIMG (Società Italiana di Medicina Generale). Lo studio è stato finanziato da ANIFA (Associazione Nazionale delle Industrie Farmaceutiche di Automedicazione).
2. Si fa riferimento ai Paesi Ue-15 (sono esclusi dall'analisi i paesi entrati nell'Ue nel 2004).
3. La MHRA (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) inglese ha di recente reso più snelle le procedure di *switch* da etico a SOP, prevedendo una graduale estensione della disponibilità di prodotti senza obbligo di prescrizione nel campo della prevenzione del rischio cardiovascolare, del trattamento dell'emicrania cronica, delle patologie gastro-intestinali, delle malattie della pelle, dell'asma e delle malattie dell'occhio; in particolare è stato per la prima volta in Europa approvato lo *switch* della simvastatina 10mg e di omeprazolo (classificati tra i farmaci dispensabili solo in farmacia).
4. Nello specifico sono state selezionate le diagnosi seguenti.
 - *Apparato respiratorio*: J00 rinofaringite acuta/raffreddore comune; J02 faringite acuta; J04 laringite e tracheite acute; J06 infezioni acute in sedi multiple; J10 influenza diagnosticata; J11 influenza non diagnosticata; J20 bronchite acuta; J30 rinite (allergica e vasomotoria); J40 bronchite non specificata.
 - *Apparato digerente*: A08 infezioni virali intestinali e altre infezioni intestinali specificate, A09 diarrea e gastroenterite di presunta origine infettiva, K21 reflusso esofageo, K22, K25 / K28 ulcere gastriche, K29 gastrite; K30 duodenite, K52 altre gastroenteriti e coliti non infettive, K57 diverticoli, K58 sindrome dell'intestino irritabile, K59 altri disturbi di tipo funzionale, K72 insufficienza epatica non classificata, K73 epatite cronica non classificata, K80 colelitiasi, K91 disturbi iatrogeni dell'apparato digerente non classificati altrove.
 - *Analgesia (cefalea e dolore)*: F45 disturbi somatoformi, G44 altre sindromi cefaliche, G97 disturbi iatrogeni del sistema nervoso non classificati altrove, R10 dolori addominali e pelvici, R51 cefalea, R52 dolore non classificato altrove, M40 / M54, M79 dolori muscoloscheletrici, N94 dolori mestruali.
5. I dati si riferiscono alle prescrizioni o terapie suggerite dal medico e non all'automedicazione, in quanto non esistono dati specifici che colleghino le scelte terapeutiche dei pazienti alla diagnosi. Si osserva tuttavia che la prescrizione e la terapia suggerita dal medico rappresentano proprio il *focus* dell'analisi che ha per oggetto le potenzialità di *shift* dall'etico al farmaco Sop.
6. Le classi terapeutiche sono classificate al terzo livello ATC (Classificazione *Anatomic, Therapeutic, Chemical*).
7. Lo *split* dei valori della spesa per farmaci rimborsabili al netto dello sconto a carico delle farmacie (spesa a carico del Ssn, ticket ed acquisto privato di farmaci rimborsabili) è stato effettuato sulla base dei dati medi di mercato 2004 (Osservatorio Farmaci, 2005).

B I B L I O G R A F I A

- AESGP (2005), *Economic and legal framework for non-prescription medicines*, Bruxelles, www.aesgp.be.
- ANDRADE S.E., GURWITZ J.H., FISH L.S. (1999), «The effects of an Rx-to-OTC switch on medication prescribing patterns and utilisation of physician services», *Medical Care*, 37, pp. 424-430.
- ANIFA (2005), *Osservatorio sull'automedicazione. Rapporto 2005*.
- BRADLEY C.P., BOND C. (1995), «Increasing the number of drugs available OTC: arguments for and against», *British Journal of General Practice*, October, pp. 553-556.
- BRASS E.P. (2001), «Changing the status of drugs from prescription to OTC availability», *The New England Journal of Medicine*, 345, pp. 810-816.
- ERWIN J., BRITTEN N., JONES R. (1997), «General practitioners' views on the OTC availability of H2-Antagonists», *British Journal of General Practice*, 47, pp. 99-102.
- GERZELI S., JOMMI C., VILLA S. (2003), «Politiche regionali e variabilità della spesa farmaceutica convenzionata», *Economia Pubblica*, 5, pp. 93-129.
- GUGIATTI A. (1996), «Il consumo di farmaci nelle patologie minori: un'analisi delle prescrizioni mediche», *Mecosan*, 20, pp. 128-134.
- GURWITZ J.H., McLAUGHLIN T.J., FISH L.S. (1995), «The effect of an Rx-to-OTC switch on medication prescribing patterns and utilization of physician services: the case of vaginal antifungal products», *Health Services Research*, 30, pp. 672-685.
- HARRIS B.N., WEST D.S., JOHNSON J., HONG S.H., STOWE C.D. (2004), «Effects on the cost and utilisation of proton pump inhibitors from adding OTC Omeprazole to drug benefit coverage in a state employee health plan», *Journal of Managed Care Pharmacy*, 10, pp. 449-455.
- JEFFERYS M., BROTHERTON J.H.F., CARTWRIGHT A. (1960), «Consumption of medicines on a working-class housing estate», *British Journal of Preventive Social Medicine*, 14, pp. 64-78.
- KNAPP D.A., KNAPP D.E. (1972), «Decision-making and self-medication: preliminary findings», *American Journal of Hospital Pharmacy*, 29, pp. 1004-1010.
- LEIBOWITZ A. (1989), «Substitution between prescribed and OTC Medications», *Medical Care*, 27: pp. 85-94.
- LUNDBERG L., ISACSON D. (1999), «The impact of OTC availability of nasal sprays on sales, prescribing and physician visits», *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17, pp. 41-45.
- OECD (2005), *OECD Health Data 2005*.
- OSSERVATORIO FARMACI, CERGAS, UNIVERSITÀ BOCCONI (2005a), *Report 15, Report annuale per il 2004*.
- OSSERVATORIO FARMACI, CERGAS, UNIVERSITÀ BOCCONI (2005b), *Report 16, Report semestrale per il 2005*.
- OSTER G., HUSE D.M., DELEA T.E., COLDITZ G.A., RICHTER J.M. (1990), «The risks and benefits of an Rx-to-OTC switch», *Medical Care*, 28, pp. 834-852.
- SIHVO S., HEMMINKI E., AHONEN R. (1999), «Physicians' attitude toward reclassifying drugs as OTC», *Medical Care*, 37, pp. 518-525.
- SHIH Y.C.T., PRASAD M., LUCE B.R. (2002), «The effect on social welfare of a switch of second-generation antihistamines from prescription to OTC status: a microeconomic analysis», *Clinical Therapeutics*, 24, pp. 701-716.
- SOLLER S.W. (1998), «Evolution of self-care with OTC Medications», *Clinical Therapeutics*, 20 (Suppl), pp. C134-C140.
- STUMPO B. (2003), «Il marchio di automedicazione: un sistema di valori per il consumatore», in ANIFA, *Il marchio di automedicazione. Una garanzia per il consumatore, un valore per l'impresa*, pp. 1-28, Anifa, Milano.
- SULLIVAN P.W., NICHOL M.B. (2004), «The economic impact of payer policies after Rx-to-OTC switch of second-generation antihistamines», *Value in Health*, 7, pp. 2-12.
- ZECHNICH A.D., GREENLICK M., HAXBY D., MULLOOLY J. (1998), «Elimination of OTC medication coverage in the Oregon Medicaid population», *Medicare*, 36, pp. 1283-1294.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
- 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: 1. La programmazione nelle aziende

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. 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.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno. I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

La Breast Unit nell'Aou «Ospedali Riuniti» di Ancona: un esempio di gestione dei processi

PAOLO MENICHETTI, MAURO MARABINI, VANIA CARIGNANI

In this work, the Hospital «Ospedali Riuniti» of Ancona presents its experience informing a Project Functional Group – GFP- Breast Unit - about the treatment of breast cancer. The target of the multidisciplinary Group of practitioners with a special training in breast cancer, is to guarantee the improvement in the diagnosis, treatment and care of women with breast cancer. The Unit has produced guidelines including the core team, the facilities at the unit, the services offered by each member of the unit. The organization process driven has just produced many results in terms of assistance quality, waiting-time for patient, rationalization in using human and technology resources. It is also an opportunity for the professionals to improve their knowledge in breast cancer and to develop the university research.

Note sugli autori

Paolo Menichetti è Direttore Generale, Mauro Marabini è Direttore Sanitario, Vania Carignani è Dirigente Amministrativo presso il servizio Piani e Programmi Strategici dell'Azienda Ospedaliera Universitaria «Ospedali Riuniti Umberto I, G.M. Lancisi, G. Salesi» di Ancona

1. Il modello regionale Hub & Spoke e le scelte aziendali per la specialità oncologica

La particolare configurazione assunta dal Sistema sanitario regionale Marche, a seguito della L. reg. n. 13/03, presenta l'Azienda sanitaria unica regionale (Asur) con le proprie articolazioni zonali da una parte e due Aziende ospedaliere dall'altra. Il modello teorico di riferimento è quello *Hub & Spoke*. Nel sottoparagrafo che segue, si illustra il ruolo della Azienda ospedaliero-universitaria di Ancona quale perno (*Hub*) nella rete di offerta marchigiana. Nell'ambito di tale ruolo, nel secondo sottoparagrafo, si evidenzia la missione assunta di centro di riferimento regionale per la diagnosi e cura della patologia oncologica mammaria.

1.1. Il ruolo dell'Aou nella rete di offerta marchigiana

L'Azienda ospedaliero-universitaria «Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi» di Ancona svolge, in modo unitario ed inscindibile, funzioni di assistenza, anche ad alta specializzazione, a rilievo nazionale, di didattica e di ricerca, compresa la formazione, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del Servizio sanitario nazionale ed, in particolare, del Servizio sanitario della Regione Marche, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute, e del Sistema Universitario, per il quale contribuisce al raggiungimento delle finalità didattiche e di ricerca.

L'Aou OO.RR., in quanto espressione originale dell'integrazione di due distinti ordinamenti (Servizio Sanitario Regionale

SOMMARIO

1. La missione dell'Aou. di Ancona nel Sistema sanitario regionale
2. La strategia aziendale per l'appropriatezza: l'organizzazione per processi
3. La costituzione del Gruppo funzionale per progetto di Senologia: la Breast Unit nell'Aou OO.RR.
4. I risultati raggiunti e le criticità affrontate
5. Gli sviluppi futuri

e Università), assume un modello organizzativo dinamico ed equilibrato tra le componenti, essendo la specificità di ciascun operatore definita dall'insieme degli obiettivi dell'Azienda, a prescindere dal sistema giuridico di provenienza.

L'Aou OO.RR di Ancona, unica nella Regione Marche con una popolazione di 1.518.780 abitanti nel 2004 quale bacino di riferimento, ha il mandato regionale di costituire il perno della rete ospedaliera regionale, puntando all'eccellenza della risposta assistenziale, in piena collaborazione con il territorio e le altre articolazioni ospedaliere esistenti.

Il modello *Hub & Spoke* prevede modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti integrate con la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (*Hub*), che trattano volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (*Spoke*), che assicurano l'assistenza per la casistica residua. Per le reti integrate che comprendono servizi di alta specialità, il Psr Marche 2003-2005 propone di sperimentare assetti organizzativi ispirati al modello *Hub & Spoke*.

L'organizzazione dei servizi secondo il modello delle Reti Integrate si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi clinici della popolazione di riferimento debbano essere disponibili in qualsiasi punto della rete. In questo modo, il sistema delle relazioni programmato fra le unità produttive permette l'uso più efficace delle risorse disponibili nell'ambito della intera rete, favorire l'equità territoriale attraverso la garanzia di uniformità delle condizioni di accesso a servizi di eguale qualità, sviluppare soluzioni in cui le potenzialità di assistenza sanitaria si estendono oltre ed esorbitano da quelle effettivamente presenti entro i confini di ciascuno dei singoli nodi della rete.

Questo modello di organizzazione adotta come modalità di relazione fra i punti di erogazione la mobilità degli operatori, in luogo della mobilità dei pazienti in funzione della

centralizzazione delle competenze professionali e delle risorse strutturali; rafforza le interdipendenze funzionali fra i servizi presenti nello stesso ambito territoriale, facilitando l'integrazione e la continuità dell'assistenza.

Il risultato auspicato è che sia possibile e utile passare da un'equicapacità produttiva all'equità di accesso a prestazioni di qualità uniforme.

Per ottenere tali obiettivi, è necessario muoversi contemporaneamente nel campo dell'innalzamento della qualità logistica, strumentale e professionale, nonché lavorare per individuare nuove forme organizzative interne, che favoriscano interdisciplinarietà e multiprofessionalità.

1.2. L'Aou OO.RR. *Hub* per la patologia oncologica mammaria

La riorganizzazione della rete di offerta regionale secondo il modello reticolare pone l'Aou di Ancona al centro del modello con funzione *Hub* per alcune importanti specialità tra cui quella oncologica. Secondo tale impostazione, come si ha modo di approfondire nel proseguo del lavoro, l'Aou di Ancona, con riferimento specifico alla specialistica oncologica, ed in particolare quella mammaria, assume il ruolo di centro di riferimento regionale (*Hub*) per lo sviluppo dell'attività diagnostica pre-operatoria e terapeutica post-operatoria. L'attività chirurgica rimane un'attività di rete (*Spoke*) almeno per la casistica non interessata da trattamenti di particolare complessità e specificità. Per l'attività chirurgica svolta nell'ambito della rete va comunque garantita comunanza di intenti e di percorsi assistenziali al fine di assicurare che la paziente affetta da problema oncologico, possa accedere al centro di riferimento se necessario, indipendentemente dal punto di accesso periferico. Di qui, l'importanza di adottare un modello organizzativo trasversale in grado di permettere lo sviluppo e l'implementazione di una attività altamente specialistica e di eccellenza quale quella oncologica mammaria.

L'Aou OO.RR., dunque, quale centro di riferimento regionale per la diagnosi e cura della patologia oncologica mammaria, ha sviluppato e consolidato nel tempo un'intensa attività riconducibile sia all'assistenza sia

alla ricerca, stante la sua vocazione universitaria.

Alcuni dati significativi testimoniano la reale capacità dell'azienda di fungere da polo specialistico regionale.

I dati di attività della struttura complessa di Anatomia ed istologia patologica dal 2002 al 2004, documentano una crescita di circa il 10% dei referti di patologia mammaria ed un numero di nuovi casi di carcinoma mammario annui pari a circa 680. La collaborazione esistente da anni tra l'Azienda Ospedali Riuniti e gli Ospedali del territorio regionale è confermata dalla percentuale di carcinomi mammari infiltranti ed *in situ* diagnosticati di provenienza dal territorio regionale. Infatti, attualmente il 51,4% di tali diagnosi è formulato per campioni prelevati da pazienti esterni all'azienda e assunti in carico da altre strutture del Ssr.

Peraltro, con la costituzione del Gruppo funzionale per progetto di Senologia, di seguito approfondito, si è ritenuto di dover assicurare alle altre Uo di Anatomia patologica regionali e a tutti gli specialisti oncologici della Regione, la determinazione della amplificazione genica dell'oncogene HER-2 sia per selezionare le pazienti da sottoporre a protocolli terapeutici particolarmente impegnativi sul piano clinico ed ad elevato assorbimento di risorse sia perché la struttura di Anatomia ed istologia patologica di Ancona è l'unica a disporre della strumentazione necessaria, di competenze tecniche adeguate e di livelli quantitativi di casistica sufficienti a garantire la affidabilità e riproducibilità delle determinazioni¹.

Il livello di collaborazione tra patologi e clinici, ed in particolare tra oncologi regionali, si è sviluppato nel tempo, modificandosi radicalmente rispetto al passato quanto a tempestività e regolarità di attuazione del percorso diagnostico-terapeutico nei casi trattati nell'Azienda Ospedali Riuniti.

Per quanto riguarda l'attività diagnostica radiologica, la statistica degli esami della mammella relativa all'anno 2004 mostra dei numeri interessanti. Infatti, sono state eseguite:

13.580 mammografie, 9.836 ecografie mammarie, 1.225 indagini interventistiche, 529 risonanze magnetiche, 177 biopsie eco-

guidate, 36 galattografie e 16 esami stereotassici.

Con riferimento specifico agli interventi di mastectomia totale per neoplasie maligne complesse, il 27% della casistica relativa alle marchigiane viene trattata presso la Aou. Una percentuale del 30% si conferma anche per quanto riguarda l'insieme dei Drg per mastectomia (totale e sub totale) sul totale delle marchigiane dimesse. Il dato relativo al numero di mastectomie subtotali per neoplasie maligne, senza cc può essere interpretato come il risultato di un buon livello di screening e di informazione alla popolazione che ha permesso una diagnosi precoce e, dunque, un intervento chirurgico conservativo.

Nel complesso, i dati mostrano la capacità dell'Azienda di soddisfare ampiamente le esigenze del territorio marchigiano. Infatti, circa il 37% delle dimissioni per i Drg in oggetto all'interno della Regione vengono effettuate dalla Aou.

L'altro elemento significativo come indicatore di qualità ed appropriatezza dell'assistenza indotta dalla costituzione della Breast Unit, riguarda la degenza media per i Drg sopra indicati. La degenza media degli Ospedali Riuniti è nettamente inferiore alla media regionale.

Infine, in merito all'attività oncologica, si rilevano n. 370 nuovi casi annui di pazienti trattati di cui 210 trattate con chemioterapia con un incremento percentuale rispetto all'anno precedente del 15%, 150 trattate con ormonoterapia e 10 nuove pazienti non trattate.

Dunque, se è vero che l'Azienda Ospedali Riuniti rappresenta un punto di riferimento regionale quanto all'attività assistenziale connessa con la cura della patologia mammaria, si conferma centro di riferimento questa volta non solo regionale, ma nazionale ed internazionale, per quanto riguarda la ricerca nel campo della oncologia mammaria. La **tabella 1** illustra l'attività di sperimentazione clinica in atto presso la clinica oncologica dell'Aou OO.RR.

I dati attualmente disponibili già dimostrano come la costituzione di un gruppo multidisciplinare e interprofessionale rappresenti un punto di eccellenza per la cura del carcinoma

Tabella 1

Protocolli di sperimentazioni clinica in materia di oncologia mammaria

PROTOCOLLO	SEDE	PAZIENTI	TRATTAMENTO	OBIETTIVI
1839IL/0536 ASTRA ZENECA Fase II randomizzato	Mammella neoadiuvante	1. Ca mammario primario (> = 2 cm) 2. Stadio II e IIa operabile	Epirubicina 90 mg/mq d1 + Paclitaxel 175 mg/mq d1 q21 + Braccio A: Iressa 250 mg/die dal giorno 5 al giorno 16 della CT vs Braccio B: Iressa 250 mg/die tutti i gg della CT vs Braccio C: Placebo 1 cpr tutti i gg della CT	1. Differenza nelle % di cell tumorali + a MAPK prima e dopo Iressa + CT 2. Variazioni % di EGFR, Ki67, VEGFr
CFEM345D2405 ZO-FAST ADIUV NOVARTIS CE 203123 Fase III	Mammella adiuvante	1. Stadio I - II - IIIa operato 2. Postmenopausa 3. ER+ e/o PgR+	Femara 2,5 mg/die x 5 aa + Zometa ogni 6 mesi dal g 1 vs Femara 2,5 mg/die x 5 aa + Zometa in caso di frattura o riduz BMD	1. Modificazioni BMD 2. Incidenza fratture 3. Tollerabilità 4. TTP
TA-XEL Iacobelli – Chieti CE 203077 Fase II randomizzato	Mammella metastatica	1. M1 2. Prima linea	A. Docetaxel 36 mg/mq gg 1-8-15 q28 + Capecitabina 1250 mg/mq da g 5 a g 18 vs B. Docetaxel 75 mg/mq g1 q21 + Capecitabina 1900 mg/mq da g 1 a g 14	1. Efficacia 2. Tollerabilità
3066 A1303-WW303 Fase III, doppio cieco Wyet Lederle	Mammella metastatica	1. Ca mammario metastatico o localmente avanzato 2. Post-menopausa 3. RE+ e/o RP+	Letrozolo 2.5 mg/die + CCI-779 30 mg/die vs placebo per os x 5 gg q14 gg	1. PFS 2. TTP, TTF 3. RR 4. OS
CA 163-046 Epothilone Bristol Fase III	Mammella metastatica	1. M1 o localmente avanzato non suscettibile di CHIR o RT 2. 2-3 Precedenti CT con Antraciclina e Taxani	BMS-247550 (Epothilone) 40 mg/mq ogni 21 gg + Capecitabina 2000 mg/mq/die x 14 gg ogni 21 gg vs Capecitabina 2500 mg/mq/die x 14 gg ogni 21 gg	1. TTP 2. OS 3. RR 4. Tempo alla risp. e durata risp., tollerabilità, sintomi
AMGEN 20040113 Fase II	Mammella metastatica	1. Ca mammario 2. Meta ossee 3. Eventuale CT o ormonot.	AMG 162 30 mg, 120 mg o 180 mg q 4wk o 60 mg o 180 mg q 12 wk	1. Variazione metabolismo osseo 2. Incidenza di fratture, RT e chirurgia 3. Incidenza di ipercalcemia 4. Comparsa nuove meta ossee 5. Risposta
L017 (Myocet) ELAN PHARMA Fase II CE 204291	Mammella metastatica	1. Ca mammario metastatico 2. Età < 70 aa 3. Iperespressione HER-2/neu 4. Prima linea	Myocet g 1 + Docetaxel 30 gg 2 e 9 + Herceptin g 2 q 21 gg	1. MTD 2. RR 3. Sicurezza e tollerabilità
HERCEPTIN + EPIRUBICINA Iacobelli - CINBO CE 203075 Fase II	Mammella metastatica	1. M1 2. HER2-neu overexpression	Herceptin 1 mg/kg/sett + Epirubicina 90 mg/mq g 1 q21	1. Attività 2. Cardiotossicità 3. Farmacocinetica 4. PFS, OS
B9E-IT-5376 (CE 205564) Fase III LILLY	Mammella metastatica	1. Ca mammario M1 2. Prec. CT adiuv. o neoadiuv + di 12 mesi prima con antracicline o senza solo se controindicate 3. < = 2 precedenti linee ormonali 4. No CT x M1 5. No HER/2 +	Braccio A: DOCETAXEL 75 g 1 + GEM 1000 gg 1-8 q21 vs Braccio B: TAXOL 175 g 1 + GEM 1250 gg 1-8 q21 vs Braccio C: DOCETAXEL 30 + GEM 800 gg 1-8-15 q28 vs Braccio D: TAXOL 80 + GEM 800 gg 1-8-15 q28	1. TTP 2. Risposta, OS, Tox, QoL

mammario nella Regione Marche e, dunque, una scelta strategica vincente per l'Azienda.

La scelta di procedere con la definizione di un polo sempre più qualificato e di eccellenza in merito alla cura del carcinoma mammario induce ad una rivisitazione dell'intera offerta assistenziale regionale. Le interconnessioni tra il polo della rete e i nodi della stessa sono in parte definiti all'interno del protocollo clinico-organizzativo dell'assistenza senologica, descritto in modo approfondito di seguito. Qui basti sottolineare che l'obiettivo di medio termine più ambizioso è rappresentato dalla prospettiva di utilizzare le documentate potenzialità operative e di proposta che i gruppi multidisciplinari² possono esprimere per raggiungere una capacità di collaborazione sul territorio regionale sufficiente a garantire una omogeneità di comportamento clinico che consenta di ottenere i risultati attesi e di proporre soluzioni originali ed innovative.

2. La strategia aziendale per l'appropriatezza: l'organizzazione per processi

Le mutate esigenze di organizzazione complessiva del servizio sanitario regionale necessitano dello sviluppo di processi trasversali, di centralizzazione ed integrazione tra le strutture della rete.

A ciò si aggiungono esigenze di razionalizzazione del Ssn, efficienza gestionale e qualità dell'assistenza, che ugualmente impongono in sanità nuovi orientamenti strategici aziendali. Essi devono basarsi su processi di riorganizzazione interna, finalizzati ad individuare soluzioni organizzative e sistemi gestionali innovativi, in grado di coniugare gli obiettivi di efficacia clinica con quelli di efficienza e flessibilità. L'organizzazione per processi, intesa come insieme di attività interfunzionali, finalizzate alla predisposizione del servizio per l'utente e coordinate attraverso flussi informativi principalmente orizzontali, rappresenta una soluzione agli attuali problemi aziendali.

Dunque, a livello aziendale, la strategia non può che rivolgersi ad una nuova organizzazione delle attività per processi, finalizzata a perseguire elevati livelli di appropriatezza dell'offerta e soddisfacimento della domanda.

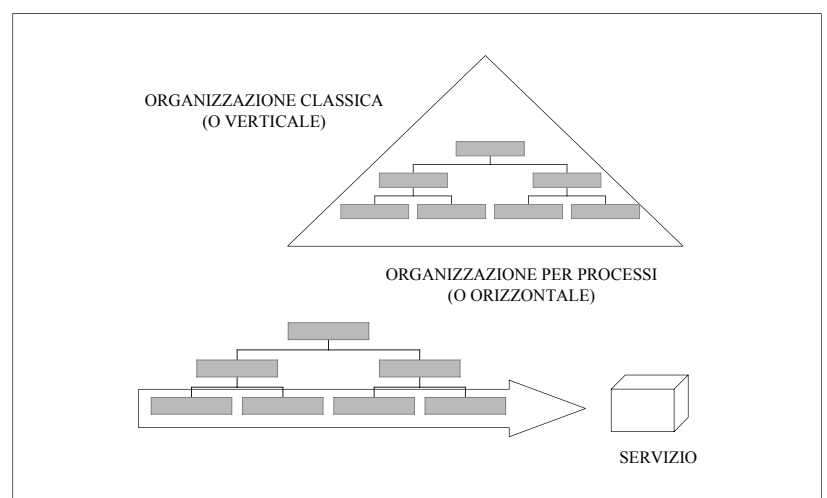
L'attenzione si sposta da un'organizzazione verticale per strutture, ad un'organizzazione orizzontale per processi interrelati in grado di creare valore (figura 1). Il modello organizzativo per processi muta profondamente la logica di gestione, orientandola verso la valorizzazione delle forme di interrelazione e coordinamento non gerarchici.

L'organizzazione *process driven* si caratterizza per alcuni principi e valori di fondo, quali: centralità del concetto di utente, interno ed esterno; importanza dell'output del processo; focalizzazione dell'attenzione oltre che sull'efficienza economica anche e soprattutto sull'efficacia organizzativa; ragionare in relazione ai flussi di attività che attraversano le unità organizzative singole; semplicità organizzativa, che consente di perseguire obiettivi di riduzione dei tempi e dei costi, di incremento della capacità di risposta agli stimoli esterni, di aumento dell'efficacia attraverso l'eliminazione delle attività che in un processo non generano valore.

Il fondamentale obiettivo e valore di una gestione per processi è quello di permettere una valutazione continua del comportamento dei professionisti e dell'organizzazione nel suo complesso, con il conseguente riposizionamento in presenza di situazioni migliorabili.

Va, inoltre, considerato che la spinta verso il *process driven* ha un'indubbia motivazione scientifica e culturale: lo sviluppo di conoscenze sempre più approfondite nei vari settori della medicina, infatti, ha reso evidente l'impossibilità per il singolo specialista di

Figura 1
L'organizzazione aziendale per processi



farsi carico delle problematiche assistenziali di un cittadino, che sono complesse e che rendono, dunque, obbligatoria un'organizzazione trasversale, comunicante, tale da favorire l'interdisciplinarietà.

In tale contesto si inserisce, sul piano organizzativo, l'approccio alla costituzione di Gruppi funzionali per progetto (Gfp), un approccio basato sui processi e, quindi, orientato ad un'organizzazione orizzontale delle attività, rispetto alla organizzazione tradizionale verticale per strutture. Le attività assistenziali possono essere raggruppate, in base agli obiettivi determinati nella programmazione aziendale, all'interno dei Dipartimenti assistenziali integrati (Ospedale-Università) o tra i Dipartimenti stessi, in coordinamenti, denominati Gruppi funzionali per progetto, per motivi di funzionalità organizzativa, di migliore definizione del percorso assistenziale, di specificità scientifica o didattica. I Gruppi funzionali per progetto coordinano, in particolare, attività afferenti a percorsi assistenziali omogenei o comunque rispondenti ad una migliore utilizzazione delle risorse. Essi possono essere costituiti anche per il migliore coordinamento dei maggiori processi assistenziali, tenuto conto della complessità organizzativa (dimensione dei processi integrati), della condivisione di alte tecnologie, dell'effetto sinergico del lavoro multidisciplinare e della maggiore attenzione alla qualità percepita dal paziente.

Il processo organizzativo strategico ha come base l'insieme sinergico di dipartimenti e di unità operative che, sulla base di protocolli e attraverso l'interdisciplinarietà, l'integrazione di competenze professionali e di risorse, garantisce il più appropriato percorso diagnostico-terapeutico per la cura di particolari patologie o il soddisfacimento di bisogni assistenziali.

I Gfp sono organizzazioni funzionali di operatori che si uniscono al di là del loro inserimento strutturale per dare la migliore risposta possibile ad un progetto assistenziale.

Una volta costituito, il Gfp rappresenta, a tutti gli effetti, un'articolazione organizzativa dell'azienda, dotata di autonomia funzionale, gestionale e di risorse. Esso, per il suo funzionamento utilizza strumenti operativi propri, quali percorsi clinici ed organizzativi con i relativi strumenti di controllo della qualità dell'assistenza.

Il Responsabile del gruppo di professionisti è il Coordinatore del Gruppo funzionale per progetto.

Il Coordinatore del Gfp dirige il gruppo gestendo sia i contenuti del processo assistenziale, attraverso la definizione di procedure, fasi, responsabilità e tempistica sia le risorse necessarie, da reperire nell'ambito di quelle assegnate alle strutture complesse (SOD) coinvolte nel Gfp. Egli risponde degli obiettivi concordati e delle risorse assegnate, al Direttore del Dipartimento in caso di gruppo infradipartimentale e al Direttore del Dipartimento individuato dal Direttore sanitario in caso di gruppo interdipartimentale. Le risorse a disposizione del Gfp sono parte delle risorse assegnate alle SOD coinvolte. In particolare, per i gruppi funzionali a carattere intradipartimentale, le risorse saranno definite all'interno del Dipartimento, ribaltando parte di quelle assegnate alle strutture complesse; nel caso di Gfp interdipartimentale, le risorse vengono concordate tra Coordinatore di Gfp e Direttore del Dipartimento di riferimento, che si rende garante delle risorse messe a disposizione dagli altri Dipartimenti coinvolti.

Sul piano operativo, a partire dall'anno 2006, i Gruppi funzionali per progetto, in quanto strutture organizzative codificate e pesate, saranno individuati come ulteriori Centri di responsabilità in cui articolare l'azienda e, dunque, oggetto di rendicontazione analitica, nonché soggetti protagonisti nel processo di negoziazione del *budget*. In tal caso la negoziazione di budget avverrà tra Coordinatore del Gfp, Direttore del Dipartimento di riferimento e Direzione generale.

3. La costituzione del Gruppo funzionale per progetto di Senologia: la Breast Unit nell'Aou OO.RR.

Tra le patologie ed i percorsi assistenziali a cui dare risposta attraverso la costituzione di Gruppi funzionali per progetto, è stato prioritariamente individuata quella oncologica mammaria, per i motivi sopra esposti, tramite la costituzione del Gruppo funzionale per progetto di Senologia (GfpS) – denominato Breast Unit – presso l'Aou «Ospedali Riuniti» di Ancona³.

Nel 1999, l'EUropean SOciety Of MAstology ha definito i requisiti essenziali per

istituire in tutta Europa, *Breast Cancer Unit* di alta qualità.

L'EUropean SOciety of MAnagement (EUSOMA) ha definito la «massa critica» di una Breast Unit. La dimensione minima prevista è individuata in un numero di nuovi casi diagnosticati l'anno a qualsiasi anno di età e a qualsiasi stadio pari a 150. Tale requisito dimensionale permette di garantire una casistica sufficiente a mantenere elevato il livello di specializzazione dei professionisti oltre che assicurare un buon rapporto costo-efficacia della Unità.

Quanto al bacino di utenza che giustifica la costituzione di una Breast Unit esso è stimato in 250-350mila abitanti.

In considerazione della dimensione regionale della capacità attrattiva dell'Aou tali parametri risultano ampiamente rispettati.

3.1. Gli obiettivi

Le motivazioni che hanno indotto l'Azienda a costituire il Gfp di Senologia sono molteplici.

In primo luogo, il forte impatto sociale della patologia neoplastica della mammella, con la necessità e l'obbligo di fornire una risposta assistenziale unica ed integrata alle pazienti.

In secondo luogo, la vocazione universitaria dell'Azienda che impone di creare un'organizzazione in grado di accogliere ed applicare le nuove metodologie che la ricerca propone. Da ciò consegue che la costituzione della Breast Unit rappresenta un bacino di casi di informazioni di valore inestimabile per lo sviluppo della ricerca scientifica sulla patologia mammaria.

A ciò si aggiunge che, nella logica di sistema regionale, l'affermazione della Breast Unit assume il carattere della obbligatorietà, in quanto, come già evidenziato, l'Aou è da considerarsi indiscutibilmente *Hub* per le principali professionalità coinvolte nel percorso diagnostico-terapeutico e soprattutto per la compresenza, all'interno della Azienda, delle numerose professionalità impegnate nel percorso assistenziale.

In tal senso, la Breast Unit costituisce un'opportunità di crescita professionale per tutto il personale universitario, ma anche ospedaliero, in grado di valorizzare e far emergere le eccellenze professionali.

Infine, la gestione del processo in tutta la sua completezza e secondo un programma codificato a priori, dovrebbe permettere di ottenere economie ed appropriatezza nell'uso delle risorse umane, tecnologiche e strutturali a disposizione.

3.2. L'organizzazione della Breast Unit

Nel Gruppo funzionale di Senologia operano specialisti universitari ed ospedalieri, afferenti a molte e diverse strutture complesse:

- chirurgia generale;
- clinica chirurgica;
- clinica di chirurgia generale e metodologia chirurgica;
- anestesia e rianimazione;
- radiologia (clinica e divisione);
- anatomia e istologia patologica;
- citopatologia diagnostica;
- oncologia medica (clinica e divisione);
- medicina nucleare;
- radioterapia;
- chirurgia plastica;
- neuroriabilitazione;
- medicina riabilitativa;
- ginecologia;
- psicologia clinica.

Di fatto, la Breast Unit taglia trasversalmente diversi Dipartimenti ad attività integrata: chirurgia generale e specialità chirurgiche; oncoematologia; scienze neurologiche mediche e chirurgiche; scienze radiologiche, emergenza, materno neo-natale, medicina interna, malattie immunologiche, allergiche e respiratorie.

Essendo il GfpS interdipartimentale, il Dipartimento di riferimento è quello di oncoematologia.

Il GfpS mira ad organizzare l'assistenza senologica, garantendo l'appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico e la continuità assistenziale nei vari momenti (diagnosi, trattamento, *follow up* e palliazione dei sintomi), tenendo conto dei molteplici aspetti che caratterizzano la cura del tumore della mammella, da quelli medici a quelli psicologici, come anche economici.

Il Gruppo è articolato in tre sottogruppi funzionali, al fine di poter svolgere, in modo più efficiente, soprattutto il lavoro di *audit*

clinico sui casi più complessi: settore diagnostico⁴, settore terapeutico⁵, settore consulente plurispecialistico⁶.

Infatti, la discussione dei casi clinici, garantita da una collaborazione attiva e continuativa tra i componenti del gruppo, e da espletarsi a più riprese durante il programma assistenziale, ha l'obiettivo di fornire alla paziente un percorso rapido e condiviso. Alla conclusione del trattamento chirurgico ed ottenuto il referto dell'esame istopatologico definitivo, il caso clinico viene valutato collegialmente nell'ambito degli incontri operativi periodici del settore terapeutico, che predispone una relazione medica congiunta (chirurgica, oncologica e radioterapica), contenente le conclusioni diagnostiche e la proposta terapeutica condivisa (relazione alla dimissione).

L'attività senologica costituisce impegno ed un obiettivo per ciascuna struttura complessa e Dipartimento coinvolto; come già sottolineato, le risorse del Gruppo funzionale provengono dalle diverse strutture complesse coinvolte nel percorso assistenziale, nelle quali le medesime continuano ad essere incardinate.

Per assicurare un buon funzionamento dell'attività del GfpS e per coordinare ed integrare le varie figure specialistiche, viene individuato un Coordinatore, con disponibilità di personale di segreteria e di personale addetto alla gestione dei dati, per il monitoraggio dell'attività e controllo di qualità. Nello svolgimento dell'attività senologica, i diversi specialisti fanno riferimento, in autonomia tecnico-professionale, al Coordinatore del GfpS, in qualità di garante del percorso definito.

Il GfpS, inoltre, mantiene uno stretto contatto con le altre figure coinvolte nel trattamento delle pazienti:

– il medico di medicina generale (Mmg), il personale infermieristico per l'assistenza sul territorio, l'assistente sociale, i servizi tipo *hospice*, ecc.;

– le Unità operative per le cure palliative (Uocp), composto da personale infermieristico, medici esperti nel trattamento antalgico e nel supporto psicologico, ecc.

Sul piano delle strutture a disposizione per tale attività, si rileva che sono disponibili am-

bulatori e sedute operatorie dedicate, mentre i letti di degenza sono di volta in volta individuati nei Dipartimenti di competenza.

Le pazienti afferiscono ad un'unica lista di attesa, organizzata per categorie secondo criteri di priorità: patologia, età, terapia concomitante, altre motivazioni (sociali, familiari ecc.).

3.3. Gli aspetti comunicativi con la paziente

Particolare attenzione viene riservata alla comunicazione con la paziente. Ciò in quanto una comunicazione chiara ed univoca fra paziente e medico riduce le ripercussioni psicologiche della patologia sulla paziente, sia in fase diagnostica sia in quella terapeutica. In ogni fase del percorso diagnostico-terapeutico la paziente e i parenti, previo consenso della paziente stessa, ricevono una chiara, adeguata e sollecita informazione sulla malattia, sulle procedure diagnostiche, sulle opzioni terapeutiche e sulle loro conseguenze, così da poter partecipare attivamente alle decisioni per il trattamento della malattia. Inoltre, in ogni fase del trattamento, alla paziente viene comunicato a quale componente del GfpS deve riferirsi, (es. chirurgo, oncologo, ecc.).

Nei momenti di maggior impatto emotivo (comunicazione della diagnosi, periodo perioperatorio, consegna del referto istologico) viene offerto un supporto psicologico a tutte le pazienti e se necessario anche ai loro familiari.

Un momento cruciale nei rapporti con la paziente è rappresentato dalla richiesta del consenso al trattamento terapeutico. Ogni paziente, infatti, deve esprimere il proprio consenso informato. Il medico che richiede il consenso deve conoscere a fondo il problema ed essere in grado di rispondere ad ogni domanda. Devono essere fornite informazioni su aspetti tecnici su manovre e terapie proposte, effetti previsti e possibili complicanze. Infatti, un utilizzo corretto del consenso informato mira a preservare il malato dal rischio di veder violato il proprio diritto all'autodeterminazione, oltre che risultare utile al medico in caso di disputa legale successiva ad eventuali danni derivanti alla paziente dalle procedure applicate.

I principali momenti del percorso di diagnosi e cura rispetto ai quali la paziente deve ricevere un'adeguata informazione sono:

- prima delle indagini strumentali, in assenza di sintomi, ai fini di una diagnosi precoce;
- durante la fase investigativa, sia diagnostica che di stadiazione, rispetto agli esami prescritti;
- al momento della comunicazione della diagnosi;
- nella proposta delle opzioni terapeutiche con le loro conseguenze;
- al momento dell'impostazione del *follow up* e durante lo stesso;
- in fase avanzata, con particolare attenzione alla comunicazione dei problemi che possono accompagnare tale fase e sulle loro possibili soluzioni.

3.4. Il principale strumento di lavoro: il percorso clinico-organizzativo

Il gruppo di lavoro dell'Azienda ospedaliero-universitaria «Ospedali Riuniti» di Ancona, costituito allo scopo di coordinare ed armonizzare i profili assistenziali relativi alla patologia mammaria, ha elaborato, sulla base delle raccomandazioni derivate da linee-guida nazionali ed internazionali e delle esperienze maturate, un modello interno clinico-organizzativo per l'assistenza senologica.

È stata definita la sequenza di attività che i singoli professionisti devono espletare per dare completezza e continuità al trattamento sanitario, per ciascuna fase di gestione del problema: diagnostica, terapia chirurgica, biopsia del linfonodo sentinella, chirurgia ricostruttiva, consulenza genetica, anatomia patologica, terapia medica adiuvante, chemioterapia, chemioterapia neoadiuvante, radioterapia, intervento psicologico, riabilitazione, *follow up*, terapia del tumore avanzato, cure palliative.

Di seguito si esplicita il protocollo clinico organizzativo, al fine di illustrare le interrelazioni tra professionisti e strutture interessate nel percorso assistenziale. Il protocollo è articolato per fasi essenziali del processo: diagnostico (**box 1**); chirurgico (**box 2**); consulenza genetica (**box 3**); terapeutico (**box 4**); *follow up* (**box 5**).

Qui merita evidenziare alcuni aspetti oggetto di profonda revisione e miglioramento connessi con l'applicazione della gestione per processi.

In primo luogo, il sistema di prenotazione unico e centralizzato che permette alla paziente entrata in contatto con la Breast Unit di avere un programma di interventi ed esami organizzato, differenziato a seconda che sia una prima prenotazione od un controllo, senza preoccuparsi di dover effettuare da sé le singole prenotazioni.

In secondo luogo, la centralizzazione completa dell'attività diagnostica presso la SOD di radiologia, coordinata dal radiologo e svolta in collaborazione stretta con gli altri specialisti interessati quali, anatomopatologo, chirurgo, oncologo, evitando sovrapposizioni di figure professionali. Infatti, l'integrazione con altre discipline è particolarmente vantaggiosa nei casi di riscontro di patologia, ma non necessaria su donne sane. Ciò permette alla paziente di uscire dal ciclo diagnostico, sostanziatosi nell'integrazione contemporanea ed in modo razionale dell'esame clinico e delle diverse tecniche strumentali (mammografia, ecografia, pneumocistografia, duttogalattografia, risonanza magnetica, scintigrafia mammaria, esame citologico), con una diagnosi definitiva e, se necessario, entrare direttamente nel percorso terapeutico più appropriato, attivato dal radiologo. Molto utile si è rivelato anche il contributo del medico curante, che ha la responsabilità della gestione della salute delle proprie assistite (visita clinica preliminare, informazione e formazione, coordinamento dell'invio all'unità diagnostica, invio di informazioni di ritorno, ecc.).

Terzo aspetto importante derivato dalla programmazione e gestione integrata del processo terapeutico consiste nella collaborazione tra chirurgo, anatomopatologo e radiologo durante l'atto operatorio. A tali figure professionali si aggiunge quella del medico nucleare, quando si tratta di applicare correttamente la metodica del linfonodo sentinella. Infatti, ognuna di queste competenze ha un ruolo fondamentale nelle diverse fasi della procedura dalla corretta identificazione, all'isolamento ed all'esame istopatologico di esso. Solo attraverso l'ottimizzazione di ognuna delle diverse fasi si può raggiungere un adeguato standard di accuratezza.

Box 1

Processo diagnostico

L'attività del Gfp inizia con l'attività diagnostica espletata sia su donne che si presentano spontaneamente, sintomatiche o no, sia su donne selezionate dallo *screening* della Zona Territoriale di pertinenza.

Le prenotazioni inerenti l'attività di radiologia (mammografia, ecografia, prelievi ecoguidati ecc.) sono registrate dal Centro unico per le prenotazioni ambulatoriali (Cup), tramite contatto diretto o telefonico con il personale addetto. Le indagini di risonanza magnetica devono essere prenotate presso la segreteria della Radiologia con la supervisione dello specialista radiologo.

Dal lunedì al sabato, le pazienti con un imprevisto problema senologico possono, senza prenotazione, usufruire di una visita specialistica; le eventuali condizioni di necessità, convalidate dal citopatologo o dal chirurgo, sono gestite immediatamente dal radiologo. Analogo comportamento è assicurato, sempre in tempo reale, anche alle pazienti erroneamente avviate al citopatologo per prelievi che necessitano di essere effettuati sotto guida strumentale.

Le donne che si rivolgono all'unità diagnostica possono essere riunite in 2 gruppi: donne che richiedono per la prima volta accertamenti diagnostici, di qualsiasi età, sintomatiche o meno; donne presunte sane che si sottopongono a controlli periodici di routine.

Le prime seguono un percorso che prevede la visita senologica preliminare e solo successivamente, se necessario, tutti gli altri accertamenti utili ad ottenere la diagnosi definitiva. La successione dei test da eseguire sarà scelta in rapporto al tipo di patologia presunta ed all'età dell'utente.

Nella maggior parte dei casi la visita senologica e la mammografia, o la visita senologica e l'ecografia per le donne di età inferiore ai 35 anni, saranno sufficienti a chiudere l'iter diagnostico. Nelle donne che, in rapporto all'età, dovranno comunque essere sottoposte a mammografia, questa può precedere la visita senologica. Sono predisposte stanze comunicanti in modo che i diversi esami possano essere eseguiti in successione evitando all'utente sia il disagio derivante dal doversi spogliare e rivestire più volte sia, soprattutto, l'ansia derivante dalle attese tra i vari test.

Il referto verrà possibilmente consegnato al termine degli accertamenti, salvo nei casi in cui si rendesse necessario eseguire un prelievo con ago. Al termine degli esami all'utente viene consegnato solo il referto e a richiesta anche la documentazione. La data del successivo controllo ed il percorso da seguire vengono trascritti nel referto.

Nella fase di diagnosi preoperatoria, il ruolo dell'anatomopatologo è previsto anche per l'esecuzione del prelievo e non solo per la lettura del campione. Nelle lesioni palpabili è possibile, infatti, che il prelievo sia eseguito dallo stesso patologo; quando, invece, il prelievo viene condotto con l'ausilio di tecniche di diagnostica per immagini è fondamentale la collaborazione fra anatomopatologo e radiologo. È in ogni caso opportuno che il patologo sia presente al momento del prelievo, con lo scopo di seguire personalmente l'allestimento del preparato, di valutarne l'idoneità e per annotare i dati clinico-anamnestici di maggior utilità ai fini diagnostici (**figura 2**).

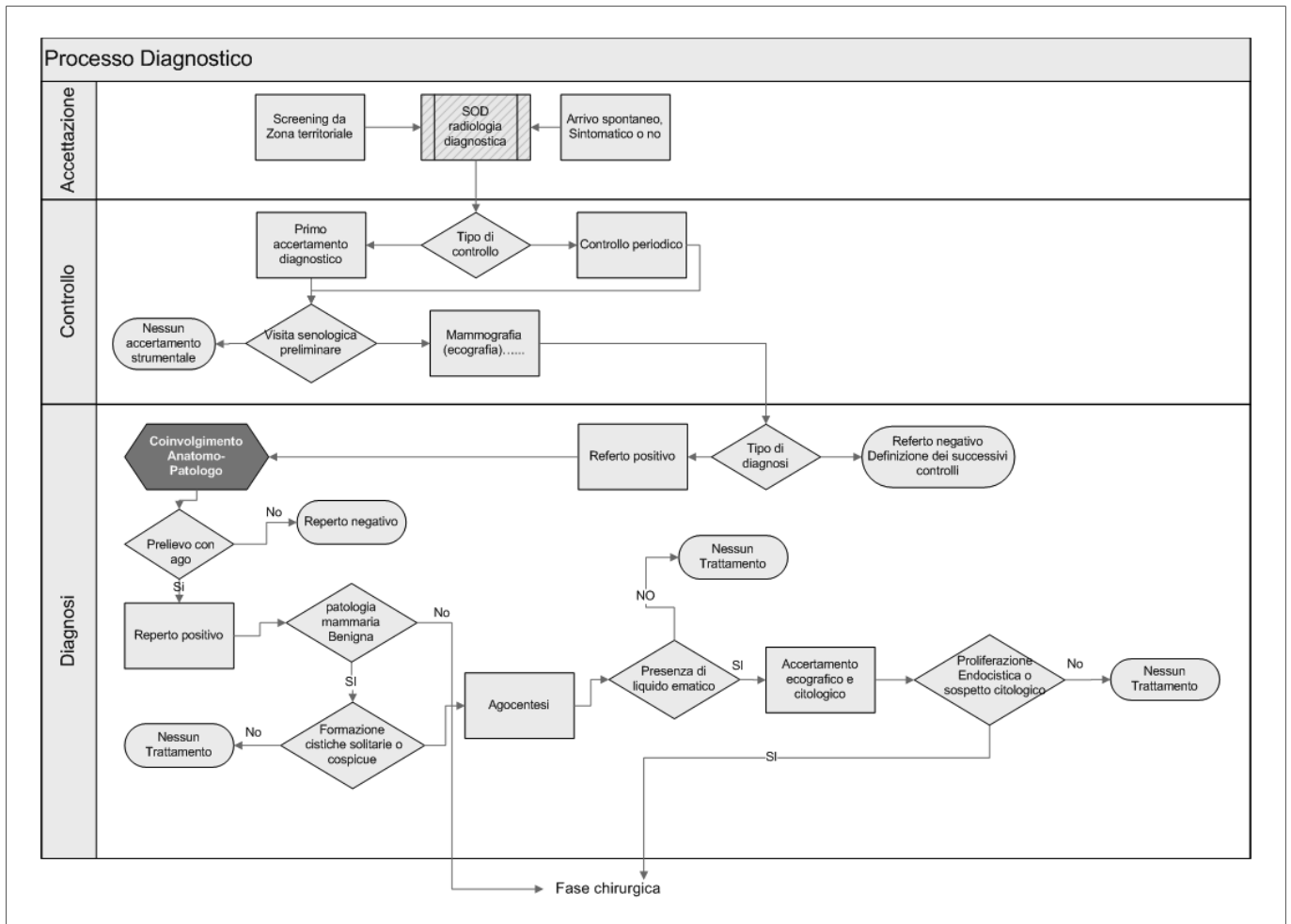
Ulteriori punti di eccellenza sono rappresentati dalla presenza di servizi che si integrano nel percorso assistenziale, attraversandolo orizzontalmente, tra cui quello di consulenza genetica per valutare la probabilità di mutazione genetica nelle pazienti e di consulenza psicologica per assistere le pazienti nei momenti critici.

3.5. Gli strumenti di monitoraggio della qualità

Al fine di sviluppare un monitoraggio costante e metodico della qualità dell'assistenza senologica, in un'ottica di miglioramento

continuo, per ciascuna fase del percorso di cura sono stati scelti specifici indicatori e sono stati proposti standard di riferimento derivati dalla letteratura.

L'elevata qualità dell'approfondimento diagnostico e della terapia rappresenta un aspetto essenziale nel trattamento del cancro della mammella. I benefici dell'anticipazione diagnostica, infatti, potrebbero essere vanificati dall'inadeguatezza procedurale delle fasi successive con gli svantaggi potenziali della identificazione di una lesione asintomatica, in termini di biopsie inutili, ansia indotta e sovratrattamento, elementi questi che devono essere minimizzati dal controllo di qualità



della procedura a tutti i livelli: organizzativo, diagnostico e terapeutico. Standard adeguati di trattamento sono necessari non solo per avere un numero accettabile di recidive, ma anche per garantire buoni risultati estetici ed evitare complicanze invalidanti.

Il GISMa⁷ gruppo multidisciplinare con lo scopo di promuovere e verificare la qualità della terapia dei casi identificati allo screening, ed il Sottogruppo per il Trattamento della Forza operativa nazionale sul Carcinoma della mammella (FONCaM) hanno elaborato un sistema di monitoraggio fondato su una serie di indicatori atti a misurare la qualità del trattamento e a verificare nella pratica clinica l'adesione a quanto raccomandato da documenti di consenso e linee guida nazionali ed europee.

Il protocollo della FONCaM, altri documenti di consenso europei e un'analisi siste-

matica della letteratura sono stati utilizzati per identificare, per ciascuna fase diagnostico-terapeutica, le procedure più corrette e i relativi indicatori. Come supporto al monitoraggio è stata elaborata una scheda computerizzata di raccolta dati denominata «SQTM» che consente di effettuare l'analisi dei dati e il calcolo degli indicatori di qualità. Questo programma è stato raccomandato dalla EUSOMA alle Breast Unit europee come database comune per il monitoraggio della diagnosi e della terapia del cancro mammario.

Gli indicatori proposti sono stati verificati sulla base di caratteristiche di validità (aderenza dell'indicatore agli obiettivi e alle raccomandazioni delle linee guida di riferimento), chiarezza della formulazione, misurabilità e applicabilità. Per ciascun indicatore sono stati definiti dei livelli numerici da raggiungere (*benchmark*), originariamente tratti

Figura 2
Diagramma di flusso
Fase diagnostica

Box 2

Processo chirurgico

Fase terapeutica chirurgica

Le indicazioni terapeutiche chirurgiche nella patologia benigna mammaria (PBM) sono essenzialmente legate al sospetto di malignità o, talvolta, a problemi estetici e psicologici. Interventi di ampia exeresi o di mastectomia sottocutanea in presenza di mammelle policistiche, se eseguiti a puro scopo di prevenzione, non sono giustificati.

La malattia fibrocistica non richiede alcuna forma di trattamento medico o chirurgico. Le formazioni cistiche, se solitarie o di dimensioni cospicue, necessitano di agocentesi: in caso di liquido ematico deve seguire l'accertamento ecografico e citologico. L'intervento chirurgico è indicato nei casi in cui sia documentata una proliferazione endocistica o un sospetto citologico.

In caso di patologia maligna si apre la possibilità ad una serie di interventi chirurgici quali: resezione mammaria limitata (biopsia), resezione ampia, quadrantectomia, mastectomia sottocutanea, mastectomia con risparmio cutaneo, mastectomia totale.

Ogni intervento chirurgico conservativo, sia esso un'ampia escissione od una quadrantectomia, dovrebbe consentire l'exeresi di una porzione più o meno ampia di parenchima mammario con un margine negativo di almeno 1 cm intorno al tumore. Il patologo con l'esame seriato del settore asportato indicherà se i margini di resezione sono interessati dalla infiltrazione neoplastica ed in questo caso per quale estensione, oppure in caso di margine negativo l'esatta distanza di questo dal tumore.

È indispensabile la collaborazione fra chirurgo, anatomopatologo e radiologo durante l'atto operatorio. L'esame intraoperatorio al congelatore ha un ruolo importante nella definizione dell'intervento, ma in alcuni casi può rivelarsi dannoso ai fini di una corretta diagnosi. Lesioni come l'iperplasia duttale atipica, il nodulo sclero-elastotico o radial-scar e le proliferazioni papillari possono essere difficili da interpretare nei preparati ricavati da esami estemporanei. Lesioni non palpabili quali i foci di carcinoma duttale in situ o carcinoma microinvasivo possono andare perduti o subire artefatti, impedendo così la corretta definizione della diagnosi. L'esame intraoperatorio su sezioni criostatiche non deve essere effettuato per le lesioni clinicamente di dimensioni inferiori o uguali a 1 cm.

Biopsia linfonodo sentinella

Gli studi sul valore predittivo del linfonodo sentinella nei confronti di tutti i linfonodi asportati chirurgicamente e gli studi randomizzati che hanno confrontato la dissezione ascellare di routine e la dissezione ascellare sulla base dell'istologia del linfonodo sentinella stanno dimostrando la validità della metodica sia per quanto riguarda il valore predittivo negativo del linfonodo sentinella (LS) nei confronti degli altri linfonodi ascellari asportati, sia per quanto riguarda il valore predittivo positivo. La metodica è in grado di riconoscere un interessamento metastatico anche minimo (micrometastasi) in pazienti con ascella clinicamente negativa. Nel prossimo futuro la metodica del linfonodo sentinella andrà progressivamente diffondendosi nella pratica clinica e sarà applicabile anche in strutture sanitarie periferiche.

L'invio del pezzo operatorio al servizio di anatomia patologica deve seguire definiti principi, quali la non sezione del pezzo in sala operatoria ed il posizionamento di opportuni reperi:

- un reperi che indichi il lato del capezzolo
- un reperi che indichi il livello di cute e fascia muscolare quando queste non vengano asportate.

La chinatura del pezzo prima delle successive manipolazioni ha lo scopo di marcare il tessuto sano circostante ed è di grande utilità per la valutazione dei margini di resezione chirurgica.

Nel caso che il radiologo o il patologo individuino un coinvolgimento dei margini, la rescissione eventualmente decisa dovrebbe essere a sua volta in un unico pezzo, dal lato indicato dal radiologo o dal patologo e nuovamente orientata.

Nel caso in cui il pezzo venga incidentalmente o necessariamente inciso si raccomanda di ricostruirlo con un punto di sutura e segnalarlo al patologo.

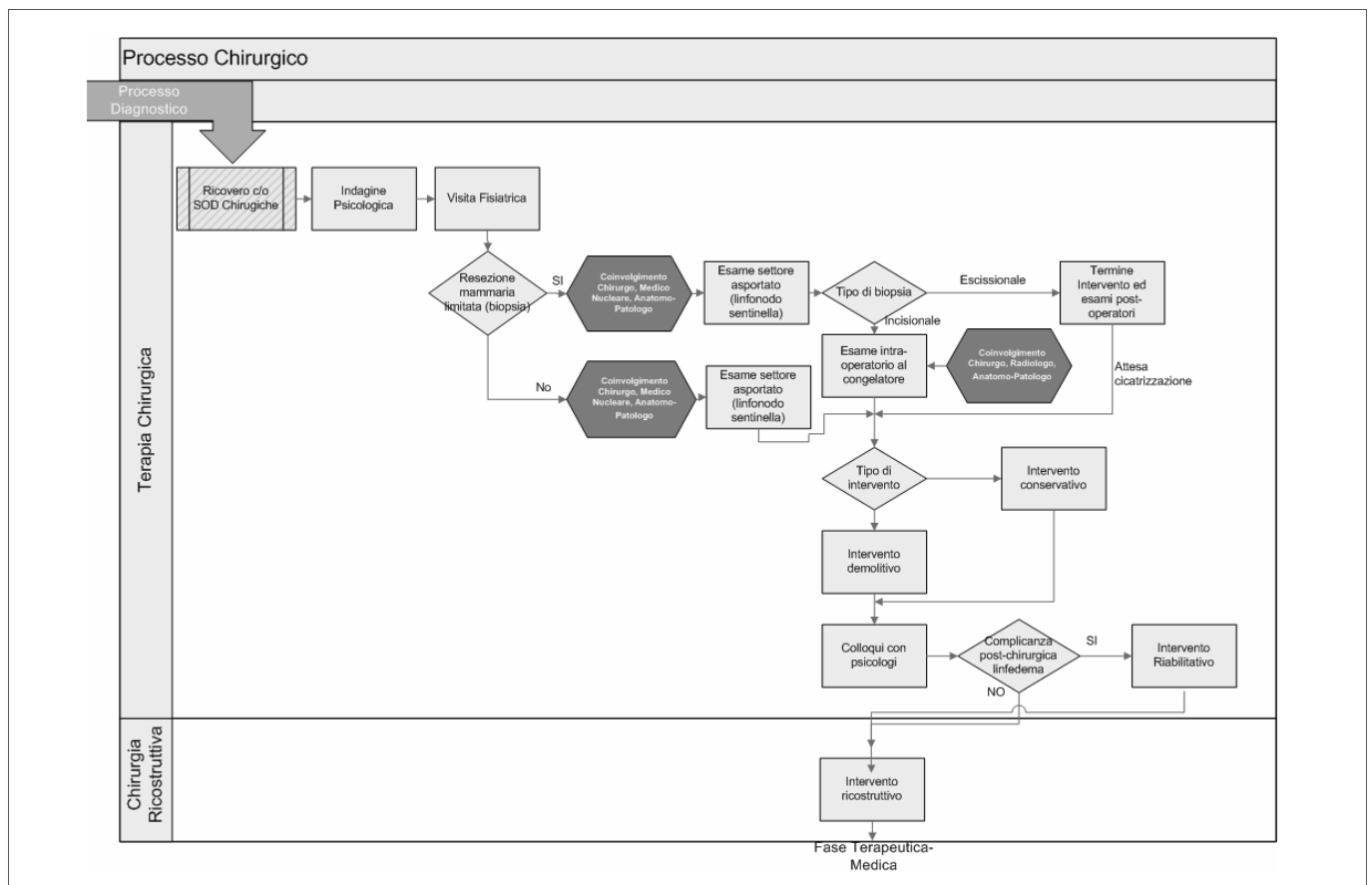
Fase chirurgica ricostruttiva

L'intervento di ricostruzione mammaria ha avuto in questi ultimi anni un notevole impulso. Ciò è dovuto sia al considerevole aumento della domanda, sia alla consapevolezza che l'intervento ricostruttivo non influenza il decorso della malattia e non interferisce con nessuna terapia o in-

segue **Box 2**
Processo chirurgico

indagine che segue l'intervento demolitivo. La ricostruzione mammaria è stata favorita non solo dall'evoluzione delle tecniche di mastectomia ma da scelte terapeutiche che sempre più spesso si avvalgono di interventi conservativi, come quadrantectomia e tumorectomia: proprio in questi tipi di interventi è sempre più frequente la collaborazione fra chirurgo oncologo e chirurgo plastico. Lo sviluppo della chirurgia ricostruttiva ha determinato il progresso delle tecniche già utilizzate, l'introduzione di nuove nonché la progettazione di impianti protesici con forme sempre più sofisticate. Il livello dei risultati estetici della ricostruzione, tuttavia, non può essere confrontato con quello della chirurgia estetica, che opera su mammelle «normali». L'entità della demolizione, determinata dall'asportazione più o meno ampia di tessuti cutanei e/o muscolari, influenza l'esito dell'intervento ricostruttivo. Risultati esteticamente modesti possono essere considerati tecnicamente «buoni» alla luce del fatto che non si può fare di meglio. Tra i fattori che, indipendentemente dalle tecniche utilizzate, influiscono negativamente sul risultato ricostruttivo vi sono la fibrosi periprotetica, le retrazioni cicatriziali, l'aumento o le variazioni del peso della paziente. Le mammelle ricostruite con protesi possono risultare meno naturali rispetto a quelle in cui sono stati utilizzati tessuti autologhi anche in virtù di una maggior «fissità» della protesi nei movimenti del torace. È essenziale che le pazienti conoscano i limiti degli interventi ricostruttivi e che siano informate anche della necessità, non infrequente, di reinterventi in caso di ricostruzioni non soddisfacenti nonché di una adeguata preparazione ed assistenza biomeccanica in caso di grandi trasposizioni. Per quanto riguarda i tempi della ricostruzione, è ormai tendenza generalizzata ricorrere, quando possibile, alla ricostruzione immediata, cioè contestualmente all'intervento di mastectomia. Questo offre alla paziente due grossi vantaggi: 1) attenuare il senso di mutilazione derivante dalla mastectomia; 2) evitare un ulteriore tempo chirurgico (figura 3).

Figura 3
Diagramma di flusso
Fase chirurgica



Box 3

Processo della consulenza genetica

Fase della consulenza genetica

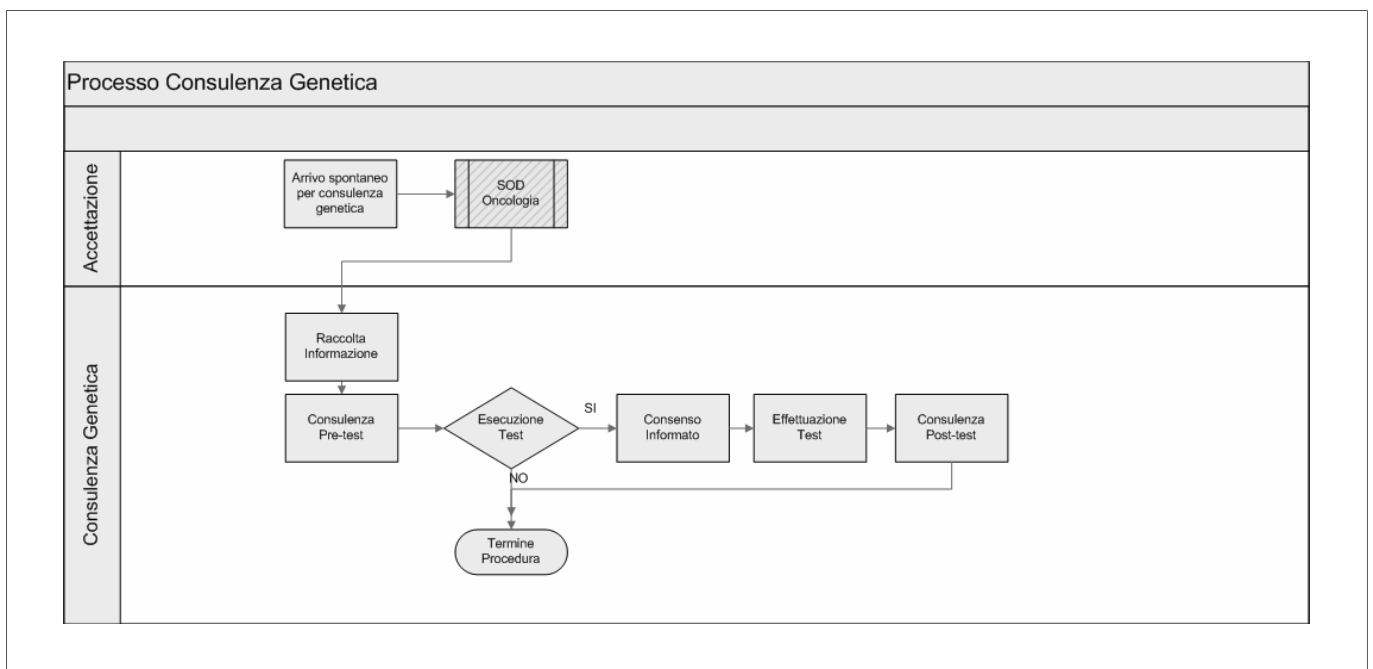
La maggior parte dei tumori alla mammella e all'ovaio è sporadica e solamente circa il 5-10% dei tumori alla mammella e il 10% dei tumori all'ovaio ha un pattern di trasmissione ereditario mendeliano. Un ulteriore 15-20% dei tumori mammari può essere definito familiare, cioè oltre alla paziente presa come indice (probanda) esistono uno o più casi di tumore della mammella nelle parenti di primo o secondo grado, ma manca nella famiglia una trasmissione di tipo mendeliano e l'associazione con altri tumori, come ad esempio quello ovarico. Essere portatori di una mutazione nei geni BRCA1-2, sia il rischio individuale di sviluppare la malattia. Questi modelli sono un utile strumento che assiste l'oncologo nella discussione con il soggetto a rischio (probando) sul livello di rischio e sull'indicazione al test genetico. Questi modelli di predizione prendono in considerazione la relazione tra i parenti affetti da tumore alla mammella e all'ovaio, l'età alla diagnosi e l'età dei parenti non affetti e calcolano la probabilità di mutazione. Da questo consegue la necessità di ottenere una raccolta completa della storia familiare di tutti i consanguinei di primo e secondo grado, compresi i soggetti non affetti, per valutare la probabilità di mutazione genetica nella paziente. La probabilità di mutazione del 10% è considerata la soglia sopra la quale è indicato il test genetico. Per l'accurata valutazione della probabilità di mutazione è opportuno riferire la paziente ad un centro di riferimento oncologico in cui è presente un servizio di consulenza genetica.

La consulenza genetica si articola in diverse fasi: nella prima fase vengono raccolte le informazioni sui parenti di primo e di secondo grado disegnando l'albero genealogico della famiglia (pedigree) che comprenda almeno tre generazioni; si valuta quindi la probabilità che sia presente una mutazione di BRCA1 e 2 con l'aiuto di modelli statistici computerizzati (BRCAPRO). Per i soggetti eleggibili (probabilità BRCAPRO > 10% o che rientrano nei criteri di selezione sopraelencati) si programma una sessione di consulenza pre-test per fornire nozioni di genetica di base, discutere gli aspetti tecnici e i limiti del test genetico e le sue implicazioni (mediante anche l'utilizzo di materiale visivo).

La fase pre-test può essere seguita da un periodo di riflessione in cui il soggetto decide se effettuare il test genetico. Se il soggetto decide di essere sottoposto al test deve firmare un consenso informato che si articola in più fasi. Una volta che il risultato del test genetico sia pronto questo viene comunicato durante una fase di consulenza post-test, che include il programma personalizzato di controlli e prevenzione (figura 4).

Figura 4

Diagramma di flusso Fase consulenza genetica



Box 4

Processo terapeutico
medico

Fase della terapia medica adiuvante

La terapia medica adiuvante è la terapia che si effettua dopo trattamento chirurgico curativo allo scopo di ridurre il rischio di ricaduta di malattia, aumentare la sopravvivenza e fare in modo che il maggior numero possibile di pazienti risultino guarite; trova oggi indicazione nella quasi totalità di pazienti con carcinoma mammario in stadio precoce; può consistere in un trattamento di tipo ormonale, chemioterapico, o di combinazione, chemio-ormonoterapico.

L'oncologo medico che opera all'interno di una Unità di Senologia, attraverso una discussione critica con gli altri specialisti dell'Unità coinvolti, deve in tempi stretti condensare le conoscenze che derivano dalle analisi di migliaia di pazienti e trasferirle in una decisione personalizzata che si basi su almeno quattro elementi di giudizio:

- valutazione del rischio di ripresa della malattia;
- individuazione del trattamento teoricamente identificabile come «gold standard» per ogni specifico caso;
- adattamento ad ogni singola paziente del trattamento considerato ottimale;
- valutazione delle aspettative e dei desideri della paziente, attraverso un'ampia discussione e una puntuale informazione circa il bilancio costi/benefici della terapia proposta.

Nel trattamento del tumore della mammella la radioterapia viene utilizzata dopo la chirurgia conservativa e talora, dopo quella demolitiva, allo scopo di ottenere un maggiore controllo locale della malattia. È dimostrata infatti l'utilità del trattamento radioterapico adiuvante nella riduzione di 2/3 delle recidive locali ed in certi casi nell'influenzare favorevolmente la sopravvivenza.

Per permettere una corretta programmazione del trattamento è necessario che le pazienti vengano sottoposte a valutazione radioterapica già al momento in cui viene formulato il programma terapeutico globale.

Sostegno psicologico

Prima del ricovero lo Psicologo incontra le pazienti nella SOD di Chirurgia per un approccio preliminare. Il colloquio, a valenza conoscitiva, esplora l'assetto personale, eventuali psicopatologie pregresse, meccanismi di difesa, strategie di *coping*, ecc.

Si somministrano le scale S.A.D. (Scala di Autovalutazione della Depressione) e S.T.A.I. (*State-Trait Anxiety Inventory*).

Nella fase di degenza post-operatoria si svolgono più colloqui nella SOD di Chirurgia e si somministra il Questionario di personalità MMPI-2. Dopo la dimissione, i colloqui continuano durante il periodo delle medicazioni.

Al momento della consegna del referto istologico, lo psicologo informa le pazienti, soprattutto in caso di intervento radiante o chemioterapico, della possibilità di usufruire, nell'ambito della SOD di Oncologia di sedute di sostegno.

Nel caso di assenso, si prevedono:

- a) colloqui di sostegno durante il periodo di chemioterapia;
- b) colloqui di sostegno durante il periodo di riabilitazione.

Ultimato l'intero percorso si prevede, per quante ne vorranno usufruire, la possibilità di partecipare ad un gruppo psicoterapico aperto, per la elaborazione dei propri vissuti.

Fase della riabilitazione

L'intervento riabilitativo riveste anche una particolare valenza psicologica oltre che di recupero funzionale, in quanto consente alla donna di affrontare meglio il trauma subito. Esso si avvale di un momento preoperatorio (attraverso la valutazione fisiatrica, il trattamento delle eventuali rigidità articolari e il miglioramento delle capacità ventilatorie) e di uno nell'immediato postoperatorio al fine di favorire la mobilizzazione precoce, la prevenzione e il trattamento delle varie complicanze e in particolare del linfedema.

La presa in carico, da parte dell'equipe riabilitativa, consente di monitorare la paziente nel tempo e di impostare e modulare il trattamento in funzione delle complicanze che possono insorgere legate all'intervento e alla malattia evolutiva (figura 5).

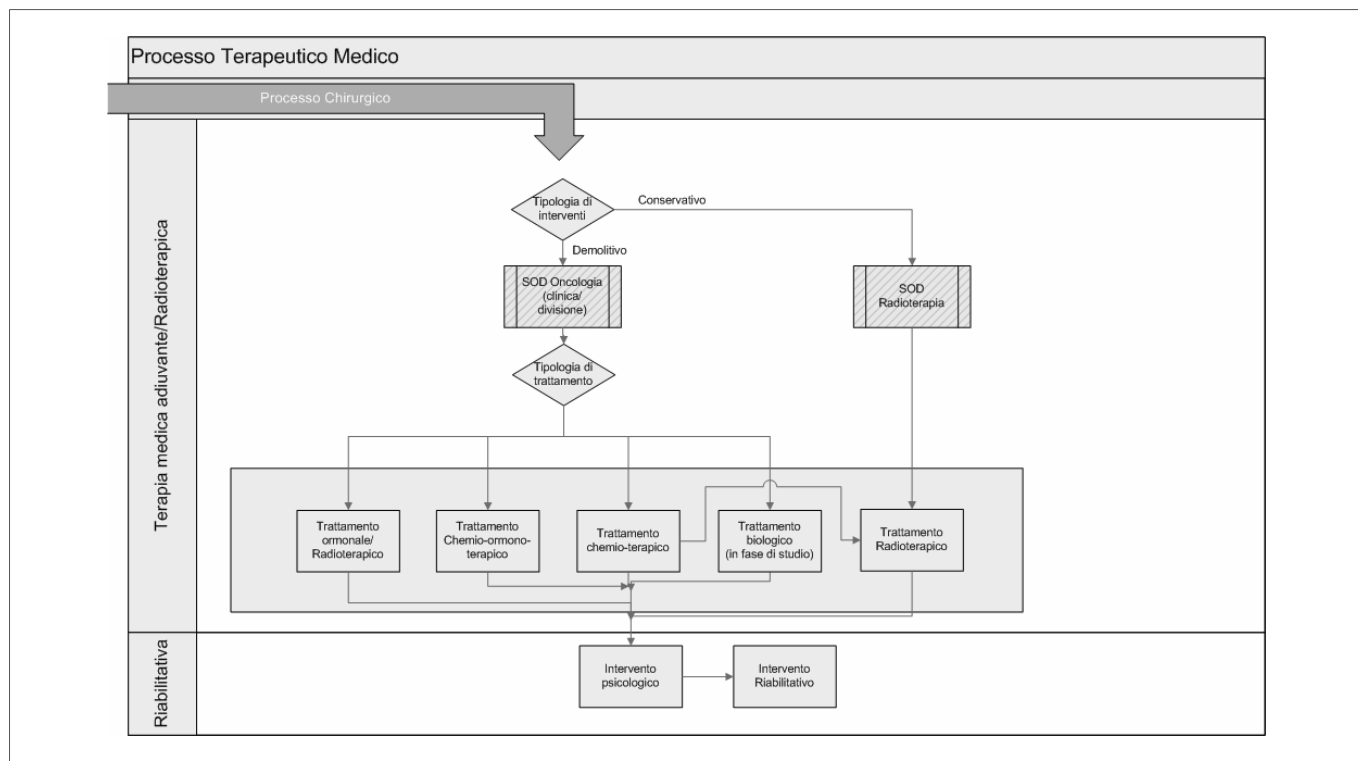


Figura 5

Diagramma di flusso
Fase terapeutica

Fase del follow up

Primo obiettivo del *follow up*, è quello di dare un riferimento e un supporto alla paziente trattata per cancro della mammella, anche dal punto di vista della rassicurazione psicologica. Tutte le pazienti trattate per cancro mammario devono essere sottoposte a controllo periodico clinico e mammografico.

È consigliato il seguente periodismo:

- visita medica e colloquio con la paziente ogni 3-6 mesi per i primi 3 anni, ogni 6-12 mesi per i successivi 2 anni, annualmente in seguito
- autoesame del seno a cadenza mensile
- mammografia a cadenza annuale.

Un *follow up* intensivo con l'esecuzione periodica di test diagnostici per le metastasi a distanza in soggetti asintomatici e clinicamente negativi non è utile poiché l'anticipazione diagnostica non da alcun vantaggio né in termini di sopravvivenza né di qualità di vita.

Quindi non è raccomandata l'esecuzione periodica routinaria di esami ematochimici, compresi marker tumorali, né di esami radiologici quali la scintigrafia ossea, l'ecografia epatica, la TAC, la radiografia del torace. Maggiori problemi pone l'esecuzione di alcuni marker (CEA, CA 15.3) che secondo alcune ricerche non sembrano fornire una sostanziale efficacia.

Il controllo delle pazienti positive per mutazioni ai geni BRCA1 e BRCA2 non differisce da quello delle altre pazienti; a tutt'oggi non è conosciuto se i controlli per un'eventuale insorgenza di carcinoma ovarico possano essere di un qualche beneficio in queste pazienti.

Nelle pazienti sottoposte a terapia con antiestrogeni e necessario monitorare la presenza di effetti collaterali della terapia evidenziando per tempo ogni problema ginecologico, coagulativo (trombosi venosa profonda o embolia polmonare) o oculistico.

In caso di sintomi menopausali, alle pazienti devono venire illustrate le eventuali alternative non estrogeniche per alleviarli. Alle pazienti in menopausa, inoltre, deve essere controllata la densità ossea periodicamente.

Box 5

Processo di *follow up*

Nelle pazienti sottoposte a chemioterapia è necessario controllare eventuali sintomi legati ad una tossicità tardiva. Nelle pazienti sottoposte ad intervento chirurgico o radiante sul cavo ascellare, sono possibili disturbi dell'arto superiore omolaterale anche a distanza di molti mesi (linfedema); questo richiede una particolare attenzione da parte del medico responsabile del *follow up* ed una buona collaborazione con i servizi di riabilitazione funzionale. Per poter diminuire l'ansia indotta nella paziente ed il numero di visite, il *follow up* deve essere seguito da un unico medico di riferimento.

La riduzione del numero di controlli ed esami effettuati durante il *follow up* rappresenta una alternativa costo efficace rispetto a protocolli intensivi, sia per il Servizio sanitario nazionale sia per le pazienti. Inoltre, la gestione di questi schemi di *follow up* in modo coordinato tra i vari specialisti, attraverso il supporto del GfpS, permette una razionalizzazione delle prescrizioni e quindi un ulteriore risparmio di risorse sanitarie.

Fase delle cure palliative

Il quadro clinico delle neoplasie mammarie in fase avanzata è determinato da sintomi comuni a tutti i malati neoplastici, dai sintomi caratteristici per la patologia in evoluzione e dalle sequele e complicazioni dei provvedimenti terapeutici in precedenza intrapresi a scopo curativo o palliativo. Soprattutto nella fase terminale vengono preferiti approcci di tipo medico per la palliazione dei sintomi piuttosto che trattamenti più aggressivi volti alla rimozione delle cause.

Lungo tutto il percorso assistenziale e soprattutto nella fase avanzata della malattia, è comunque necessaria una particolare attenzione al trattamento dei sintomi e alla qualità della vita del paziente.

La scelta del trattamento in fase avanzata, deve essere fatta con la paziente e la sua famiglia in considerazione della prognosi e della qualità di vita prevedibile. Questi aspetti vengono trattati in maniera ottimale dai Team per le Cure Palliative (TCP), soprattutto quando venga garantita la continuità assistenziale nel passaggio dalle cure del GfpS a quelle del TCP e da questo ai servizi territoriali e di Medicina generale.

Il TCP è composto da:

- medico specialista formato in cure palliative,
- medico di medicina generale,
- esperti di riabilitazione funzionale,
- psicologo,
- assistente sociale,
- infermiere.

La rete di cure palliative deve assicurare al paziente un supporto efficace e garantire la continuità assistenziale, in collaborazione con il Mmg, al fine di evitare il ricorso a prestazioni inappropriate e ad elevata intensità di consumo di risorse, quale ad esempio gli accessi al Pronto Soccorso.

L'assistenza domiciliare e l'eventuale ricorso all'hospice rappresentano un'alternativa assistenziale costo efficace rispetto al ricovero ospedaliero ordinario.

Il sintomo più comune nelle fasi avanzate di malattia, che riguarda oltre il 50% delle pazienti è il dolore, spesso associato a sintomi quali l'insonnia, l'astenia e l'anoressia, le crisi d'ansia, la depressione. Questa situazione è comune a tutti i malati di cancro, ma alcune sindromi dolorose sono peculiari del carcinoma mammario in fase avanzata:

- sindrome postmastectomia, che compare nel 10-30% delle pazienti sottoposte a mastectomia totale o svuotamento del cavo ascellare,
- plessopatia brachiale, più spesso correlata alla invasione metastatica che a lesione chirurgica, oltre che ad esiti postattinici,
- dolore da metastasi ossee,
- carcinomatosi meningeae.

Nelle pazienti con sintomatologia dolorosa è necessario identificarne la natura e la gravità, prendendo in considerazione anche i fattori emotivi e psicosociali, e ridurne l'intensità rapidamente e completamente. Si raccomanda inoltre di impedirne la ricomparsa, mediante somministrazioni regolari di analgesici, preferibilmente per via orale. Per il trattamento del dolore da metastasi ossee è comunque indispensabile la valutazione interdisciplinare, volta a garantire il più possibile l'autonomia funzionale, prevedendo trattamenti mirati al singolo caso, quali radioterapia, rieducazione funzionale, uso dei bifosfonati e stabilizzazioni chirurgiche (**figura 6**).

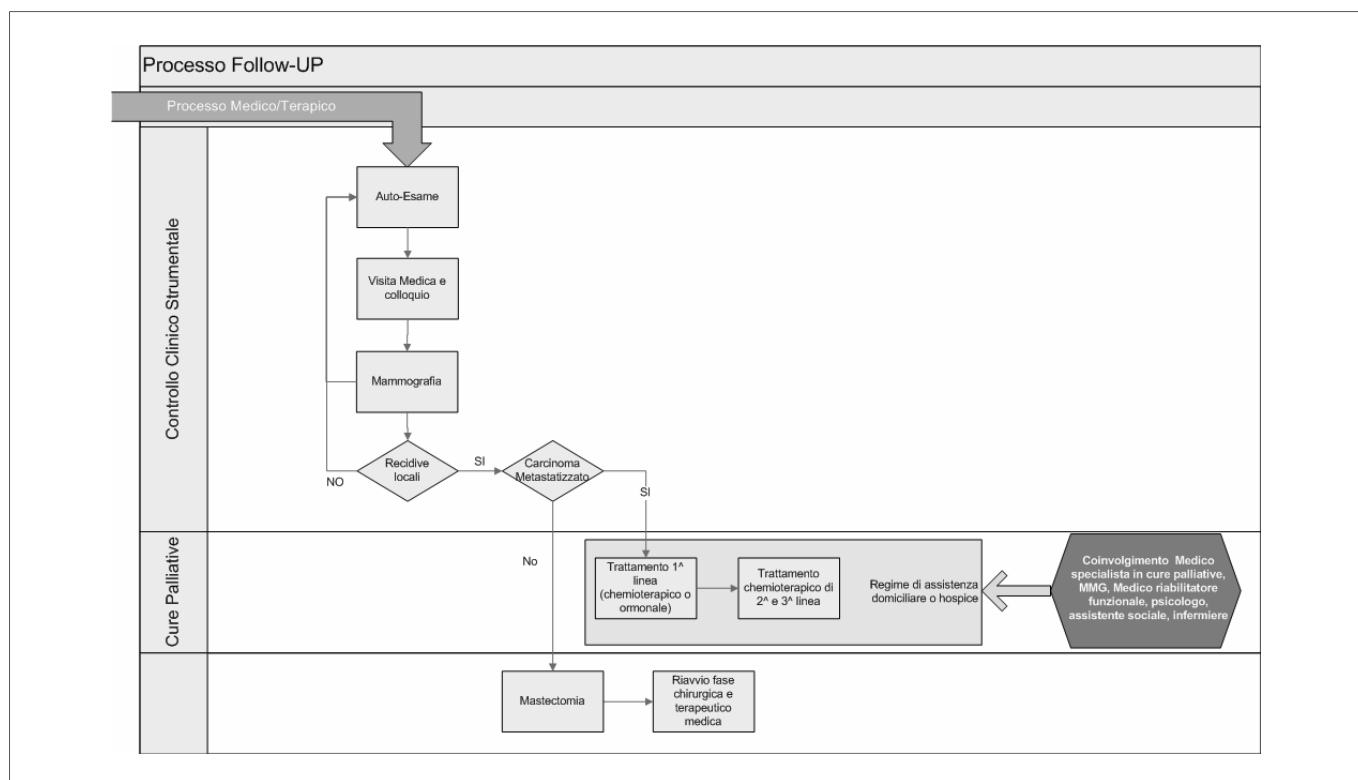
**Figura 6**

Diagramma di flusso
Fase *follow up*

dalla letteratura e da esperienze di altri centri e, infine, adattati alla realtà italiana.

L'utilità di rilevare tali indicatori emerge anche in considerazione dell'avvio di un possibile network tra le *Breast Unit* attualmente operative in Italia, in un'ottica di *benchmark*, quale processo continuo di misurazione del servizio e del processo attraverso il confronto con i migliori «concorrenti/competitori» o con le aziende riconosciute come leader⁸.

La misurazione della qualità si realizza attraverso la rilevazione di tre categorie principali di indicatori:

- *struttura* che misurano l'ottemperanza ai requisiti che caratterizzano il Servizio di Senologia a tutti i livelli diagnostico-terapeutici;
- *processo* che misurano gli elementi qualificanti del processo in termini organizzativi e di qualità professionale, quali tempi di attesa del trattamento e formazione individuale teorica e pratica dei professionisti;
- *esito* che misurano i risultati ottenuti in termini di sopravvivenza globale e libera da malattia, quali esiti neurologici e il linfedema.

Si ritiene opportuno riportare, a solo titolo di esempio e data l'importanza ai fini organizzativi e della valutazione di qualità, gli indicatori e gli obiettivi sui tempi di attesa del trattamento (tabella 2).

4. I risultati raggiunti e le criticità affrontate

I risultati ottenuti dalla realizzazione del progetto hanno avuto ripercussioni positive sia sugli *stakeholder* esterni, soggetti destinatari del progetto stesso sia degli *stakeholder* interni.

In merito al primo punto, il miglior risultato ottenuto dalla costituzione della *Breast Unit* presso l'Aou è da rinvenirsi nella qualità del servizio offerto alla popolazione. Infatti, l'organizzazione attuale garantisce alla donna con sospetto di carcinoma mammario di entrare in un percorso assistenziale integrato caratterizzato da continuità assistenziale e multidisciplinarietà delle competenze. Il Gruppo funzionale, previsto quale opzione organizzativa nell'Atto aziendale, ha individuato i profili di assistenza ed i percorsi cli-

nici comuni, ponendoli poi in atto nella pratica assistenziale corrente. Il risultato ottenuto per la popolazione con un bisogno assistenziale senologico è l'accessibilità al Gruppo funzionale, indipendentemente dal punto di accesso al servizio ospedaliero, inserendosi nel percorso definito, ricevendo risposte protocollari omogenee e condivise.

Quanto al valore aggiunto che il progetto ha comportato per gli operatori all'interno dell'azienda, merita sottolineare il complesso e non agevole impegno profuso dai professionisti nell'integrarsi, mettersi in discussione e confrontarsi per trovare soluzioni cliniche ed organizzative, ponendo al centro della discussione la paziente. Il livello di difficoltà percepito *ex ante* è stato elevato, soprattutto in considerazione della prevalente cultura individualista ed autoreferenziale degli specialisti, in una realtà resa ancor più complessa dalla compresenza delle componenti ospedaliere ed universitaria.

L'altro elemento critico, in parte superato, in parte ancora da sviluppare, riguarda l'integrazione tra due ruoli: quello del Coordinatore del Gruppo funzionale da un lato, e quello del Responsabile di Struttura complessa e Dipartimento dall'altro. Infatti, mentre il primo ha il mandato istituzionale di valorizzare al massimo le professionalità compresenti nel Gruppo, usufruendo di quelle messe a disposizione delle strutture organizzative dell'azienda, preoccupandosi di garantire il loro ottimale impiego, il secondo ha una responsabilità gestionale con l'impegno a gestire le risorse umane, tecnologiche e strutturali ad esso assegnate in modo efficiente. Questi due ruoli non possono essere antitetici pena il fallimento del percorso. Il Responsabile della struttura complessa rimane titolare di una disciplina che tuttavia, si scompone in una serie di processi specialistici sotto il coordinamento del responsabile di Gfp.

La costituzione e l'implementazione della Breast Unit ha permesso di coniugare due esigenze di razionalizzazione, una clinica, tramite la definizione di procedure emergenti dalla evidenza scientifica, l'altra economica, tramite la definizione di percorsi ottimali in grado di determinare un uso migliore delle risorse impiegate.

Oggi il Gruppo funzionale per progetto, pur dovendo implementare ancora alcuni

Indicatore	Obiettivo
Intervento entro 4 settimane (accettabile) o 3 settimane (desiderabile) dall'indicazione chirurgica (EU) *	> 80%
Istologico entro 10 giorni dalla biopsia	> 80%
Intervento definitivo entro 10 giorni dalla biopsia	> 80%
Istologico entro 20 giorni dall'intervento definitivo	> 80%
Recettori ormonali entro 20 giorni dall'intervento definitivo	> 80%
Inizio ormonoterapia entro 30 giorni dall'intervento definitivo	> 80%
Inizio chemioterapia entro 30 giorni dall'intervento definitivo	> 80%
Inizio radioterapia entro 12 settimane dall'intervento, in pazienti che non hanno effettuato chemioterapia	> 90%

* EU = presente nel set minimo di indicatori europei.

passaggi del complesso processo diagnostico-terapeutico, è un team competente, formato, integrato che si muove all'unisono per garantire la migliore assistenza alle pazienti in carico. Esso dispone di una casistica per trial clinici anche internazionali con opportunità importanti di sviluppo nel campo della ricerca scientifica, come unico centro nelle Marche.

5. Gli sviluppi futuri

Volendo ragionare in un'ottica di miglioramento continuo, vale la pena riflettere su quello che ancora si può fare per sviluppare la Breast Unit. Si è assolutamente consapevoli, infatti, di quanto lavoro ci sia ancora da fare per perfezionare il progetto organizzativo.

Sul piano clinico, indubbiamente, un elemento di ulteriore qualificazione della Breast Unit sarà l'entrare a far parte dei programmi di screening mammografico, a supporto ed ad integrazione dell'attività che si sviluppa sul territorio. Possono essere ancora considerati come punti di debolezza o comunque critici i volumi di attività esplicabili con le attuali risorse in termini sia di indagini sul linfonodo sentinella sia sull'attività radioterapica e chemioterapica in fase terapeutica.

Sul piano organizzativo, l'introduzione dei Gruppi funzionali per progetto, sovrapponendosi ad uno schema operativo costituito da Strutture complesse e Dipartimenti, orienta fortemente tutta la struttura verso uno schema «a matrice», con le difficoltà intrinseche per far coesistere e sinergizzare responsabilità preesistenti di tipo verticale, con

Tabella 2
Tempi di attesa del trattamento

le nuove responsabilità di Gruppo, essenzialmente orizzontali.

Trattasi di una innovazione organizzativa di non poco conto che, per una sua riuscita ottimale, deve prevedere un piano di formazione di supporto agli operatori coinvolti focalizzato essenzialmente sulle metodologie comportamentali di approccio al cambiamento organizzativo.

Successivamente occorre definire protocolli clinico-organizzativi, tenendo ben presente il ruolo che questo debba avere sulla operatività dei professionisti. Va esclusa qualunque interpretazione del protocollo come strumento deresponsabilizzante inteso quale «regolamento» da rispettare a prescindere dalla situazione o dalla competenza singola. Diversamente, si ritiene opportuno proporre l'avvio di un percorso di certificazione del Gruppo funzionale per progetto, usando gli standard delle norme internazionali ISO 9001:2000, al fine di consolidare con strumenti standardizzati ed internazionalmente riconosciuti il già cospicuo lavoro di integrazione ed omogeneizzazione delle procedure espletate in Azienda. La finalità di avviare un progetto di certificazione risiede anche nella possibilità di esportare un modello organizzativo che funziona, codificato e, dunque, importabile da altre realtà che decidano di avvicinarsi ad un percorso simile, in un'ottica di diffusione delle *best practice* che migliori il livello qualitativo del Ssn.

È indubbio che l'implementare tali attività comporterà un investimento dell'azienda in termini di risorse umane e tecnologiche.

A tal proposito, estremamente interessante sarebbe poter valutare anche l'impatto economico derivante dalla strutturazione di un Gfp di Senologia. Alcune brevi riflessioni possono essere fatte, rinviando ad altro lavoro lo sviluppo dell'analisi dei costi. In primo luogo, la maggior parte dei costi viene assorbita dalla riorganizzazione dei servizi esistenti, piuttosto che dalla predisposizione di nuove risorse. Secondariamente, un aumento del «tempo medico» è indubbiamente determinato dall'impegno dedicato agli incontri periodici operativi, di scambio informativo e per garantire l'attività continuativa di *audit*.

Fattore assolutamente fondamentale e che potrebbe richiedere investimenti è la strutturazione ed il mantenimento di un sistema informativo per la condivisione delle infor-

mazioni relative alle pazienti e per il monitoraggio dell'attività.

D'altra parte occorre considerare anche che la gestione del paziente secondo i percorsi previsti dal protocollo dovrebbe essere più efficiente e garantire un più razionale consumo delle risorse (es. riduzione duplicazione esami), inoltre, l'attività di formazione, nel lungo periodo, dovrebbe essere produttiva oltre che di un uso più razionale delle risorse anche di un miglioramento degli esiti clinici. Infine, l'attività della GfpS in ambulatori plurispecialistici presso unica sede accresce l'accessibilità del servizio e riduce i tempi e i costi di spostamento della paziente.

Note

1. Ellis I.O., Barlett J., Dowsett M., Humphreys S., Jasani B., Miller K., Pinder SE, Rhodes A., Walker R. (2004), «Update recommendations for HER2 testing in the UK», *J. Clin. Pathol.*, 57, pp. 233-237. Santinelli A., Baccarini M., Colanzi P., Stramazotti D., Fabris G., (2002), «Immunohistochemical evaluation of HER-2/neu expression in infiltrating breast carcinoma: a study of reproducibility», *Anal., Quant. Cytol. Histol.*, 24, pp. 54-62.
2. Whelan JM., Griffith CDM., Archer T. (2005), «Breast cancer multi-disciplinary teams in England: much achieved but still more to be done», *Breast* (in press).
3. Sin dal 2003 era stata istituita una Unità funzionale Senologica. L'attuale Gruppo di lavoro multidisciplinare, coordinato dal Prof. Guidalberto Fabris, è composto da: Dott.ssa Antonella Belligolli, Prof. Aldo Bertani, Dott. Gabriele Bianchelli, Dott.ssa Raffaella Bracci, Dott. Angelo Cavicchi, Prof. Riccardo Cellierino, Prof.ssa Maria Gabriella Ceravolo, Prof. Giovanni Di Benedetto, Dott.ssa Letizia Fabietti, Prof. Gianmarco Giuseppetti, Dott. Paolo Gusella, Dott. Enrico Lenti, Dott.ssa Laura Mariani, Dott. Carlo Mariotti, Dott. Claudio Martini, Dott. Salvatore Miseria, Dott. Marco Nonni, Dott.ssa Alberta Pilone, Dott. Maurizio Ricci, Dott. Alfredo Santinelli, Dott. Walter Siquini, Prof. Adalberto Vecchi, Dott.ssa Laura Zepponi. Ad essi gli Autori rivolgono un ringraziamento per il materiale fornito relativo al protocollo clinico-organizzativo e di controllo di qualità.
4. Fanno parte del settore diagnostico le strutture complesse di: istologia ed anatomia patologica, chirurgia generale, clinica chirurgica, clinica di chirurgia generale e metodologia chirurgica, citopatologia diagnostica, radiologia (clinica e divisione).
5. Composto da: chirurgia generale, chirurgia plastica, oncologia e radioterapia.
6. Costituito da: clinica di neuroriabilitazione, ginecologia, medicinuclare, medicinariabilitativa, psicologia clinica.
7. Per maggiori approfondimenti si veda il materiale predisposto da GISMa/FONCAM presso www.gisma.it
8. Per maggiori approfondimenti si veda: Bocchino (1995) e Camp (1989).

B I B L I O G R A F I A

- ADINOLFI P. (2000), «Modelli organizzativi e fabbisogno di integrazione nelle aziende sanitarie», in R. Caffarata, (a cura di), *Management e organizzazione aziendale. Materiali di studio*, Aracne, Roma.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di) (2003), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2003, Egea, Milano.
- ASSR (2005), «Tumori femminili. meno paura, più controlli», *Monitor*, 12.
- BARRETT-LEE P.J. (2005), «Growth factor signalling in clinical breast cancer and its impact on response to conventional therapies: a review of chemotherapy», *Endocr Relat Cancer*, Vol. 12 Suppl. 1.
- BOCCHINO U. (1995), *Manuale di benchmarking: come innovare per competere aspetti operativi, casi pratici e problemi*, Giuffrè, Milano.
- CAMP R.C. (1989), *Benchmarking: the search for industry best practices that lead to superior performance*, ASCQ Quality Press.
- CASATI G., VICHI M.C. (a cura di) (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw Hill, Milano.
- CASATI G. (2004), «Il governo clinico ed economico nel Sistema sanitario nazionale», *I Quaderni del CeBePS*, 2.
- CIPOLLA C., FOGLIETTA F. (2005), *La mobilità passiva in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- DEALES A., FRATINI M. et al. (2004), «I profili di assistenza nella Regione Marche», *I Quaderni del CeBePS*, 1.
- EUSOMA (2000), «The requirements of a specialist Breast Unit», *European Journal of Cancer*, 36.
- LEGA F. (1998), «Scelte strategiche e definizione dei confini dell'ospedale. Dalla struttura focalizzata alla struttura a rete», *Organizzazione Sanitaria*, 1.
- LEGA F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità. Il caso dell'azienda ospedaliera L. Sacco di Milano*, McGraw-Hill Italia, Milano.
- SIRM (2004), «Charta senologica 2004», *Il Radiologo*, suppl. 1, Omicron Ed., Genova.
- TEW K., IRWIG L., MATTHEWS A., CROWE P., MACASKILL P. (2005), «Meta-analysis of sentinel node imprint cytology in breast cancer», *Br J Surg*, vol. 92, 9.
- RING A., HARPE-WYNNE C., SMITH I. (2005), «Breast cancer», *Cancer Chemother Biol Response Modif*, Vol. 22.
- TOZZI V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
 - 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.
- Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: 1. La programmazione nelle aziende

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. 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.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONVI E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

Valutazione preventiva delle iniziative di project financing in sanità e salvaguardia degli interessi collettivi

ANTONIO BARRETTA

This article seeks to develop a critical analysis on how PFI (Private Finance Initiatives) in the Health Care Sector are judged at the pre-decisional stage. The international doctrine has addressed many criticisms of the ex-ante PFI evaluation system used in UK. First, there have been a number of empirical studies about the NHS that considered to be questionable the Value for Money of PFI. Secondly, several authors have argued that the PFI evaluation system both ignores the effects of each specific project in the whole NHS and distorts investment priorities by concentrating resources on large new acute hospitals. Taking into account the peculiarities of the SSN compared to the NHS, our aim is to reflect upon the above mentioned criticisms in order to identify some suggestions for improving the ex-ante PFI evaluation system used in the Italian Health Care Sector.

Note sugli autori

Antonio Barretta è professore associato di Programmazione e controllo delle aziende sanitarie, presso la Facoltà di Economia di Siena

1. Introduzione

Nel settore delle aziende sanitarie italiane si è recentemente registrato un forte sviluppo delle iniziative di *project financing* (d'ora in poi *PF*). A giugno del 2005 i progetti censiti – su un campione costituito da 195 aziende sanitarie locali e 102 aziende ospedaliere – sono stati 64 contro i 49 del 2004 ed i 38 del 2003¹. Di tali iniziative 22 costituiscono progetti approvati (per un importo complessivo di 1,4 miliardi di euro) e 42 rappresentano iniziative (per un importo complessivo di 3,3 miliardi di euro) nelle fasi propedeutiche all'approvazione². Il 93% dell'importo complessivo dei suddetti progetti concerne la realizzazione o la riqualificazione delle strutture ospedaliere e l'affidamento in concessione al privato sia dei servizi non sanitari (manutenzioni, lavanderia, mensa e ristorazione, pulizie ecc.) che di quelli commerciali (bar, edicola, centri commerciali ecc.)³.

Il crescente ricorso al *PF* per la modernizzazione delle strutture ospedaliere italiane è, probabilmente, spiegato da condizioni riconducibili a: a) le caratteristiche del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie, b) l'evoluzione registratasi nelle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e c) l'andamento della spesa per la sanità pubblica e le modalità di finanziamento della stessa.

a) Caratteristiche del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie.

Molti presidi ospedalieri sono stati costruiti diverse decine di anni fa. Un'analisi sul grado di obsolescenza delle strutture ospedaliere, condotta nel 2000 dall'allora

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Le principali critiche indirizzate alla valutazione preventiva delle iniziative di PF nel NHS
3. «Applicazione/adattamento» al Ssn dei limiti associati alla valutazione *ex-ante* delle iniziative di PF inglesi
4. Conclusioni

Ministero della sanità, ha evidenziato il seguente scenario: il 38% dei presidi è stato costruito prima del 1940, il 32% fra il 1941 ed il 1970, il 21% fra il 1971 ed il 1990 e solo il 9% è stato realizzato nel corso dell'ultimo decennio (Unità Tecnica Finanza di Progetto, 2002a).

b) Evoluzione registratasi nelle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Negli ultimi anni l'erogazione delle prestazioni sanitarie di tipo ospedaliero è stata oggetto di importanti modificazioni che hanno richiesto, fra le altre cose, profonde revisioni strutturali degli edifici. La riduzione percentuale dei ricoveri in regime di degenza ordinaria rispetto ai ricoveri in *day hospital*, il contenimento della durata media delle giornate di degenza e la suddivisione della casistica trattata per tipologia di intensità di cura che va sostituendo l'organizzazione per specialità, costituiscono solo alcuni esempi del processo di riorganizzazione in corso.

c) Andamento della spesa per la sanità pubblica e modalità di finanziamento della stessa.

L'ambito sanitario è caratterizzato da una crescente divergenza tra bisogni di salute e risorse disponibili per soddisfarli (Zangrandi, 1999, p. 20 e ss.; Borgonovi, 2000). L'invecchiamento della popolazione, lo sviluppo tecnologico e le scoperte scientifiche costituiscono le principali cause di tale scollamento che comporta, soprattutto nei Paesi economicamente più progrediti, forti aumenti della spesa sanitaria e conseguentemente difficoltà crescenti di finanziamento della stessa. In un contesto a forte intensità di capitale quale quello sanitario, le esigenze di finanziamento della gestione corrente tendono ad essere anteposte al fabbisogno finanziario per la realizzazione di investimenti (Amatucci, 2002, p. 229).

Le Regioni italiane, alle quali è stata attribuita la responsabilità delle risorse finanziarie da destinare alla sanità pubblica, sono tenute a contenere i disavanzi di spesa pur disponendo di strumenti di prelievo fiscale limitati. Sui bilanci regionali il finanziamento della sanità impatta mediamente per l'80% sul totale delle spese.

Dalla fine degli anni '80 i finanziamenti statali destinati agli investimenti in sanità

hanno avuto carattere di straordinarietà⁴. Ciò ha determinato sovrabbondanza di risorse in particolari momenti e, viceversa, la loro indisponibilità in altri (Mele, Virno, 1995). Dal 2000 la pianificazione degli investimenti sanitari risulta ostacolata dall'incertezza sull'ammontare dei trasferimenti statali. Infatti, il programma pluriennale di investimenti previsto dall'art. 20 della legge 67/1988, che ha costituito negli ultimi 15 anni la principale fonte di finanziamenti, sta per esaurirsi (Marsilio, Vecchi, 2004; Gatti, Germani, 2003).

Considerata l'ampia diffusione del *PF* nel Sistema sanitario nazionale (Ssn) e la limitata attenzione riservata dalla dottrina italiana alla valutazione preventiva delle iniziative di finanza di progetto applicata al contesto delle aziende sanitarie, il presente scritto intende porre l'attenzione su tale fondamentale fase dei progetti in analisi.

Questo contributo prende spunto dall'ampia letteratura straniera che ha avuto ad oggetto le iniziative di *PF* applicate al *National Health Sector (NHS)* inglese. Come è noto, lo sviluppo del *PF* ha avuto inizio in Gran Bretagna più di un decennio fa. Tale contesto merita di essere osservato con attenzione poiché, avendo sperimentato il *PF* per un periodo più lungo rispetto all'Italia, potrebbe rendere evidenti alcune delle conseguenze di tale politica di finanziamento delle immobilizzazioni prima che queste possano manifestarsi nel nostro Paese.

Il limite principale di questo contributo, che si focalizza sugli studi (sia teorici che empirici) effettuati dalla dottrina internazionale, è la mancanza di un'analisi empirica che possa consentire un approfondimento inerente alle prassi adottate dalle aziende sanitarie pubbliche italiane nella valutazione *ex-ante* delle iniziative di *PF*.

Nel prosieguo, nel secondo paragrafo, ci si sofferma sulle iniziative di *PF* inerenti all'ambito della sanità inglese. In particolare, attingendo dalla dottrina internazionale sul tema, vengono evidenziate le critiche avanzate alla valutazione *ex-ante* del *PF* nel *NHS*. Nel terzo paragrafo, tenendo conto delle specificità del Ssn rispetto al *NHS*, si cerca di comprendere quali limiti rintracciabili nella valutazione preventiva delle iniziative di *PF* inglesi potranno riguardare (o già interes-

sano) anche gli analoghi progetti inerenti al settore della sanità pubblica italiana.

Il contributo si conclude proponendo delle riflessioni di sintesi e degli spunti per indagini future.

2. Le principali critiche indirizzate alla valutazione preventiva delle iniziative di PF nel NHS

Lo sviluppo delle iniziative di PF nel NHS inglese è stato così sostenuto che alcuni autori hanno interpretato questa modalità di finanziamento dell'edilizia sanitaria come una strategia governativa tesa a sostituire l'indebitamento pubblico con i finanziamenti privati (Gaffney *et al.*, 1999, p. 250; Ball *et al.*, 2000, p. 96). A partire dal luglio 1997, data della sottoscrizione in Gran Bretagna del primo contratto di PF in ambito sanitario, l'85% delle risorse totali impiegate per finanziare gli investimenti in nuovi edifici ospedalieri è stato erogato da partner privati (Sussex, 2003). Il PF è stato ideato nei primissimi anni '90, all'epoca del governo conservatore della «nuova destra», con l'obiettivo di aggirare i limiti posti all'indebitamento pubblico dagli accordi internazionali di Maastricht. Tuttavia, è solo a partire dalla seconda metà degli anni '90 che il PF ha fatto registrare un forte sviluppo. Il governo laburista, mosso dalle stesse motivazioni di quello conservatore, ha presentato sotto una «nuova veste» le iniziative di PF definendole come una delle possibili forme di *partnership* pubblico-privato (note nella dottrina internazionale con l'acronimo PPP). Sono stati compiuti enormi sforzi per legittimare tale strategia e, soprattutto, per rimuovere le perplessità avvertite dai finanziatori privati (Broadbent *et al.*, 2003b, pp. 174-175; Greenaway *et al.*, 2004, p. 516 e ss.). Probabilmente, proprio queste attività, tese a sostenere la finanza di progetto e a creare fiducia intorno a tale modalità di finanziamento delle opere pubbliche, hanno favorito lo sviluppo del PF in vari settori di attività fra i quali quello sanitario.

Seppur non riconducibili ad un modello uniforme, le numerose iniziative di PF promosse nel NHS presentano, rispetto a quanto è dato riscontrare in altri settori (per esempio l'edilizia scolastica, la viabilità e le infrastrutture penitenziarie), delle caratteristiche

ricorrenti, ovvero (Froud, Shaoul, 2001, p. 250; Shaoul, 2005, p. 442; Sussex, 2003):

a) il partner privato, proprietario e gestore della struttura ospedaliera, non è un'impresa già esistente bensì una *joint venture* o un consorzio denominato *Special Purpose Vehicle (SPV)*;

b) il soggetto privato non si limita a cedere in affitto la struttura ospedaliera ma eroga all'azienda sanitaria pubblica numerosi servizi non sanitari;

c) la preclusione al soggetto privato dalla componente *core professional* del servizio è riconducibile a diverse ragioni. L'ambito sanitario costituisce un settore di attività in cui le operazioni sono così complesse da richiedere professionalità non facilmente reperibili sul mercato, le professioni sanitarie hanno esercitato forti pressioni sul governo affinché le iniziative di PF non prevedessero la concessione al privato di attività sanitarie ed, infine, il governo ha preferito non dare l'impressione di voler privatizzare un ambito di attività la cui natura pubblica è gradita dalla maggior parte degli elettori;

d) spesso, le iniziative in oggetto hanno portato alla concentrazione in un'unica nuova struttura di più presidi ospedalieri ormai obsoleti;

e) sebbene la vita utile di una struttura ospedaliera sia solitamente pari a 60 anni, la durata dei contratti di PF oscilla fra i 25 ed i 30 anni.

Una parte della dottrina che si è occupata di PF applicato al NHS si è dimostrata fortemente critica nei confronti di tale tecnica di finanziamento (si vedano, per esempio, Dawson, Maynard, 1996; Boyle, 1997; Pollock *et al.*, 1997, 2002; Gaffney *et al.*, 1999; Gaffney, Pollock, 1999; Ball *et al.*, 2000; Froud, Shaoul, 2001; Froud, 2003; Shaoul, 2005). Altri autori, invece, pur esprimendo delle riserve sul PF applicato alla sanità pubblica inglese hanno sostenuto che i risultati prodotti da tale fattispecie di PPP si devono valutare assumendo una prospettiva di medio-lungo termine (fra gli altri si legga Mayston, 1999; Broadbent *et al.*, 2003a, 2003b; Sussex, 2003).

La letteratura internazionale che si è occupata delle iniziative di PF nel settore sanitario pubblico inglese, con riferimento al-

la loro valutazione preventiva, ha avanzato critiche e perplessità rispetto: a) all'effettivo *value for money* e la reale sostenibilità di tale tecnica di finanziamento e b) agli effetti di medio-lungo termine ed a livello di sistema sanitario prodotti da tali *PPP*. Tali aspetti sono di seguito oggetto di specifico approfondimento.

2.1. *Value for money* e sostenibilità delle iniziative di *PF*

L'enfasi posta sulla valutazione del *value for money* (d'ora in poi *VFM*) è coerente con l'intendimento del governo inglese di introdurre, nel settore pubblico, tecniche formalizzate di assunzione delle decisioni che possano consentire un'allocazione delle risorse sulla base di logiche coerenti con la razionalità economica. Tale impostazione razionalistica è stata considerata dal potere governativo come la soluzione migliore per pervenire ad una più efficiente allocazione delle risorse (Shaoul, 2005, p. 442). In ambito pubblico il concetto di *VFM* è collegato ai termini economicità, efficienza ed efficacia⁵. Un investimento pubblico può essere considerato vantaggioso per la collettività nel caso in cui sia possibile dimostrarne l'economicità, l'efficienza e l'efficacia. Tuttavia, affinché un progetto di *PF* possa ottenere l'approvazione dalle competenti autorità ministeriali (in primo luogo il *National Audit Office*), non è sufficiente dimostrarne il *VFM*, bensì, è necessario verificarne la sostenibilità da parte del soggetto pubblico (Froud, Shaoul, 2001, p. 250 e ss.). Pertanto, sia il *VFM* che la sostenibilità costituiscono degli aspetti centrali nel processo di valutazione finanziaria di un'iniziativa di *PF*.

Sebbene il *VFM* sia associabile alle cosiddette tre «e», per una serie di ragioni concettuali e metodologiche, il processo di valutazione di un progetto di *PF* si focalizza sulla misurazione della sola economicità dell'iniziativa (Shaoul, 2005, p. 448). Infatti, il *VFM* viene misurato mettendo a confronto i costi dell'intera durata del progetto attualizzati, in ipotesi di finanziamento pubblico di tipo tradizionale (cosiddetto *public sector comparator* o *PSC*), con i costi attualizzati dello stesso progetto finanziato per mezzo del *PF* (HM Treasury, 2004). A seguito di tale confronto sarà prescelta la soluzione di finanzia-

mento che presenterà il valore più contenuto dei costi attualizzati.

La prima critica che viene indirizzata alla valutazione del *VFM* è di tener conto esclusivamente dei risvolti economici di un progetto (Broadbent *et al.*, 2003a, p. 425 e ss.; Shaoul, 2005, p. 448 e ss.). Mentre nell'ambito privato è ragionevole che la scelta fra più opzioni di investimento venga realizzata considerando la profittabilità delle diverse alternative, nell'ambito delle aziende ed amministrazioni pubbliche gli aspetti da prendere in considerazione non possono essere solo di natura economica (Stiglitz, 1983, p. 285). Risulta fondamentale tener conto degli effetti che una determinata soluzione di finanziamento di un investimento pubblico potrebbe comportare, ad esempio, sull'accessibilità ai servizi, sull'equità di trattamento e sulla distribuzione intergenerazionale del reddito⁶. Tuttavia, la considerazione degli aspetti appena citati presuppone il ricorso a valutazioni anche di tipo qualitativo. L'assunzione di una decisione inerente ad un investimento pubblico sulla base della sola attualizzazione dei costi a questo associati equivale a circoscrivere gli interessi che la collettività avverte in qualità di «soggetto economico» delle aziende e delle amministrazioni pubbliche. Tuttavia, identificare i cittadini con il solo «soggetto economico» implica trascurare una serie di altri importanti ruoli che questi possono svolgere quando interagiscono con un'organizzazione del settore pubblico, ad esempio, l'essere in determinate circostanze «cittadini-utenti». Assumendo la prospettiva del «cittadino-utente» non è l'accrescimento del valore economico dell'azienda pubblica che rileva, bensì, il garantire l'accessibilità ed l'efficacia ai/dei servizi pubblici.

La seconda critica rivolta alla valutazione del *VFM* riguarda il ruolo svolto dal trasferimento di alcuni rischi dal partner pubblico a quello privato. Infatti, sebbene il governo inglese abbia riconosciuto una maggiore onerosità delle iniziative di *PF* applicate al *NHS* rispetto all'ipotesi di finanziamento pubblico di tipo tradizionale, tuttavia, ha giustificato i progetti di *PPP* in oggetto facendo riferimento alla tesi del trasferimento del rischio al soggetto privato (Gaffney *et al.*, 1999, p. 250). In assenza della variabile trasferimento del rischio al privato le *PF* risultano meno convenienti rispetto al finanziamento tradi-

zionale a causa di una serie di fattori, fra i quali si ricordano la maggiore onerosità del debito contratto da un privato rispetto al debito pubblico, i maggiori costi di messa a punto del contratto di *PF* rispetto a quelli di predisposizione di una gara di appalto tradizionale e la necessità di garantire un profitto al partner privato per tutte le attività che svolge per l'azienda pubblica.

Considerato il ruolo cruciale svolto dal trasferimento del rischio nella valutazione del *VFM* vale la pena descrivere, seppure brevemente, come impatta tale componente sull'analisi della convenienza economica di un'iniziativa di *PF*. Si inizia con l'identificare, considerando l'intera durata del progetto, tutti i possibili rischi che questo potrà comportare. Una volta identificati i rischi, occorre stimarne la probabilità di manifestazione, associarli ad uno dei due partner ed attribuire un valore economico agli effetti che potrebbero produrre⁷. Infine, il valore dei rischi trasferiti al privato potrà essere incluso nell'opzione di finanziamento dell'investimento costituita dal cosiddetto *public sector comparator* (HM Treasury, 2004). Pertanto, maggiori saranno i rischi trasferiti al privato, più probabilità avrà l'ipotesi di finanziamento mediante il *PF* di risultare più vantaggiosa rispetto all'alternativa del finanziamento pubblico di tipo tradizionale (Shaoul, 2005, pp. 453-454).

Chiarito il ruolo che il trasferimento del rischio riveste nella valutazione del *VFM*, vengono di seguito riportati i punti di debolezza attribuiti in dottrina a tale aspetto dell'analisi di convenienza di un'iniziativa di *PF* (Mayston, 1999; Pollock *et al.*, 2002; Froud, Shaoul, 2001; Rodney, Gallimore, 2002; Edwards, Shaoul, 2003; Froud, 2003; Heald, 2003; Broadbent *et al.*, 2003a; Shaoul, 2005):

1) la metodologia di quantificazione del rischio trasferito dipende dalla capacità di identificare, di attribuire delle probabilità e di associare dei valori economici a degli eventi possibili. Considerata la mancanza di evidenze su cui basare le stime si tratta inevitabilmente di un processo arbitrario. Solo fra qualche decennio, quando sulle iniziative di *PF* in ambito sanitario si possiederanno maggiori dati ed informazioni, sarà più agevole identificare i possibili rischi e stimarne sia la probabilità

di manifestazione che le conseguenze economiche. Facendo riferimento ai dati inerenti ad alcune iniziative di *PF* in ambito sanitario, diversi autori hanno evidenziato che il valore del rischio trasferito al privato è pressoché uguale all'ammontare necessario per colmare il *gap* fra valore dei costi attualizzati del *public sector comparator* ed il medesimo importo dell'opzione di finanziamento mediante la finanza di progetto. Tale evidenza, nonché la mancata divulgazione dell'esatto metodo mediante cui gli organi governativi realizzano la valorizzazione del rischio trasferito al privato, hanno portato una parte della dottrina ad ipotizzare che la funzione del trasferimento in oggetto possa essere quella di celare i maggiori costi delle iniziative di *PF* rispetto alla soluzione tradizionale del finanziamento pubblico;

2) in ambito sanitario i principali rischi sono connessi con l'obsolescenza tecnologica, le modifiche nella regolamentazione ed i cambiamenti riguardanti le politiche governative. Come è stato dimostrato da alcune applicazioni di *PF*, tali rischi continuano ad essere sopportati dalle aziende sanitarie pubbliche. La durata temporale dei contratti, che lega il partner pubblico a quello privato tipicamente per più di 25 anni, compromette la libertà del sistema sanitario pubblico di adeguarsi ai cambiamenti richiesti dall'evoluzione dello scenario. L'innovazione tecnologica, le nuove scoperte scientifiche, le variazioni nella composizione demografica richiedono la rivisitazione delle politiche sanitarie ed in particolare possono implicare modifiche e/o sostituzioni delle attrezzature e degli edifici. Mentre la retorica che supporta le iniziative di *PF* considera la proprietà delle immobilizzazioni una questione irrilevante, la cessione degli *assets* ai privati rende la revisione delle politiche pubbliche più complesse;

3) il rischio trasferito al privato è in larga parte inerente al cosiddetto *demand risk* riguardante il volume di servizi richiesto dal partner pubblico al privato. Le conseguenze di un calo della domanda o di un eccesso della stessa possiedono ripercussioni differenti sul privato e sull'azienda sanitaria. Le differenti prospettive sono evidenti, ad esempio, nella previsione del volume dei servizi. In tale fase il privato tende ad effettuare stime prudenti dei volumi. Dalla prospettiva priva-

ta un eccesso di domanda è meno problematico di un eccesso di offerta. Invece, dal punto di vista dell'erogazione dei servizi sanitari pubblici, la domanda non soddisfatta può costituire uno dei problemi più seri. Pertanto, si può concludere che non può essere trasferito al privato tutto il rischio inerente alle oscillazioni della domanda di servizi. Anche nel caso in cui il contratto di *PF* prevedesse la fissazione di un prezzo unitario per unità di servizio ceduto dal privato al pubblico, mentre il primo sopporterebbe il rischio che le oscillazioni della domanda possano compromettere la redditività del progetto, il secondo sosterebbe il rischio riguardante l'ammontare di risorse da trasferire al fornitore privato;

4) i rischi possono essere trasferiti solo attraverso un contratto che ne consenta una precisa identificazione. Come noto lo strumento del contratto è imperfetto per una serie di motivi. In primo luogo, soprattutto in questa fase iniziale di sviluppo delle iniziative di *PF*, i rischi non possono essere tutti previsti, pertanto, nel contratto alcuni dei possibili eventi non saranno contemplati. Inoltre, anche qualora certi eventi fossero stati previsti nel contratto, potrebbero sorgere delle difficoltà nel trovare l'accordo sia sull'interpretazione di quanto è accaduto che su come i termini contrattuali si debbano applicare all'accadimento. A questo proposito è il caso di sottolineare che a volte le parti attribuiscono un differente significato ad alcune clausole contrattuali. L'assenza di una «comprensione condivisa» delle clausole contrattuali rende difficile l'uso dei contratti come dispositivo di controllo e disciplina.

Come scritto in precedenza, un ulteriore aspetto da valutare oltre il *VFM*, per giudicare la validità di un'iniziativa di *PF*, è la sostenibilità del progetto da parte dell'azienda pubblica, ovvero, la sua capacità di effettuare i pagamenti annuali spettanti al partner privato. Secondo alcuni autori anche la sostenibilità non è priva di aspetti criticabili.

In primo luogo, si è sostenuto che i competenti organi ministeriali hanno definito e verificato operativamente la sostenibilità delle iniziative di *PF* in modo poco chiaro (Froud, Shaoul, 2001, p. 261 e ss.; Shaoul, 2005, p. 448).

Inoltre, per poter valutare adeguatamente la sostenibilità finanziaria di un'iniziativa di *PF* è necessario tenere distinti i due elementi che compongono la remunerazione spettante al privato, ovvero, l'affitto per le immobilizzazioni utilizzate (*availability fee*) ed il pagamento dei servizi di cui si è usufruito (*facilities management fee* o *services fee*). In questo modo diviene più agevole l'identificazione delle voci di uscita, che un'azienda sanitaria sosterebbe in assenza di un contratto di *PF*, da confrontarsi con le componenti di remunerazione del partner privato impegnato nella finanza di progetto. A questo proposito scrive Shaoul (2005, p. 455): «L'*availability fee* può essere comparato, almeno concettualmente, con alcune uscite che le aziende sanitarie attualmente sostengono quali gli interessi sui mutui contratti per l'ottenimento di nuove immobilizzazioni e le spese di manutenzione dell'attivo fisso». In alcuni casi le iniziative di *PF* non hanno consentito di distinguere i due elementi della remunerazione dovuta al privato, pertanto, l'analisi della sostenibilità ne è risultata compromessa (Mayston, 1999, p. 267). Tuttavia, anche nei casi in cui l'*availability fee* ed il *facilities management fee* siano stati identificati separatamente, le analisi condotte hanno rilevato delle criticità connesse con entrambe le forme di remunerazione in oggetto. L'analisi di sostenibilità del costo dell'affitto è stata svolta mettendo a confronto l'affitto annuale derivante dal *PF* con i costi che si sarebbero sostenuti se le immobilizzazioni fossero state di proprietà dell'azienda pubblica. Tale confronto, realizzato utilizzando i dati riguardanti diverse aziende sanitarie, ha evidenziato che il costo dell'affitto annuale è ampiamente più elevato dei costi che si sosterebbero nell'ipotesi dell'acquisto delle attività fisse (Froud, Shaoul, 2001, p. 265). Per quanto attiene all'analisi sulla sostenibilità dei pagamenti per i servizi erogati dal partner privato è stato rilevato che è, spesso, molto complessa (se non addirittura impossibile) a causa della mancanza di una serie di informazioni indispensabili per realizzarla (Mayston, 1999, p. 251 e ss.; Froud, Shaoul, 2001, p. 255). In modo particolare, per poter stimare la capacità dell'azienda pubblica di far fronte ai pagamenti connessi con i servizi ricevuti, sarebbe necessario disporre di previsioni sulle attività sanitarie. Tuttavia, pro-

prio la mancanza di tali dati costituisce una delle principali lacune delle iniziative di *PF*.

2.2. Effetti di medio-lungo termine e di sistema

Le iniziative di *PF* sono state considerate una possibile «via di uscita» per i politici sottoposti a pressioni, da un lato, per mantenere o aumentare la spesa attuale per i servizi pubblici, dall'altro lato, per non aumentare le tasse (Mayston, 1999). Infatti, la finanza di progetto consente di disporre, nell'immediato futuro, di maggiori risorse per realizzare investimenti e, come contropartita, implica una remunerazione costituita dai flussi finanziari da corrispondere al partner privato in un periodo pluriennale. Tale arco temporale è così lungo che include gli anni in cui le attuali generazioni di politici e di manager dell'ambito sanitario non saranno più responsabili per gli impegni assunti nei confronti dei partner privati. A meno che l'operato delle attuali generazioni di politici e manager non venga sottoposto al vaglio di un adeguato sistema di *accountability*, questi potrebbero possedere l'incentivo di «ipotecare il futuro» contraendo enormi obblighi in cambio di ritorni immediati. Nel far ciò è come se «scaricassero» i costi delle loro azioni sulle future generazioni (Mayston, 1999; p. 258 e ss.). Assumendo una prospettiva ampia che, ricomprendendo l'intero sistema sanitario travalica la singola azienda, si può osservare che quanto più il *PF* si diffonde tanto più cresce l'assunzione di impegni verso il privato. Ciò implica ridurre (ed oltre certi limiti perfino compromettere) la capacità futura di indebitamento del sistema sanitario. Da questo punto di vista, pertanto, le iniziative di *PF* sono del tutto assimilabili alle operazioni di contrazione di debiti pubblici.

Diversamente da quanto accade in altri settori (edilizia penitenziaria, infrastrutture scolastiche e viabilità) le iniziative di *PF* inerenti all'ambito sanitario non sono predisposte da un'agenzia nazionale (quali per esempio, la *Prison Service*, la *Local Education Authority* e la *Higway Agency*), bensì, dalle singole aziende. Ciò implica che in tale contesto la valutazione dei progetti è svolta a livello di singola iniziativa. Pertanto, manca una programmazione di respiro nazionale al cui interno i progetti potrebbero essere fra

loro interdipendenti (Shaoul, 2005, p. 447). Tale lacuna comporta che alcuni *stakeholder*, esterni all'azienda sanitaria che propone un'iniziativa di *PF*, risultano esclusi dal processo decisionale. Infatti, la richiesta fatta alle aziende di considerare le implicazioni finanziarie – per altri organismi economici non interessati formalmente dal processo di messa a punto del progetto di *PF* (per esempio, i servizi sociali e le cure primarie) – derivanti dalle modifiche di localizzazione dell'ospedale e dalle variazioni nel livello e nella composizione del *case mix*, non risulta soddisfatta (Shaoul, 2005, p. 446).

È stato rilevato che l'alternativa fra il *PF* ed il tradizionale finanziamento pubblico può impattare sul bilanciamento esistente fra i differenti servizi che il *NHS* produce, ovvero, può modificare l'equilibrio fra i servizi ospedalieri e quelli territoriali. Alcuni autori hanno sostenuto che le iniziative di *PF* distorcono la priorità degli investimenti nel *NHS* per mezzo della concentrazione delle risorse sui nuovi grandi ospedali (Dawson, Maynard, 1996; Boyle, 1997; Pollock *et al.*, 1999; Sussex, 2003). A causa dei minori investimenti richiesti, i progetti riguardanti l'ambito delle cure primarie nonché i progetti di ristrutturazione si ritiene che siano stati trascurati a causa della loro minore convenienza per il privato. La dottrina citata ha sostenuto che il *PF* abbia modificato la programmazione sanitaria rendendo prioritaria la realizzazione dei progetti più «appetibili» per il soggetto privato. Il motivo per cui i progetti di modesto valore economico risultano meno attrattivi è, probabilmente, connesso con gli elevati costi legali e di consulenza della «messa a punto» del contratto di *PF*. Infatti, tali importi risultano solo in parte correlati con il valore economico dell'investimento.

3. «Applicazione/adattamento» al Ssn dei limiti associati alla valutazione *ex-ante* delle iniziative di *PF* inglesi

Tenendo conto delle specificità del Ssn, le critiche e le perplessità espresse dalla dottrina economico-aziendale estera sulla valutazione preventiva del *PF* nel *NHS* verranno di seguito analizzate per valutarne la validità e le possibili ricadute nell'ambito del sistema sanitario pubblico italiano.

3.1. Valutazione della convenienza economico-finanziaria e della sostenibilità

Nel nostro Paese, l'organo incaricato di promuovere e supportare a livello nazionale le iniziative di *PF* è l'Unità tecnica finanza di progetto (d'ora in poi *Utfp*). L'*Utfp* è stata istituita, nell'ambito del Comitato interministeriale per la programmazione economica (*Cipe*), dall'articolo 7 della Legge 17 maggio 1999 n. 144. Tale organo è composto da un gruppo di professionisti (avvocati, ingegneri ed esperti economico-finanziari) provenienti in larga parte dal settore privato, selezionati con un bando pubblico (Ricchi, 2004).

Nello specifico, la funzione che l'*Utfp* è tenuta a svolgere è stabilita nell'articolo 1 del *Regolamento istitutivo dell'Utfp* (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica, 1999), ovvero: «l'Unità [tecnica finanza di progetto] ha come propria finalità la promozione, all'interno delle pubbliche amministrazioni, dell'attuazione della disciplina in materia di finanza di progetto contenuta nella legislazione in materia di lavori pubblici. Nel perseguimento di tale finalità, allorché richiesta, essa agisce da supporto alle Amministrazioni aggiudicatrici, di livello centrale e locale, nella attività di individuazione delle necessità infrastrutturali passibili di essere soddisfatte tramite progetti di investimento finanziabili con ricorso al capitale dei privati, in quella della valutazione della fattibilità delle proposte di investimento proposte dai promotori o prospettate dall'Amministrazione richiedente, nonché in quella di predisposizione della documentazione relativa alle operazioni di finanziamento di infrastrutture con ricorso a risorse dei privati».

L'*Utfp* assiste le aziende ed amministrazioni pubbliche, comprese le Aziende sanitarie (o gli altri enti quali, ad esempio, le Regioni, le Province autonome ed i Comuni) che intendono far ricorso alla finanza di progetto per la realizzazione di infrastrutture nell'ambito socio-sanitario, in tutte le fasi dell'iter procedurale previste da tale tecnica di finanziamento. Tali *step* ricomprendono: 1) l'identificazione degli investimenti da realizzarsi adatti ad essere finanziati per mezzo del *PF*, 2) la scelta, fra le varie opzioni offerte dal quadro normativo, della forma di *PPP* più adeguata, 3) la verifica della fattibilità tecnica, economico-finanziaria e giu-

ridico-amministrativa delle proposte presentate dai promotori, 4) la predisposizione dei bandi di gara e 5) la valutazione delle offerte ricevute a seguito della gara. Per i fini di questa trattazione è interessante notare che una percentuale elevata (in alcuni anni la maggior parte) delle aziende ed amministrazioni pubbliche che si sono rivolte all'*Utfp* lo hanno fatto per ricevere un supporto nella fase della verifica della fattibilità tecnica, economico-finanziaria e giuridico-amministrativa delle proposte (Unità Tecnica Finanza di Progetto, 2002c; 2004b). In particolare, è proprio la modalità mediante la quale l'*Utfp* realizza la valutazione della convenienza economico-finanziaria delle iniziative di *PF* che appare interessante al fine di effettuare un confronto con il processo di valutazione del *VFM*. La metodologia definita dall'*Utfp*, contenuta nel documento *La valutazione della convenienza economico-finanziaria nella realizzazione e gestione degli investimenti pubblici con il ricorso alla finanza privata* (Unità Tecnica Finanza di Progetto, 2002b), è unica per tutti i settori di attività del settore pubblico. Mediante l'applicazione delle fondamentali tecniche della finanza aziendale, il modello identificato dall'*Utfp* si prefigge «lo scopo di fornire indicazioni quantitative, necessarie alla valutazione della convenienza economica e della sostenibilità finanziaria del progetto di investimento sia per il soggetto promotore che per il/i finanziatore/i» (Unità Tecnica Finanza di Progetto, 2002b). Pertanto, rispetto alla metodologia di valutazione del *VFM*, l'approccio valutativo adottato dall'*Utfp* possiede il fine di predisporre iniziative che possiedano un soddisfacente livello di redditività per il soggetto privato. Tale impostazione è chiaramente confermata dal seguente passo del documento dell'*Utfp* contenente la metodologia di valutazione della convenienza economico-finanziaria delle iniziative di *PF* (Unità Tecnica Finanza di Progetto, 2002b, p. 6):

«Nel caso in cui sia previsto il coinvolgimento di risorse private nella realizzazione di un intervento, l'*AF* [l'Analisi Finanziaria] assume la finalità di supportare la verifica della convenienza economica e della sostenibilità finanziaria dell'investimento per il soggetto privato. In questa circostanza, l'amministrazione procederà a tale verifi-

ca mediante il calcolo di specifici indicatori per ognuno dei progetti individuati nella fase di programmazione e ne definirà le priorità realizzative rispetto al grado di «appetibilità» che questi assumono per il soggetto privato, in relazione ai rendimenti offerti sul mercato finanziario da opportunità d'investimento alternative».

Il modello di valutazione messo a punto dall'Utfp, assumendo la prospettiva del soggetto privato, da un lato, mediante l'utilizzo delle tecniche del Tasso Intero di Rendimento (TIR) e del Valore attuale Netto (VAN), consente di valutare la convenienza economica dell'investimento, dall'altro lato, per mezzo degli indici del *Debt Service Cover Ratio* e del *Loan Life Cover Ratio* ne stima la sostenibilità finanziaria (Unità Tecnica Finanza di Progetto, 2002b, p. 31 e ss.)⁸.

Nonostante tale focalizzazione dell'analisi sulla prospettiva del soggetto privato, il documento contenente il modello di valutazione impiegato dall'Utfp, in più parti, richiama la necessità di procedere, da parte dell'amministrazione proponente, anche ad una «valutazione di convenienza economico-sociale» dei progetti da realizzare. Mentre l'analisi finanziaria identifica nel coinvolgimento delle risorse private il criterio discriminante secondo cui devono essere ordinati gli interventi, la valutazione di convenienza economico-sociale prescinde dalle modalità di copertura del fabbisogno di spesa previsto per ogni investimento (Unità Tecnica Finanza di Progetto, 2002b, p. 6). L'importanza assegnata alla valutazione di convenienza economico-sociale è efficacemente rimarcata dalla seguente posizione espressa da uno dei componenti dell'Utfp (Germani, 2005, p. 12):

«[...] Il ricorso al project finance non può essere in nessun caso la soluzione di ultima istanza a cui l'amministrazione si affida non sapendo bene che fare, ma è una opzione a cui l'ente pubblico ricorre con determinazione, consapevole che, per la realizzazione di quella specifica opera, questa è la scelta che massimizza il valore per la collettività (*Value for Money*). Tale scelta trova giustificazione sulla base delle risultanze dello studio di fattibilità. Uno studio di fattibilità propedeutico al ricorso alla finanza privata dovrebbe per-

tanto contenere elementi quali l'individuazione dei bisogni della PA che si soddisfano attraverso l'opera, la conformità urbanistica, le eventuali cause ostative alla sua realizzazione, l'impatto socio-ambientale, i costi e tempi della sua costruzione ed entrata in esercizio, la remunerazione attesa in fase di gestione».

Nell'approfondire il tema della valutazione *ex-ante* delle iniziative di *PF* ci si è focalizzati sulla metodologia messa a punto dall'Unità tecnica finanza di progetto (Utfp) perché tale organo: a) ha ricevuto una legittimazione ad operare per via di una legge dello Stato e b) con riferimento al valore degli investimenti previsti, ha assistito una quota significativa di progetti dell'ambito sanitario⁹.

Tuttavia, occorre rilevare che l'Utfp istituita presso il CIPE non rappresenta l'unico organismo operante nel nostro Paese a sostegno delle iniziative di *PF*, infatti, in alcuni contesti sono state attivate le Unità tecniche di finanza di progetto regionali (Utfpr)¹⁰. Seppure, per la predisposizione di questo contributo, non si sia proceduto all'acquisizione ed allo studio delle procedure di valutazione delle iniziative di *PF* adottate dalle Utfpr o dalle singole aziende sanitarie che hanno intrapreso progetti di finanza di progetto, tuttavia, in altri scritti si sostiene che, a volte, risultano applicati modelli accostabili alla tecnica del *VFM* (Gatti, Germani, 2003; Utfp, 2004c, p. 19)¹¹.

Quanto scritto in precedenza consente di effettuare alcune valutazioni di sintesi sulla valutazione delle iniziative di *PF* nel Ssn:

1) sebbene possa risultare condivisibile la preoccupazione di progettare iniziative di *PF* che siano remunerative per il partner privato, pena l'impossibilità di ottenerne il coinvolgimento, appare discutibile l'eventuale prassi di ordinare i possibili progetti identificati in fase di programmazione tenendo conto del solo grado di «appetibilità» per il soggetto privato. Agendo in tale modo, si potrebbe preferire uno specifico investimento pubblico più per la sua capacità di attrarre finanziamenti privati che per la reale capacità di soddisfare i bisogni avvertiti dalla collettività. Gli investimenti più «attraenti» per il settore privato non necessariamente coincidono con quelli

più urgenti al fine di soddisfare le esigenze dei cittadini (né con quelli economicamente più convenienti per l'azienda od amministrazione pubblica). Portando all'estremo le conseguenze di tale modalità di selezione degli investimenti pubblici, si potrebbe sostenere che il soggetto politico, eletto per stabilire le priorità da perseguire, dovrebbe rinunciare a tale potere per decidere in base alle preferenze espresse da uno o più finanziatori privati. Per le motivazioni appena esposte si ritiene di non condividere la preoccupazione prioritaria, espressa in alcuni scritti sul *PF* applicato alla sanità pubblica italiana, di identificare modalità operative affinché l'operazione in oggetto possa divenire redditizia e, pertanto, attraente per il privato;

2) da quanto scritto nel precedente punto emerge la necessità di affiancare (e meglio ancora di anteporre) all'analisi della convenienza economico-finanziaria per il privato un'analisi della convenienza economica e sociale per la collettività degli investimenti che si intendono realizzare mediante il *PF*. A tale riguardo si rileva che, nonostante nei documenti operativi dell'Utfp venga ammessa la non esaustività dell'analisi economico-finanziaria, tuttavia: a) in tale documentazione non si precisa né cosa si debba intendere esattamente per analisi della convenienza economico-sociale né come questa possa essere condotta e b) non si chiarisce in che modo si potrebbe scegliere fra soluzioni alternative nel caso in cui, come è probabile che accada, le due tipologie di valutazioni in analisi giungano all'identificazione di differenti ordini di priorità;

3) risulta auspicabile che, soprattutto in settori delicati come quello sanitario, possano essere adottati modelli di valutazione del *PF* che assumano la prospettiva del cittadino sia in qualità di «soggetto economico» che di «utente». Nel primo caso, mediante l'utilizzo di strumenti di misurazione economico-finanziaria, potrà essere stimata la convenienza economica per la collettività di un'iniziativa di *PF* rispetto alle altre possibili alternative di finanziamento. Assumendo la prospettiva del «cittadino-utente» ed adottando procedure e modelli di valutazione di tipo economico-sociale, si potranno effettuare delle valutazioni inerenti ad aspetti quali l'impatto sull'efficacia dei (oltre che sull'accessibilità ai) servizi pubblici dell'eventuale

realizzazione, mediante finanza di progetto, di un investimento;

4) da un lato la presenza sia dell'Utfp istituita presso il Cipe che delle Utfpr e, dall'altro, il fatto che il coinvolgimento dell'Utfp è per le aziende ed amministrazioni pubbliche facoltativo, comportano l'applicazione di diversi modelli e procedure di valutazione delle iniziative di *PF*. Tale molteplicità di approcci costituisce un ulteriore elemento di differenziazione dall'esperienza inglese caratterizzata da unico modello valido a livello nazionale: la tecnica del *VFM*. Seppure l'autonomia regionale potrebbe ostacolare lo sviluppo di un solo approccio di valutazione delle iniziative di *PF*, tuttavia, ci sembra utile tentare di pervenire ad un modello condiviso che contenga gli aspetti positivi delle migliori prassi di valutazione sperimentate in Italia ed all'estero.

3.2. Effetti di medio-lungo termine e di sistema

La valutazione inerente al *NHS* secondo la quale una crescita non controllata delle iniziative di *PF* potrebbe minare la capacità futura di indebitamento del sistema sanitario è valida anche per il Ssn. Tuttavia, per proporre delle riflessioni più approfondite è opportuno soffermarsi su due peculiarità che caratterizzano il nostro contesto, ovvero:

a) la programmazione degli investimenti può coinvolgere, a seconda delle iniziative da intraprendersi, il Ministero della salute e/o le Regioni (e le Province autonome). Infatti, sembra ragionevole ipotizzare che mentre a livello ministeriale potrebbero essere promosse soprattutto iniziative tese a ridurre gli squilibri riguardanti le infrastrutture sanitarie presenti nel Paese, invece, le singole Regioni (e le Province autonome) dovrebbero stabilire gli interventi di edificazione e di ristrutturazione da realizzare prestando attenzione alle esigenze ed alla caratteristiche del territorio di loro competenza;

b) l'equilibrio finanziario (nonché il rispetto degli impegni finanziari assunti con terzi) in ambito sanitario risulta, in ultima istanza, di responsabilità delle singole Regioni. Pertanto, a prescindere da chi sia il soggetto dal quale giunge l'impulso alla realizzazione di nuovi investimenti pubblici in sanità, sono

le Regioni a doversi preoccupare della sostenibilità delle soluzioni di finanziamento da adottarsi.

In particolare, la seconda delle precedenti specificità porta a ritenere che, mentre, come scritto in precedenza, il *NHS* trarrebbe giovamento dalla costituzione di un'agenzia nazionale che possa procedere ad una valutazione integrata di tutte le iniziative di *PF*, invece, nel nostro Paese, dovrebbero essere le Regioni (e le Province autonome) a valutare le singole iniziative di finanza di progetto, promosse nel territorio di loro competenza, assumendo una «prospettiva sovraziendale». A tal fine tanto le *Utfpr* quanto i nuclei di valutazione regionali degli investimenti pubblici potrebbero svolgere un ruolo di primo piano.

La letteratura sul *PF* nel *NHS* ha evidenziato che lo sviluppo di tale politica di finanziamento degli investimenti, che si basa sulla capacità della singola azienda di attrarre risorse dal settore privato, potrebbe accentuare la già forte tensione alla massimizzazione dei risultati a livello di singola azienda ed ostacolare l'assunzione di decisioni che comportino dei miglioramenti a livello di sistema (Pollock *et al.*, 2002). Tuttavia, nel contesto italiano, le vicende connesse con l'aggiudicazione alle aziende sanitarie di alcuni finanziamenti statali straordinari dimostra che la visuale sistemica, necessaria nella programmazione degli investimenti sanitari pubblici, può mancare anche quando il finanziatore è rappresentato dallo Stato (Mele, Virno, 1995; Marsilio, Vecchi, 2004). Laddove le risorse vengano assegnate dallo Stato alle Regioni (e dalle Regioni alle Aziende sanitarie) in assenza di una puntuale analisi dei reali bisogni locali ed in mancanza dell'indicazione di vincoli e priorità nazionali (e regionali) il finanziamento pubblico non promuove il miglioramento del sistema, bensì, la competizione ad «accaparrarsi» fondi¹².

Gli studiosi dell'esperienza del *NHS* hanno rilevato che l'alternativa fra il *PF* ed il tradizionale finanziamento pubblico, modificando l'equilibrio fra servizi ospedalieri e quelli territoriali, può impattare sul bilanciamento esistente fra i differenti servizi sanitari. Anche a questo proposito, la storia italiana dei finanziamenti straordinari ero-

gati dallo Stato, finalizzati alla realizzazione di nuovi investimenti sanitari, evidenzia che tale squilibrio può avvenire anche in assenza di iniziative di *PF*. In particolare Mele e Virno (1995, p. 100 e ss.) hanno sostenuto, identificandone le cause, che una quota significativa dei finanziamenti previsti dall'art. 20 della legge 67/88 sono stati impiegati privilegiando l'ambito ospedaliero (piuttosto che quello territoriale) ed assegnando la priorità alla realizzazione di nuove edificazioni invece che ai completamenti o alle ristrutturazioni¹³.

Pertanto, le vicende trascorse del *Ssn* evidenziano che, alcune delle distorsioni che la dottrina inglese ha assegnato al finanziamento degli investimenti pubblici in sanità mediante il *PF*, ovvero, la mancanza di una visione sistemica nella programmazione degli interventi e la determinazione di uno sbilanciamento fra servizi sanitari, si possono associare anche alle iniziative di finanziamento pubblico mal governate.

4. Conclusioni

Nel presente contributo sono state identificate le principali critiche mosse dalla dottrina internazionale alla valutazione preventiva delle iniziative di *PF* nel *NHS*. Queste hanno riguardato: il reale *value for money* delle iniziative di *PF* e gli effetti di medio-lungo termine ed a livello di sistema sanitario prodotti dalla forma di *PPP* in oggetto.

Tenuto conto delle specificità del *Ssn* rispetto al *NHS* inglese, si è tentato di valutare la possibile validità delle precedenti critiche per la sanità pubblica del nostro Paese. In estrema sintesi, è emerso quanto segue:

- la necessità di pervenire a modelli di valutazione delle iniziative di *PF* che possano, oltre che verificare la convenienza di tali progetti per il soggetto privato, altresì assumere la prospettiva del cittadino sia in qualità di «soggetto economico» che di «utente». In un contesto di sanità pubblica, la valutazione dei costi e dei benefici per la collettività associati ai progetti di finanza di progetto dovrebbe costituire una verifica propedeutica rispetto a quella della convenienza economica per il soggetto privato;

- l'opportunità di creare un confronto fra diversi soggetti (*Utfp*, *Utfpr*, Regioni,

Aziende sanitarie, ecc.) sui modelli e sulle procedure di valutazione del *PF* applicati allo scopo di pervenire, laddove possibile, ad un modello condiviso che possa ispirarsi alle migliori prassi nazionali ed internazionali;

– la necessità di procedere, a livello di singola regione, ad una valutazione complessiva di tutte le iniziative di *PF* promosse in ambito regionale al fine di verificarne gli effetti sulla sostenibilità a livello di sistema sanitario regionale.

In futuro, le valutazioni in precedenza proposte potrebbero essere convalidate (ovvero confutate) per mezzo della realizzazione di un'analisi empirica che consenta di effettuare una verifica puntuale delle prassi adottate dalle aziende sanitarie pubbliche italiane nella valutazione *ex-ante* delle iniziative di *PF*.

Il tema della finanza di progetto applicata all'ambito sanitario merita di essere approfondito allo scopo di analizzarne oltre che la valutazione *ex-ante* anche il funzionamento durante l'intera durata della *PPP*. Assumere tale prospettiva di indagine di lungo termine è essenziale per verificare la capacità delle iniziative di *PF* di rispondere efficacemente agli interessi delle collettività. Dal nostro punto di vista, i seguenti aspetti potrebbero costituire alcune delle tematiche meritevoli di interesse da parte della dottrina economico-aziendale:

– dal momento che i contratti costituiscono degli «strumenti imperfetti» per regolamentare le relazioni interaziendali, alcuni autori hanno considerato la fiducia un elemento indispensabile per consentire lo sviluppo di un reale «spirito di *partnership*» (Broadbent *et al.*, 2003b, pp. 176 e ss.; Grubnic, Hodges, 2003). Ma quale ruolo potrà svolgere lo sviluppo della fiducia fra i partner di un'iniziativa di *PF*? Quali condizioni potranno favorire (ovvero impedire) lo sviluppo della fiducia fra soggetto pubblico e privato?

– Alcuni autori hanno considerato il *PF* un possibile processo di riforma che potrà modificare la natura dei rapporti di lavoro nelle aziende sanitarie trasformandole in organizzazioni meno regolate dal cosiddetto controllo professionale e più governate per mezzo dell'attività contrattuale (Broadbent *et al.*, 2003b). Considerato che le aziende sanitarie hanno già vissuto, a partire dai primi

anni '90, una «colonizzazione manageriale» come risponderanno ad un'eventuale «seconda colonizzazione» basata sul rispetto degli accordi contrattuali? Spesso, l'introduzione delle logiche aziendalistiche ha prodotto un rigetto da parte della classe medica. Quale reazione avrà il personale sanitario a seguito dello sviluppo dell'attività contrattuale? Quali condizioni garantiranno (o impediranno) la convivenza fra controllo professionale e controllo normativo?

– Le iniziative di *PF* costituiscono accordi di lungo termine, pertanto, dovranno essere valutate non solo *ex-ante*, bensì, periodicamente anche *ex-post*. Al momento i modelli di valutazione impiegati nella prassi si focalizzano sulla valutazione *ex-ante* delle iniziative di *PF*, ma per comprendere pienamente i costi ed i benefici per la collettività di tale politica di finanziamento occorrerà definire modelli di valutazione consuntiva.

Solo delle future analisi, tese ad approfondire come effettivamente evolveranno i rapporti fra il soggetto pubblico e quello privato, potranno contribuire sia a fornire delle possibili risposte ai precedenti quesiti che ad identificare modelli efficaci di valutazione *ex-post* delle iniziative di *PF*.

Ringraziamenti

L'autore ringrazia l'ingegner Alberto Germani dell'Unità Tecnica Finanza di Progetto e la dottoressa Carla Donati responsabile del Settore Investimenti Sanitari della Regione Toscana per le informazioni fornite. Si ringrazia, altresì, il dottor Pasquale Ruggiero del Dipartimento di Studi Aziendali e Sociali (Università degli Studi di Siena) ed i due *referee* anonimi per le annotazioni fatte ad una precedente versione di questo scritto.

Note

1. In proposito si vedano i risultati della ricerca sulle finanze realizzata dall'Osservatorio di Finlombarda sintetizzati nel *Sole 24Ore Sanità* del 5-11 luglio 2005, pp. 22-23.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*.
4. Come rilevano Marsilio e Vecchi (2004, pp. 162-163), prima del 1988, anno di avvio del programma pluriennale degli investimenti in sanità con la legge 67/1998 art. 20, il finanziamento degli investimenti pubblici in sanità avveniva annualmente, infatti: «alle Regioni veniva attribuita una quota del Fsn [Fondo sanitario nazionale] per gli investimenti in conto capitale, definita su base capitaria. Si trattava di una

forma di finanziamento che interessava tutti i settori dell'edilizia sanitaria [...] e che prevedeva un flusso di risorse in entrata continuo e certo, sulla base del quale era possibile programmare nel medio-lungo periodo gli interventi da effettuare, consentendo alle unità di programmazione regionali di raggiungere una sicurezza procedurale indispensabile per la formazione dei progetti».

5. Per degli approfondimenti sul *VFM* si vedano più diffusamente Bowerman (1996) e Morin (2001).
6. In tema di possibili effetti del *PF* sulla distribuzione intergenerazionale del reddito si veda Mayston, 1999, pp. 258-261. Sulle possibili ricadute delle iniziative di *PF* sull'accessibilità ai servizi si vedano Sussex (2003) e Shaoul (2005).
7. Per un'analisi di dettaglio sulle metodologie di allocazione dei rischi fra i due *partner* si veda Pompella (1999).
8. La metodologia di valutazione delle iniziative di *PF* impiegata dall'Utfp è stata recentemente integrata da un'analisi inerente alla congruità del trasferimento pubblico. Sull'argomento si rimanda a Germani (2005), p. 15.
9. Nel periodo gennaio 2003 – aprile 2004, l'Utfp ha assistito progetti di *PF* connessi con l'ambito sanitario per 432,88 milioni di euro (si veda Utfp, 2004b, p. 16). Per poter avere un'idea della «quota di progetti» sostenuti dall'Utfp è utile rilevare che nello stesso arco temporale sono state pubblicate gare di concessione per 1.433 milioni di euro (cfr. gli avvisi di gara pubblicati nel sito dell'Osservatorio nazionale della finanza di progetto - www.info.pieffe.it).
10. Fra le Regioni che hanno costituito le Unità tecniche di finanza di progetto regionali (Utfpr) è possibile citare la Lombardia, il Lazio e la Campania. Per alcuni approfondimenti si rimanda ad Amatucci (2002, p. 249) e Ricchi (2004, p. 101 e seguenti).
11. Ad esempio, Gatti e Germani (2003) hanno rilevato che l'iniziativa di *PF* riguardante il nuovo ospedale di Mestre, la cui proposta fu avanzata dall'azienda sanitaria locale n. 12 di Venezia, è stata preceduta da un'analisi di tipo *VFM*. Ancora l'Unità tecnica finanziaria di progetto (2004c, p. 19) ha evidenziato che tecniche di valutazioni accostabili a quella del *VFM* sono sempre più diffuse a livello regionale.
12. Tale situazione è ben sintetizzata nel seguente passo di Mele e Virno (1995, pp. 101-102) che si focalizza sul comportamento adottato, verso la fine degli anni '80, dalle allora Unità sanitarie locali: «Le Usl hanno presentato piani di investimento tendenti a individuare il maggior numero possibile di interventi, anche indipendentemente dagli obiettivi del piano. Ciò si spiega con il permanere di una forte concorrenzialità tra le Usl, derivante dalla tradizionale scarsità di risorse in conto capitale e dalla necessità da parte di ciascuna di assicurarsi una quota significativa delle stesse. Sebbene le disponibilità finanziarie del programma straordinario fossero ben maggiori di quelle assegnate annualmente sul fondo sanitario, le Usl non hanno rinunciato a una sorta di gioco al rialzo, consistente nel richiedere 100 per ottenere 10. [...] Anche le Regioni particolarmente efficienti in materia di programmazione hanno dovuto tracciare il quadro degli interventi partendo dalle proposte delle Usl, alle quali era stato chiesto di definire i fabbisogni complessivi pluriennali per le diverse linee di intervento. In non pochi casi ci risulta che le Regioni abbiano dovuto subire le indicazioni provenienti dalle Usl e che l'influenza di queste ultime, manifestatasi in modi e forme tali da alterare anche significativamente le azioni programmatiche tracciate autonomamente dagli organi regionali, abbia alla fine reso frammentaria e poco coerente la politica di investimento a livello regionale».
13. Inoltre, se si consulta la banca dati dell'Osservatorio nazionale sul *Project Financing* (www.infopieffe.it) e si analizzano gli avvisi di gara e le aggiudicazioni riguardanti i progetti di *PF* dell'ambito socio-sanitario relativi al periodo gennaio 2003-agosto 2005, è possibile riscontrare un elevato numero di iniziative riguardanti non i presidi ospedalieri, bensì, le strutture dell'ambito territoriale (RSA, centri diurni, case protette, poliambulatori, centri termali, ecc.). Per un approfondimento sull'Osservatorio nazionale sul *Project Financing* si veda Ricchi (2004).

B I B L I O G R A F I A

- AMATUCCI F. (2002), *Il project Finance nelle aziende pubbliche. Strumenti di finanziamento per enti locali e aziende sanitarie. Le novità della legge 166/2002*, Egea, Milano.
- BALL R., HEAFEY M., KING D. (2000), «Private Finance Initiative – a good deal for the public purse or a drain on future generations?», *Policy & Politics*, vol. 29, 1, pp. 95-108.
- BORGONOVÌ E. (2000), «Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie», in U. Bocchino (a cura di), *Manuale di controllo di gestione*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- BOWERMAN M. (1996), «The Rise and Fall of Value for Money Auditing», in I. Lapsley, F. Mitchell (edited by), *Accounting and Performance Measurement*, London: Paul Chapman Publishing Ltd.
- BOYLE S. (1997), «The Private Finance Initiative Undermines Rational Planning of Health Services», *British Medical Journal*, vol. 314, pp. 1214-1215.
- BROADBENT J., GILL J., LAUGHLIN R. (2003a), «Evaluating the Private Finance Initiative in the National Health Service in the UK», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 16, 3, pp. 422-445.
- BROADBENT J., GILL J., LAUGHLIN R. (2003b), «The Development of Contracting in the Context of Infrastructure Investment in the UK: The Case of the Private Finance Initiative in the National Health Service»,

- International Public Management Journal*, vol. 6, 2, pp. 173-198.
- COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA (1999), *Regolamento istitutivo dell'Unità Tecnica Finanza di Progetto*, Delibera CIPE del 9 giugno 1999, n. 80, www.cipecomitato.it.
- DAWSON D., MAYNARD A. (1996), «Private Finance for the Public Good?», *British Medical Journal*, vol. 313, p. 312.
- EDWARDS P., SHAOUL J. (2003), «Partnerships: for better, for worse?», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 16, 3, pp. 397-421.
- FROUD J., SHAOUL J. (2001), «Appraising and evaluating PFI for NHS hospitals», *Financial, Accountability & Management*, vol. 17, 3, pp. 247-270.
- FROUD J. (2003), «The Private Finance Initiative: risk, uncertainty and the state», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 28, 6, pp. 567-589.
- GAFFNEY D., POLLOCK A.M., PRICE D., SHAOUL J. (1999), «The private finance initiative: The politics of the private finance initiative and the new NHS», *British Medical Journal*, vol. 319, pp. 249-253.
- GAFFNEY D., POLLOCK A.M. (1999), «Pump-Priming the PFI: Why are Privately Financed Hospital Schemes Being Subsidized?», *Public Money & Management*, vol. 19, 1, pp. 55-62.
- GATTI S., GERMANI A. (2003), «Le applicazioni del project finance nel settore sanitario: stato dell'arte e prospettive di utilizzo in Italia», *Economia & Management*, 3, pp. 91-108.
- GERMANI A. (2005), «L'evoluzione del Pf: ora i nodi sono la ripartizione dei rischi e le garanzie volute dalle banche», *Edilizia e Territorio – Il sole 24 ore*, n. 10, pp. 10-15, disponibile su www.utfp.it.
- GREENAWAY J., SALTER B., HART S. (2004), «The Evolution of a "Meta-Policy": The Case of the Private Finance Initiative and the Health Sector», *The British Journal of Politics and International Relations*, vol. 6, 4, pp. 507-526.
- GRUBNIC S., HODGES R. (2003), «Information, Trust and the Private Finance Initiative in Social Housing», *Public Money & Management*, vol. 23, 3, pp. 177-184.
- HM TREASURY (2004), *Value for Money. Assessment Guidance*, www.hm-treasury.gov.uk.
- HEALD D. (2003), «Value for money tests and accounting treatment in PFI schemes», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 16, 3, pp. 342-371.
- MAYSTON D. (1999), «The private finance initiative in the National Health Services: an unhealthy development in new public management?», *Financial Accountability & Management*, vol. 15, n. 3/4, pp. 249-274.
- MARSILIO M., VECCHI V. (2004), «Il finanziamento degli investimenti in sanità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- MELE G., VIRNO C. (1995), «La programmazione mancata: il caso degli investimenti pubblici nel settore sanitario», *Economia Pubblica*, vol. 25, 1, pp. 67-106.
- MORIN D. (2001), «Influence of value for money audit on public administrations: looking beyond appearances», *Financial, Accountability & Management*, vol. 17, 2, pp. 99-117.
- POLLOCK A.M., DUNNINGAN M., GAFFNEY D., MACFARLANE A., AZEEM F.M. (1997), «What happens when the private sector plans hospital services for the NHS: three case studies under the private finance initiative», *British Medical Journal*, vol. 314, pp. 1266-1271.
- POLLOCK A.M., DUNNINGAN M., GAFFNEY D., PRICE D., SHAOUL J. (1999), «Planning the "New" NHS: Downsizing for the 21st Century», *British Medical Journal*, vol. 319, pp. 179-184.
- POLLOCK A.M., SHAOUL J., VICKERS N. (2002), «Private finance and "value for money" in NHS hospital: a policy in search of a rationale?», *British Medical Journal*, vol. 324, pp. 1205-1209.
- POMPELLA M. (1999), *Il finanziamento degli investimenti infrastrutturali. Opere pubbliche e Project Financing*, D'Anselmi Editore, Roma.
- RICCHI M. (2004), «Project financing: le ragioni dell'exploit e le ragioni della prudenza», in G.F. Ferrari e F. Fracchia (a cura di), *Project Financing e Opere Pubbliche*, Egea, Milano.
- RODNEY W., GALLIMORE P. (2002), «Risk assessment in PFI schemes for primary health care», *Facilities*, vol. 20, 1/2, pp. 52-60.
- SHAOUL J. (2005), «A critical financial analysis of the Private Finance Initiative: selecting a financing method or allocating economic wealth?», *Critical Perspectives on Accounting*, vol. 16, pp. 441-471.
- STIGLITZ J. E. (1993), *Economia del settore pubblico*, Hoepli, Bologna.
- SUSSEX J. (2003), «Public-private partnerships in hospital development: lessons from the UK's Private Finance Initiative», *Research in Healthcare Financial Management*, vol. 8, 1, pp. 59-76.
- UNITÀ TECNICA FINANZA DI PROGETTO (2002a), *Edilizia sanitaria. Analisi di settore*, www.utfp.it.
- UNITÀ TECNICA FINANZA DI PROGETTO (2002b), *La valutazione della convenienza economico-finanziaria nella realizzazione e gestione degli investimenti pubblici con il ricorso alla finanza privata*, www.utfp.it.
- UNITÀ TECNICA FINANZA DI PROGETTO (2002c), *Attività di supporto e assistenza alle pubbliche amministrazioni. Estratto dalla relazione annuale 2002*, www.utfp.it.
- UNITÀ TECNICA FINANZA DI PROGETTO (2004a), *Partenariato pubblico – privato per la realizzazione di opere pubbliche: impatto sulla contabilità nazionale e sul debito pubblico. Decisione Eurostat, 11 febbraio 2004 - Treatment of public-private partnerships*, www.utfp.it.
- UNITÀ TECNICA FINANZA DI PROGETTO (2004b), *Relazione sull'attività svolta dall'Unità Tecnica Finanza di Progetto*, www.utfp.it.
- UNITÀ TECNICA FINANZA DI PROGETTO (2004c), *Libro Verde relativo ai partenariati pubblico-privati ed il diritto comunitario degli appalti pubblici e delle concessioni. Osservazione dell'Unità Tecnica Finanza di Progetto*, www.utfp.it.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche. Aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche*, Giuffrè, Milano.

Testi di utile consultazione

- AMATUCCI F., BOINDI Y. (2002), «Project finance nel settore sanitario italiano: esperienze e modalità di applicazione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.

- GILBERTI A., CALVETTA B. (2004), «Il project financing nella sanità», *Sanità Pubblica e Privata*, Fascicolo 4, pp. 403-426.
- HODGES R., MELLETT H. (1999), «Accounting for the Private Finance Initiative in the United Kingdom National Health Service», *Financial Accountability & Management*, vol. 15, 3/4, pp. 275-290.
- HODGES R., MELLET H. (2004), «Reporting PFI in Annual Accounts: A User's Perspective», *Public Money & Management*, vol. 24, 3, pp. 153-158.
- HODGES R., MELLET H. (2005), «Accounting for the UK's Private Finance Initiative: An Interview-Based Investigation», *Abacus*, vol. 41, 2, pp. 159-180.
- HODGES R., MELLET H. (2005), «Accounting for the UK's Private Finance Initiative: An Interview-Based Investigation», *Abacus*, vol. 41, 2, pp. 159-180.
- MENEGUZZO M. (1999), «Dal piano straordinario poliennale alla finanza di progetto. Modalità innovative di finanziamento degli investimenti delle A.s.l. negli anni 90», *Mecosan*, vol. 29, pp. 35-44.
- RUTELLA V. (2005a), «Il project financing nel settore ospedaliero», *Politiche sanitarie*, volume 6, fascicolo 1, pp. 12-22.
- RUTELLA V. (2005b), «Il project financing per la realizzazione di opere di edilizia ospedaliera», *Tendenze nuove*, fascicolo 2, pp. 215-240.
- RUTHERFORD B.A. (2003), «The social construction of financial statement elements under Private Finance Initiative schemes», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 16, 3, pp. 372-395.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
 - 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.
- Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. 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.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

Analisi preliminare all'ottimizzazione dell'attività di day surgery

GIANLUIGI TRIANNI, ELENA VECCHI

The Teaching Hospital of Modena, in 2002, distributed 20.269 surgical hospitalisations. 8.808 of this, 43.46% of total, doing in Day Surgery. Aim of the study is to identify methodology and results of a retrospective evaluation of organizing appropriateness making in 2005 during the discussion of budget, of the total of this hospitalisation. The Main Procedures of each surgical hospitalisations was analyzed through a list of surgical procedures included in DGR 559/2000 of Emilia Romagna Region realizable in Day Surgery and/or Ambulatory. The area of optimisation, identifiable like the total of surgical procedures transferable to a care level inferior of which making but at the same level of security, consists of 7.850 surgical procedures, 38.7%. An Informed Operatory Register could be a useful support for the evaluation of organizing appropriateness of surgical procedures and it would permit to override the traditional sampling of clinical papers.

Note sugli autori

Gianluigi Trianni è Direttore Generale Ausl Lecce 1 ed è stato nello Staff del Direttore Generale Appropriata Clinico Organizzativa dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena
Elena Vecchi è dottoranda di Ricerca in Sanità Pubblica presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

1. Introduzione

Negli anni la *day surgery* è andata diffondendosi anche sulla spinta dello spirito emulativo-competitivo che ha coinvolto le istituzioni sanitarie e i professionisti nell'erogazione di prestazioni di terapia chirurgica caratterizzate da brevissimi tempi di degenza pre e post-operatoria.

Dalla letteratura internazionale si evince che nel 1999 in Belgio l'insieme di *day surgery* e *short stay surgery* è ammontato al 20% dell'intera casistica chirurgica. Nello stesso anno in Finlandia la *day surgery* ammontava al 39% degli interventi chirurgici; mentre a Boston nel 2001 si attestava sul 53%, e in Norvegia nell'anno 2002 era pari al 55% della casistica chirurgica.

In Italia la percentuale di ricoveri in *day surgery* sul totale dei Drg chirurgici nel 2002 ha oscillato tra il 21,6% ed il 49,4%, con un trend incrementale rispetto al 2001 anno nel quale il range di oscillazione era risultato tra il 17% ed il 48,2% (ASSR, 2002).

Ciò è stato reso possibile dall'affermarsi di tecniche chirurgiche sempre meno «demolitiv» e di tecniche anestesiolgiche con effetti collaterali contenuti, rese possibili da strumentazioni e farmaci sempre più raffinati. L'adozione di tali tecnologie terapeutiche ha consentito nel tempo di perseguire nuovi obiettivi di ottimizzazione d'uso delle risorse ospedaliere e di soddisfacimento della domanda di prestazioni sanitarie, in un quadro sociale mutato nel quale la dimensione tempo è andata acquisendo un valore crescente ed una posizione prioritaria nella scala del giudizio d'efficienza e di gradimento degli utilizzatori dei sistemi sanitari.

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Obiettivi
3. Materiali e metodi
4. Risultati
5. Critica dei risultati
6. Conclusioni

Ma non solo l'ottimizzazione d'uso delle risorse, cioè l'efficienza, è conseguibile con la *day surgery*: nella letteratura internazionale sono segnalati anche i vantaggi di efficacia clinica e di sicurezza per i pazienti che la *day surgery* offre. Ad esempio più autori concordano sul fatto che, la *day surgery* consente non solo di diminuire la durata dell'anestesia e dell'ospedalizzazione post-operatoria, ma anche di ridurre le complicanze post-operatorie precoci e tardive, con conseguente calo delle riammissioni e delle infezioni nosocomiali, se sono rispettati i parametri di selezione dei pazienti da sottoporre a procedure in *day surgery*, quali:

- il codice ASA non superiore ad I o II;
- il BMI < 32;
- l'età compresa 14-64 anni;
- la vicinanza all'ospedale;
- il supporto familiare a domicilio (Martinsen, 2004; Philips, 2003).

Peraltro più recentemente, sulla base dei risultati della pratica clinica, l'indicazione dell'esecuzione in *day surgery* di procedure chirurgiche è stata collegata più al tipo di chirurgia e di anestesia che al profilo clinico dei pazienti. Si sono infatti eseguiti interventi su pazienti dai 6 mesi ai 100 anni di vita, su pazienti con ASA I o II o III e talvolta anche con ASA IV, su pazienti obesi e su pazienti con ipertermia maligna.

Le sole controindicazioni alla *day surgery* sembrano ricondursi a:

- malattie di una certa importanza non ottimamente gestite (angina instabile, asma sintomatico);
- obesità complicata da patologie con sintomatologia cardiovascolare o respiratoria;
- utilizzo cronico di farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale e di cocaina;
- infanti ex-prematuri con età di vita inferiore alle 60 settimane post-concepimento;
- assenza di adulto responsabile a domicilio per le cure nella serata dopo l'intervento (White, 2004).

Parallelamente e non casualmente la letteratura scientifica prodotta dai clinici, chirurghi ed anestesisti, ha avuto nel corso degli anni una significativa evoluzione incentrandosi sulla quantificazione degli eventi av-

versi negli anni '80, passando alla identificazione ed alla valutazione di significatività statistica dei fattori predittivi di eventi avversi nei primi anni '90, agli aspetti più direttamente organizzativi alla fine degli anni '90 e, dai primi anni 2000, alla promozione delle tecniche di definizione del consenso dei professionisti al trasferimento in *day surgery* di nuove procedure chirurgiche.

Si può ben comprendere, pertanto, come non possa non essere anche obiettivo della programmazione sanitaria ospedaliera ai vari livelli istituzionali, nazionale, regionale e locale, il trasferimento di casistica chirurgica dal livello assistenziale della degenza ordinaria al livello assistenziale del *day hospital* o, addirittura, al livello assistenziale delle attività ambulatoriali.

2. Obiettivi

In ragione dell'interesse delle risultanze e delle metodologie testate, gli autori hanno ritenuto opportuno illustrare, pur con qualche tempo di ritardo, uno studio espletato nel 2004 a supporto delle attività di *budgeting* e di programmazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Modena per l'anno 2005.

In quell'anno, infatti, quale base dati per condurre le contrattazioni di *budget*, e la connessa attività di programmazione, si scelse la casistica dell'anno 2002 per due ragioni: in primo luogo perché in virtù dei tempi tecnici normativamente necessari da parte delle strutture di controllo regionali tale casistica risultava l'unica disponibile in forma validata su base annua, e in secondo luogo perché nel corso del 2004 era stata conclusa anche la sua validazione in quanto base contabile per la regolazione dei rapporti economici tra azienda produttrice, l'azienda ospedaliero-universitaria Policlinico di Modena e le aziende committenti, l'azienda Usl di Modena in particolare.

Obiettivo dello studio di che trattasi fu di produrre evidenze utili all'ottimizzazione d'uso delle risorse e quindi al miglioramento organizzativo dell'attività di *day surgery* e di Chirurgia ambulatoriale, nonché alla programmazione degli investimenti culturali, in formazione ed aggiornamento, necessari al cambiamento.

Più in particolare si tese a definire rispetto alla già cospicua attività in *day surgery* nel

2002 risultata ammontare a n. 8.808 prestazioni chirurgiche, pari al 43,46% del totale, un'ulteriore area d'ottimizzazione identificata come l'insieme delle prestazioni chirurgiche suscettibile di verifica di trasferibilità ad un livello assistenziale inferiore a quello al quale sono state erogate a parità di sicurezza.

Era ipotesi da verificare infatti che tale area rimanesse consistente, e da misurarsi, anche in quelle Aziende, e nelle loro strutture chirurgiche, che avessero già adottato in maniera diffusa e consistente l'organizzazione per i livelli assistenziali di *day surgery* e di chirurgia ambulatoriale.

La non infondatezza di tale ipotesi era confermata dalle pre-citate evidenze dei dati pubblicati dall'Assr che segnalavano per l'anno 2002 in alcune regioni italiane un'oscillazione dell'indice di *day surgery* tra il 21,6% ed il 49,4%, mentre i dati internazionali riferiti allo stesso anno riportavano Indici di *day surgery* superiori, come nel caso del 55% della Norvegia.

Più in particolare obiettivo dello studio condotto tramite valutazione retrospettiva della appropriatezza organizzativa dei ricoveri chirurgici espletati nel 2002 presso l'Azienda ospedaliero universitaria di Modena (Aou di Mo), fu di quantificare quanta parte dell'attività chirurgica espletata in regime di ricovero ordinario o di *day surgery* sarebbe stata espletabile in regime diverso da quello rilevato, cioè, rispettivamente, in regime di *day surgery* o in regime di chirurgia ambulatoriale nel caso dei ricoveri ordinari ed in regime ambulatoriale nel caso dei ricoveri in *day surgery*.

3. Materiali e metodi

3.1. Fonti normative

Fonte dei criteri di definizione di *day surgery* e di Chirurgia ambulatoriale, così come fonte dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, fu la Delibera Giunta Regionale n. 559/2000 della Regione Emilia-Romagna. Parte integrante della Del. G.R. 559/2000 erano due allegati elencanti, rispettivamente, n. 616 procedure effettuabili in *day surgery* e n. 281 procedure effettuabili in ambulatorio chirurgico. I due allegati contenevano peraltro n. 72 procedure in comu-

ne in quanto giudicate eseguibili sia in *day surgery* sia in regime ambulatoriale.

Tale fonte normativa, ai fini di studio fu preferita al Decreto emanato il 1 agosto 2002 dalla Conferenza Stato Regioni poiché pur rispecchiando appieno i tratti essenziali della Del. G.R. Emilia-Romagna n. 559/2000 circa i requisiti clinici, organizzativi e amministrativi per lo svolgimento dell'attività in *day surgery*, il Decreto della Conferenza Stato Regioni riportava in allegato n. 711 procedure eseguibili in regime di *day surgery*/Ambulatoriale contro le n. 907 procedure della Del. G.R. 559/2000, e non riportava un elenco separato di procedure eseguibili in modalità ambulatoriale, rimandando per queste al tariffario omonimo.

Le procedure erano codificate con i codici della Classificazione Internazionale delle Malattie – 9° versione – Modificazione Clinica (ICD-9-CM) Versione italiana della ICD-9-CM 1997.

Per ciascun ricovero assegnato a Drg chirurgico oggetto di studio si rilevò:

a) la presenza della «main procedure», cioè della procedura generante l'assegnazione al Drg chirurgico, nell'allegato 1 alla Del. G.R. 559/2000 «Elenco delle procedure chirurgiche effettuabili in *day surgery* (codifica ICD 9 CM) », o la presenza nell'allegato 2 della stessa delibera «Elenco delle procedure effettuabili in ambulatorio (codifica ICD 9 CM)». La presenza in entrambi gli allegati determinò l'inserimento delle procedure in una specifica e distinta lista. La mancata presenza in entrambi gli allegati diede origine ad un'ulteriore lista;

b) il codice ASA (*American Society of Anesthesiology*) del paziente sul quale la procedura era stata eseguita, inteso come indicatore di rischio clinico, accettato internazionalmente, in funzione della presenza o no di alterazioni organiche o funzionali;

c) il tipo d'anestesia.

3.2. Fonti dei dati

Le fonti dati furono:

– il Sistema informatizzato di gestione pazienti (e della SDO);

- il Registro operatorio informatizzato;
- il Sistema informatizzato di gestione procedure ambulatoriali.

3.3. Indicatori d'appropriatezza organizzativa

Tra i numerosi indicatori d'appropriatezza organizzativa disponibili si ritenne di utilizzare i 4 indici di seguito descritti sia, come nel caso dell'indice di *day surgery*, in quanto citati dalla normativa specifica e quindi passibili di consentire *benchmarking* con altre aziende sanitarie relativamente a casistica di *day surgery*, sia, come nel caso degli indici d'ambulatorialità, di *day surgery*/ambulatorialità Drg-specifico e di *day surgery*-procedura/Codice ASA-specifico in quanto utili a stimare l'entità del fenomeno della appropriatezza/inappropriatezza in maniera più analitica e specifica e quindi adattabile alle casistiche specialistiche sulle quali inevitabilmente sarebbe occorso condurre le attività di *audit* con i colleghi chirurgi delle varie discipline e con i colleghi anestesisti.

Indice di day surgery

Per ogni tipologia di *main procedure* rilevata, e prevista nell'allegato 1 alla Del. G.R. 559/2000 «Elenco delle procedure chirurgiche effettuabili in *day surgery* (codifica ICD 9 CM)», così come per quelle non previste nello stesso elenco ma eseguite almeno una volta in *day surgery*, si provvede a calcolare l'indice di *day surgery*, così come previsto dal Glossario degli Indicatori delle SDO della Regione Emilia-Romagna edito nel sito ufficiale www.regione.emilia-romagna.it.

$$IDS = \frac{\text{N. casi procedura-specifici eseguiti in } day\ surgery}{\text{N. casi procedura-specifici eseguiti in ricovero ordinario o diurno}}$$

Indice di ambulatorialità

Simmetricamente all'indice di *day surgery* si provvede a calcolare l'indice di ambulatorialità (IA).

Tale indice fu utilizzato anche al fine di quantificare l'entità delle procedure eseguite in via ambulatoriale tra quelle presenti sia nell'allegato 1 che nell'allegato 2 della Del. G.R. 559/2000, cioè considerate espletabili o in *day surgery* o in via ambulatoriale. Peraltro, tale indice è in grado di segnalare l'eventuale esecuzione in via ambulatoriale di procedure normalmente od ordinariamente da eseguirsi in *day surgery* ed è quindi indicatore dell'impatto sull'organizzazione del lavoro e sulle variabili della sicurezza clinica dell'adozione di nuove tecnologie di terapia chirurgica.

$$IA = \frac{\text{N. casi procedura-specifici eseguiti al (regime) livello assistenziale ambulatoriale}}{\text{N. casi procedura-specifici eseguiti a qualsiasi livello assistenziale (regime)}}$$

Indice di day surgery/ambulatorialità Drg specifico

Si provvede inoltre a calcolare l'indice di *day surgery*/ambulatoriale Drg specifico IDS/Drg, per ogni Drg tra quelli selezionati con almeno 1 caso in regime di *day surgery*.

$$IDS/Drg = \frac{\text{N. procedure eseguiti in } day\ surgery\ per\ Drg\ specifico}{\text{N. totale procedure eseguite per Drg specifico}}$$

Tale indice descrive la proporzione della casistica Drg specifica espletata in *day surgery* sul totale dei dimessi assegnati a ciascun Drg chirurgico oggetto di studio. Infatti l'erogazione di *main procedure* in alcuni casi avviene in favore di pazienti senza sintomatologie correlate

o complicanti la patologia oggetto dell'intervento diagnostico terapeutico invasivo o semi-invasivo, in altri casi invece l'erogazione di *main procedure* è accompagnata dall'erogazione di altre procedure assistenziali, rese necessarie dalla presenza di sintomi complicanti o correlati alla patologia principale, che condizionano sia il livello assistenziale di erogazione del profilo di diagnosi e cura prescritto.

Indice di day surgery-procedura/codice ASA-specifico

Da ultimo si ritenne utile calcolare l'*Indice di day surgery-procedura/Codice ASA-Specifico* che misura per ciascuna tipologia di procedura quante sono state espletate in *day surgery* su pazienti codice ASA-specifici.

$$\text{IDS/ASA} = \frac{\text{N. casi procedura-specifici e ASA-specifici eseguiti in DS}}{\text{N. casi procedura-specifici e ASA-specifici eseguiti in qualsiasi regime}}$$

Tale indice di *day surgery* procedura/codice ASA-specifico, appare utile a descrivere *ex post* livelli di rischio giudicati compatibili, e quindi possibili od auspicabili, da utilizzare come criterio di selezione dei pazienti per *day surgery*.

Tale indice varia da 0 a 1 (0% - 100%) e tende a 0 (0%) a codice ASA 5.

In generale, le misure statistiche utilizzate furono le frequenze assolute e relative.

4. Risultati

L'Azienda ospedaliero universitaria di Modena eseguì nell'anno 2002 un totale di 51.087 ricoveri di cui:

- n. 37.136 ricoveri in degenza ordinaria;
- n. 13.780 ricoveri in *day hospital*;
- n. 171 ricoveri in *hospice*.

I ricoveri per Drg chirurgico furono n. 20.269.

Di questi n. 8.808, pari al 43,46% del totale, furono erogati al livello assistenziale della *day surgery*.

L'indice di *day surgery* nel 2002 nell'Aou di Modena però:

- si sarebbe potuto considerare pari al 52,9% tenendo conto esclusivamente della casistica che presentava almeno una procedura erogata in *day surgery*, con esclusione quindi della casistica in *day surgery* riferita a prestazioni che per gravità clinica la Del. G.R. 559/2000 riteneva non erogabili in *day surgery*;

- si attestò sul 47,0% per le procedure non previste dalla Del. G.R. 559/2000.

L'insieme delle procedure espletabili in *day surgery* ed in forma ambulatoriale secondo gli allegati I e II della Del. G.R. 559/2000 risultò pari al 63,5% del totale.

4.1. Distribuzione dei Drg chirurgici per durata di degenza e appartenenza della *main procedure* alla Del. G.R. 559/2000

Le procedure chirurgiche complessivamente erogate nel 2002 a tutti i livelli assistenziali gestiti da Aou di Modena furono n. 48.566.

Di questi il 76,4% furono erogate in *day surgery* o in chirurgia ambulatoriale.

In particolare n. 13.827 prestazioni chirurgiche furono espletate al livello assistenziale della degenza ordinaria e n. 6.442 al livello assistenziale di *day hospital*.

Delle prestazioni erogate al livello assistenziale della degenza ordinaria, n. 2.366 risultarono erogate con ricoveri di un giorno, sì che, tenendo conto delle predette n. 6.442 espletate in D.H., furono erogate in *day surgery* n. 8.808 prestazioni chirurgiche, pari al 43,46% del totale (**tabella 1**).

4.2. Procedure in *day surgery*: distribuzione per Drg e indice di *day surgery*-Drg specifico

La distribuzione per Drg delle tre procedure di Chirurgia sul sistema nervoso identificate dalla Del. G.R. 559/2000 come espletabili in *day surgery* risultò a carico di ben 6 Drg chirurgici.

Dei 6 Drg chirurgici tre furono della MDC 1 relativa alle Patologie del sistema nervoso e due relativi alla MDC 8 «Apparato osteomuscolare e tessuto connettivo» ed uno alla MDC 21 «Traumi ed avvelenamenti» (**tabella 2**).

Ognuna delle tre procedure generò l'assegnazione del ricovero a più di un Drg, una addirittura a quattro.

Molto ampia risultò anche la variabilità dell'indice di *day surgery* Drg specifico, che oscillò dallo 0% per il Drg 7 al 100% per i Drg 229 e 443.

Si segnala in particolare il caso della procedura 4.43 «Liberazione del tunnel carpale», che da alcuni anni viene considerata eseguibile in regime ambulatoriale e che in questa casistica di 404 casi risultò espletata n. 376 volte in *day surgery* (IDS 93.1%).

Analoghe tabelle furono elaborate per le procedure chirurgiche delle altre sezioni della ICD-9-CM.

4.3. Procedure in *day surgery*: distribuzione per tipo di anestesia e codice ASA

Per tutte le procedure eseguite in *day surgery* reperibili nel Registro informatizzato di Sala operatoria furono prodotte schede descrittive. Si riporta l'esempio della procedura Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi SAI (Codice ICD-IX-CM: 53.05) per la quale nel 2002 si rilevò che la totalità degli interventi fu eseguita su pazienti con codice ASA I (69.2%) o II (23.9%) o III (6.8%).

Nell'ambito di questa distribuzione risultò che il 93.8% degli interventi su pazienti con codice ASA I era stato eseguito in *day surgery* (I.D.S. procedura-ASA specifico 93.8%), mentre per ASA II e ASA III l'I. D.S. Procedura-ASA specifico risultò rispettivamente di 17,9 e di 75% (**tabella 3**).

Tabella 1

Distribuzione dei Drg e delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche per tipologia di procedura

AOU di MO - Anno 2002									
Tipo di procedura	D.O. > 1 g.	D.O. = 1 g.	Totale D.O.	D.H.	Totale ricoveri DRG Chirurgico	Ambulatoriale	Totale generale (D.O. + D.S. + Amb.)	Totale D.S. osservati (D.O. = 1 g. + D.H.)	Indice di D.S./Amb. osservato
Procedure DGR 559/2000 solo Day Surgery	1.757	1.045	2.802	1.477	4.279		4.279	2.522	58,94
Procedure DGR 559/2000 solo Ambulatoriale	301	20	321	50	371	28.297	28.668	70	18,87
Procedure DGR 559/2000 Day Surgery o Amb.	69	164	233	928	1.161		1.161	1.092	94,06
Procedure no DGR 559/2000 almeno 1 volta in D.S.	5.723	1.137	6.860	3.987	10.847		10.847	5.124	47,24
Procedure no DGR 559/2000 mai in D.S.	3.611		3.611		3.611		3.611		
Totale generale	11.461	2.366	13.827	6.442	20.269	28.297	48.566	8.808	43,46

Tabella 2

Distribuzione per Drg delle procedure di Chirurgia sul SISTEMA NERVOSO (Codici 01 - 05)

AOU di MO - Anno 2002														
Codice	Descrizione	Procedure eseguibili in Day Surgery ex DGR 559/2000						Distribuzione per DRG						
		D.O. > 1 gr	D.O. = 1 gr	D.H.	Totale D.S.	TOTALE	Indice di Day Surgery	Codice DRG	D.O. > 1 gr	D.O. = 1 gr	D.H.	Totale D.S.	TOTALE	IDS/DRG
		N.	N.	N.	N.	N.	%		N.	N.	N.	N.	N.	N.
04.49	ALTRE DECOMPRESIONI DEI NERVI PERIFERICI E DEI GANGLI, O SEPARAZIONE DI ADERENZE	62	13	31	44	106	41,5	7	1	25	38	97	1	0,0
								8	59	4	4	6	39,2	
								234	2	2	2	2	66,7	
								443					100,0	
04.3	SUTURE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI	16	13	8	21	37	56,8	7	1	7	15	25	0	0,0
								8	10	8	6	11	60,0	
								443	5	1	6	11	54,5	
	Totale Procedure eseguibili in D.S. ex DGR 559/2000	78	26	39	65	143	45,5		78	26	39	143	45,5	
Procedure eseguibili in Day Surgery o in Chirurgia Ambulatoriale ex DGR 559/2000														
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	D.O. > 1 gr	D.O. = 1 gr	D.H.	Totale D.S.	TOTALE	Indice di Day Surgery	Codice DRG	D.O. > 1 gr	D.O. = 1 gr	D.H.	Totale D.S.	TOTALE	IDS/DRG
		N.	N.	N.	N.	N.	%		N.	N.	N.	N.	N.	N.
		28	23	353	376	404	93,1	6	28	22	349	371	399	93,0
								229		1	4	5	5	100,0
	Totale Procedure eseguibili in Day Surgery o in Ambulatorio ex DGR 559/2000	28	23	353	376	404	93,1		28	23	353	376	404	93,1
	TOTALE Chirurgia sul SISTEMA NERVOSO (01 - 05)	106	49	392	441	547	80,6		106	49	392	441	547	80,6
	% sul totale	19,38	8,96	71,7	80,62									

LEGENDA DRG

- 6 DECOMPRESIONE DEL TUNNEL CARPALE
- 7 INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC
- 8 INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC
- 229 INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC
- 234 ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC
- 443 ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC

Distribuzione per codice ASA e per Livello Assistenziale													
Tipologia delle Procedure Anestesiologiche	Codici ASA												Totali
	1			2			3			4 e 5			
	Livello Assistenziale			Livello Assistenziale			Livello Assistenziale			Livello Assistenziale			
	D.O. > 1	D.O. = 1	DH	D.O. > 1	D.O. = 1	DH	D.O. > 1	D.O. = 1	DH	D.O. > 1	D.O. = 1	DH	
Anestesia Generale	2	1	1		2								6
Anestesia Locale	1		12	1		1							15
Anestesia Locoregionale	2	3	3	1		3	1	2					15
Anestesia Locale Assistita		1	53	3	4	11		1	2				75
Anestesia Combinata													
Anestesia Topica													
Anestesia Paracervicale													
Anestesia Spinale		2			2		1	1					6
Sedazione													
TOTALE	5	7	69	5	8	15	2	4	2				117
IDS per ASA	93,8%			17,9%			75,0%						
% su totale	4,3%	6,0%	59,0%	4,3%	6,8%	12,8%	1,7%	3,4%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Tabella 3

5305 - Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI

4.4. Indice di *day surgery*-procedura specifico: distribuzione per Sezioni ICD-IX - CM

L'indice di *day surgery* relativamente alle procedure identificate dalla Del. G.R. 559/2000 come eseguibili in *day surgery*, risultò complessivamente pari a 63.5% (**tabella 4**)!

In particolare, si ritenne utile ai fini dell'ottimizzazione dell'attività e degli *audit* con i singoli gruppi di specialisti di branca calcolare l'indice di *day surgery* relativamente alle specifiche sezioni ICD-9-CM. Tale indice di *day surgery* sezione ICD-9-CM specifico risultò elevato per gli interventi sull'occhio (IDS 94.6%), sul rinoorofaringe (IDS 72.6%) e sui genitali femminili (IDS 79.3%). Al contrario basso risultò tale indice per le procedure chirurgiche sull'apparato urinario (IDS 14.0%).

Lo stesso indice calcolato sulle procedure non identificate dalla Del. G.R. 559/2000 come eseguibili in *day surgery* ma eseguite almeno in un caso in *day surgery*, presso Aou di Modena nel 2002 risultò elevato per gli stessi gruppi d'interventi ritenuti normativamente eseguibili in *day surgery* e per gli interventi sull'apparato respiratorio (IDS 85.4%).

Da segnalare il dato relativo all'apparato muscolo-scheletrico (IDS 49.4% pari a 993 procedure) per il numero assoluto delle procedure eseguite, e quindi eseguibili, in *day surgery*!

Ad ogni modo, l'indice di *day surgery* sezione ICD-9-CM specifico relativo alle procedure non identificate dalla Del.GR 559/2000 come eseguibili in *day surgery* ma eseguite almeno in un caso in *day surgery*, presso Aou di Modena nel 2002, risultò complessivamente pari a 47.0%!

5. Critica dei risultati

5.1. Distribuzione dei Drg chirurgici per durata di degenza e appartenenza della *main procedure* alla Del. G.R. 559/2000

La percentuale di 43.46% corrispondente agli 8.808 ricoveri chirurgici eseguiti in *day/one day surgery*, sui complessivi 20.269 eseguiti nel 2002 presso Aou di Modena, non rispecchia l'indice di *day surgery*, poiché lo stesso, convenzionalmente, si calcola esclusivamente sulle procedure giudicate eseguibili in *day surgery*.

Nello specifico la percentuale di 43.46% è influenzata dai 3.611 ricoveri per esecuzione

Procedure ex DGR 559/2000						
Sezioni ICD - 9 - CM	D.O. > 1 gg.	D.O. = 1 gg.	D.H.	Totale D.S.	TOTALE	Indice di day surgery
	N.	N.	N.	N.	N.	%
Nervoso 01-05	106	49	392	441	547	80,6
Endocrino 06-07						
Occhio 08-16	21	25	345	370	391	94,6
Orecchio 18-20	1	1	0	1	2	50,0
Rinoorofar 21-29	137	314	20	334	460	72,6
Respiratorio 30-34						
Cardiovascolare 35-39	269	55	371	426	695	61,3
Ematico e Linfatico 40-41	67	8	50	58	125	46,4
Digerente 42-54	326	151	386	537	863	62,2
Urinario 55-59	234	19	19	38	272	14,0
Genitali maschili 60-64	101	48	69	117	218	53,7
Genitali femminili 65-71	121	104	360	464	585	79,3
Muscoloscheletrico 76-84	450	329	191	520	970	53,6
Tegumenti 85-86	294	126	252	378	672	56,3
Misc. di proc. diagn.-terap. 87-99						
Totali proc. ex DGR 559/2000	2.127	1.229	2.455	3.684	5.800	63,5
Procedure non in DGR 559/2000						
Nervoso 01-05	145	13	83	70	241	29,0
Endocrino 06-07	182	29	2	31	213	14,6
Occhio 08-16	203	88	2.136	2.224	2.427	91,6
Orecchio 18-20	33	17	3	20	53	37,7
Rinoorofar 21-29	258	169	282	451	709	63,6
Respiratorio 30-34	36	199	11	210	246	85,4
Cardiovascolare 35-39	640	42	63	105	745	14,1
Ematico e Linfatico 40-41	149	7	266	273	422	64,7
Digerente 42-54	603	78	79	157	760	20,7
Urinario 55-59	11	4	0	4	15	26,7
Genitali maschili 60-64	136	60	113	173	309	56,0
Genitali femminili 65-71	2.118	57	224	281	2.399	11,7
Muscoloscheletrico 76-84	1.018	322	671	993	2.011	49,4
Tegumenti 85-86	186	51	39	90	276	32,6
Misc. di proc. diagn.-terap. 87-99	5	1	15	16	21	76,2
Totali proc. non ex DGR 559/2000	5.723	1.137	3.987	5.098	10.847	47,0
Totale generale	7.850	2.366	6.442	8.782	16.647	52,8

Tabella 4
Procedure ex
e non ex DGR 559/2000 -
Distribuzione
per sezioni ICD-9-CM
e livello assistenziale -
AOU di MO - Anno 2002

di procedure chirurgiche in neanche 1 caso espletate in *day surgery* (es. trapianti d'organo, impianto di protesi articolari ...), che vanno quindi escluse dal calcolo. Ciò facendo l'indice di *day surgery* risulta del 52.9%.

La valutazione di tale risultato deve però tener conto che esso comprende anche una quota di procedure chirurgiche eseguite in *day surgery*, ma eseguibili in modalità ambulatoriale.

Circa l'area di ottimizzazione da individuarsi come sommatoria o insieme di tutte le prestazioni chirurgiche in Aou di Modena nel 2002, si può osservare che:

– n. 16.658, valore ottenibile detraendo dal totale dei n. 20.269 Drg chirurgici erogati i n. 3.611 Drg con *main procedure* mai erogate al livello assistenziale inferiore della *day surgery* o della Chirurgia ambulatoriale, può essere considerato il limite superiore di ottimizzazione organizzativa delle attività chirurgiche nell'anno di riferimento 2002;

– n. 8.808, valore pari alla sommatoria delle attività di Day e one *day surgery* effettivamente eseguite può essere considerato il limite inferiore dell'area di ottimizzazione nel 2002;

– l'area di ottimizzazione nel 2002 fu quindi determinabile in 7.850 prestazioni chirurgiche.

In generale è da osservarsi che l'area di ottimizzazione comprende non solo prestazioni erogate in degenza ordinaria ed erogabili in *day surgery*, ma anche:

– prestazioni non erogabili in *day surgery* per mancanza dei requisiti di selezione citati nell'introduzione, quali ad esempio quelli relativi alla residenza o alla disponibilità di persone in grado di assicurare assistenza domiciliare;

– prestazioni erogate in *day surgery* ed erogabili in modalità ambulatoriale.

5.2. Procedure in *day surgery*: distribuzione per Drg e indice di *day surgery* - Drg specifico

Il caso delle *main procedure* di chirurgia del sistema nervoso ritenute eseguibili in *day surgery* o in ambulatoriale dalla Del.GR 559/2000, riportato in tabella 2, evidenzia ed

esemplifica come numerose procedure generino più Drg, ciascuno con un suo proprio indice di *day surgery* specifico.

Tale fenomeno è da riferirsi:

– al sistema di classificazione dei Drg, poiché nella assegnazione dei casi ai vari raggruppamenti diagnostici omogenei tiene conto della presenza di co-patologie e di complicanze di quadri clinici che comunque necessitano di terapia chirurgica espletata con la stessa *main procedure*;

– al fatto che la stessa procedura può essere erogata a pazienti con patologia principale riferibile ad altra categoria diagnostica maggiore;

– ad errori o incompletezza nella codifica delle variabili delle schede di dimissione ospedaliera.

Per contro fu anche rilevato che alcune tipologie di procedure generano lo stesso Drg. È questo infatti il caso della Chirurgia oculare, nella quale le procedure 8.31-«Correzione di blefaroptosi con intervento sui muscoli frontali, con sutura», 8.36-«Correzione di blefaroptosi con altre tecniche», 8.61-«Ricostruzione della palpebra con lembo d'innesto cutaneo» e 10.41-«Riparazione di simblefaron con innesto libero», che danno luogo tutte al Drg 40 in modo esclusivo.

L'insieme di tali evidenze confermò l'opportunità della scelta operata dalla Regione Emilia-Romagna di elaborare una delibera centrata sulle procedure eseguibili in *day surgery* piuttosto che sui Drg. Per altro lato, il distribuirsi di singole procedure eseguibili in *day surgery* in più Drg aumenta il numero di Drg a rischio d'inappropriatezza organizzativa quando riferiti a ricovero ordinario.

È inoltre da segnalare che nel 2002 presso l'Aou di Modena nel 2002 furono erogate al livello assistenziale ambulatoriale, con rapporto eseguibile/eseguito o indice di ambulatorialità prossimo al 100%, gran parte delle procedure contenute nell'Allegato 2 alla Del. G.R. 559/2000, relativo alle procedure eseguibili in via ambulatoriale. Ciò suona a conferma delle attendibilità in quanto lista di prestazioni erogabili ambulatorialmente del precitato allegato e contemporaneamente dell'appropriatezza d'uso delle risorse ambulatoriali presso l'Aou di Modena. La quota parte di prestazioni erogabili ambulatorial-

mente con indici di ambulatorialità inferiori al 100% attesta invece l'esigenza di attivare un'analisi d'appropriatezza organizzativa tesa a verificare se trattasi d'inadeguata compilazione della documentazione sanitaria o inappropriato uso delle risorse aziendali per ricoveri ordinari o in *day surgery*. A tal fine presso l'Aou di Modena è attualmente in uso il protocollo PRUO in accordo con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna.

5.3. Procedure in *day surgery*: distribuzione per tipo di anestesia e codice ASA

Non tutti i casi selezionati risultarono corredati di dati relativi al tipo d'anestesia ed al codice ASA. Infatti, l'informatizzazione del Registro operatorio nell'anno 2002 era appena stata avviata ed era ancora incompleta la procedura di trasferimento su database informatizzato delle schede anestesiolgiche. Le evidenze disponibili non consentirono quindi inferenze sull'intera casistica, ma consentirono comunque considerazioni relativamente alla casistica con un numero congruo di schede anestesiolgiche quale fonte d'informazione sul tipo d'anestesia e sul codice ASA.

Riguardo alle procedure chirurgiche con disponibilità di scheda anestesiolgica, si segnala che furono relative prevalentemente ad interventi eseguiti su pazienti classificati con codice ASA I o II, ma in alcuni casi furono relative anche a pazienti con codice ASA III.

Tale evidenza conferma che il livello assistenziale *day surgery*, in Aou di Modena nel 2002, fu scelto in maniera condizionata a stati clinici compatibili con le prime due classi della classificazione ASA come la letteratura e la legislazione richiedevano a quella data, ma anche che la III classe ASA non è aprioristicamente incompatibile con il livello assistenziale in *day surgery*.

Conseguentemente la valutazione dei ricoveri ordinari per Drg chirurgici, nel caso di procedure eseguibili, ma non eseguite in *day surgery*, per pazienti con codice ASA I o II deve appurare se trattasi:

- di uso non ottimale delle risorse disponibili per gestire una casistica clinicamente congrua con il livello assistenziale della *day surgery*;

- di errata assegnazione del codice ASA e conseguente errore di redazione della documentazione sanitaria;

- di scelta della degenza ordinaria in luogo della *day surgery* operata in ragione di criteri socio-familiari.

Nel caso inverso, cioè nel caso esecuzione di procedure chirurgiche in *day surgery* su pazienti con codice ASA IV o V, la valutazione potrebbe appurare se trattasi dell'esplorazione di nuovi limiti clinico-organizzativi dell'attività in *day surgery*, o di un errore di redazione materiale della documentazione sanitaria.

5.4. Indice di *day surgery*-procedura specifico: distribuzione per Sezioni ICD-IX - CM

Il fatto che nessuna procedura delle sezioni ICD-IX-CM relative all'apparato endocrino, a quello respiratorio e alla miscelanea sia stata inserita nell'elenco della Del. G.R. 559/2000, e che invece esse siano risultate nella nostra casistica almeno una volta eseguite in *day surgery*, può forse essere spiegato con la ridotta casistica espressione di una ridotta incidenza sull'insieme delle attività chirurgiche e quindi con il ridotto interesse in fase di implementazione della *day surgery* per il ridotto impatto sull'efficienza complessiva di ospedale.

Certo tale ipotetica ragione non appare accettabile nel caso delle procedure che nella nostra casistica sono risultate ammontare a diverse centinaia!

Si evidenzia comunque come, per alcune procedure nell'ambito della Chirurgia oculare, della Chirurgia ortopedica e della Chirurgia uro-genitale, sia risultata attuale la possibilità di trasferimento in *day surgery*, e quindi opportuno il loro inserimento sia negli allegati alla Del. G.R. 559/2000 sia nella lista allegata al documento emanato dalla Conferenza Stato-Regioni del 1 agosto 2002, qualora si fosse ritenuto di aggiornarli!

Si citano ad esempio:

- per la Chirurgia oculare, la procedura 12.64 «Trabecolomia *ab externo*» che fece registrare n. 76 casi con un indice di *day surgery* del 55.3% e la procedura 8.99 «Altri interventi sulla palpebra» che fece registrare

n. 116 casi con un indice di *day surgery* del 100%;

– per la Chirurgia ortopedica, la procedura 80.60 «Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio» che fece registrare n. 68 casi con un indice di *day surgery* del 77.9% e la procedura 82.29 «Asportazione di altre lesioni dei tessuti molli della mano» con n. 48 casi e un indice di *day surgery* dell'89.6%;

– per la Chirurgia uro-genitale, la procedura 65.91 «Aspirazione dell'ovaio» che fece registrare n. 166 casi con un indice di *day surgery* del 98,2%, la procedura 64.92 «Incisione del pene» con n. 89 casi con un indice di *day surgery* dell'87.6% e, infine, la procedura 62.50 «Orchiopessi» con n. 70 casi e un indice di *day surgery* del 51.4%.

Se i Drg oggetto di studio vengono distribuiti per MDC, la quasi totalità dei Drg con procedure in *day surgery* ex e non ex Del. G.R. 559/2000 non risultarono compresi tra i Drg elencati nei LEA e solo una piccola quota risultarono compresi nell'Allegato 8 della Del. G.R. 1505/2001, che elenca i Drg a maggiore rischio d'inappropriatezza.

In particolare, tra le 22 classi di MDC nelle quali risultò ricompresa la casistica dello studio, ben 12 contengono Drg non ricompresi tra i LEA o tra i Drg dell'Allegato 8 della Del. G.R. 1505/2001.

Peraltro in tutte le MDC compaiono numerosi Drg rappresentati sia nel gruppo dei Drg con procedure Del. G.R. 559/2000 che nel gruppo Drg con procedure non Del. G.R. 559/2000. In tale seconda accezione si fa notare che il rapporto DS/Dimessi fece registrare, solo in 3 classi MDC su 20, valori inferiori al 20% escludendosi le MDC 24 «Traumatismi multipli» e MDC 25 «Infezioni da HIV» nelle quali le casistiche furono del tutto insignificanti e peraltro a carico di classi con elevata gravità clinica.

6. Conclusioni

Lo studio consentì di affermare che i risultati dell'indice di *day surgery*, e degli altri indici correlati, attestarono come nell'Aou di Modena nel 2002 le aree di ottimizzazione dell'attività di *day surgery* fossero notevoli.

Tale osservazione trovava conferma nella letteratura nazionale, ed apparve congrua

in considerazione del fatto che lo stato dell'arte, sia sotto il profilo tecnico (conoscenze scientifiche, tecniche chirurgiche e anestesologiche) che organizzativo (sviluppo delle esperienze, nuovi modelli), era in rapida evoluzione. Infatti, con grande frequenza si assisteva all'aggiornamento dei protocolli clinici ed al conseguente ampliamento della «disponibilità» di tecnologie terapeutiche invasive mirate sui tessuti malati ed a basso/minimo impatto sulla integrità dei tessuti sani. Gli Indici considerati indicavano margini di miglioramento per raggiungere i quali era necessaria una serie di *audit* clinici con chirurghi, anestesisti e personale infermieristico nei quali potesse essere anche approfondita l'influenza delle caratteristiche socio-familiari dei pazienti eligibili all'esecuzione di prestazioni in *day surgery* al fine di contenerne gli effetti riduttivi di quest'ultima.

Relativamente alla metodologia utilizzata, l'indice di *day surgery* e l'indice di *day surgery* procedura ASA-specifico apparvero utili strumenti per la valutazione globale e specifica dell'attività di *day surgery*.

In particolare, l'indice di *day surgery* procedura ASA-specifico trova la sua utilità nel fatto che stratifica la casistica, attribuendo in maniera più specifica le quote d'attività in *day surgery* rispetto a uno dei criteri di selezione dei pazienti per l'esecuzione delle procedure in tale regime, consentendo così interventi di valutazione della casistica più selettivi. Inoltre, la produzione di *report* periodici con la indicazione dell'indice di *day surgery* Drg specifico e quello procedura ASA-specifico, e lo sviluppo di studi sulla cartella clinica finalizzata a definire percorsi diagnostico-terapeutici possono portare a ridurre l'attività in Degenza ordinaria a favore di quella in *day surgery* o di chirurgia ambulatoriale.

Apparve di centrale interesse l'utilizzo di un Registro operatorio informatizzato che comporterebbe una adeguata standardizzazione degli elementi del verbale operatorio e sarebbe stato utile supporto sia per studi di revisione clinica che di revisione organizzativa nonché per valutazioni anche in ambito di Igiene ospedaliera. Tale strumento risultava ancora poco utilizzato anche se l'informatizzazione del Registro operatorio, nell'ambito di quella più generale della Cartella Clinica, attualmente realizzabile, permetterebbe di

«misurare» le performance clinico-organizzative sulla base di criteri di selezione che, a tutt'oggi, possono essere applicati esclusivamente con l'esame diretto della cartella clinica.

In conclusione, apparve incompleta l'ottimizzazione dell'attività di *day surgery*, fatto che peraltro contrastava e contrasta con i dati di letteratura che indicano la *day surgery* come alternativa al ricovero ordinario economicamente vantaggiosa e clinicamente realizzabile.

Vari attori è necessario vadano coinvolti per conseguire gli obiettivi di ottimizzazione organizzativa conseguibili, ed in particolare le Direzioni aziendali che dovrebbero investire con più convinzione nella *day surgery* (e nella chirurgia ambulatoriale), rifuggendo da paralizzanti prassi di attesa/pretesa che si passi dalla chirurgia in degenza ordinaria a quella in *day surgery* a costo zero, cioè senza investimenti iniziali! Tali atteggiamenti infatti appaiono impropri e non giustificati da pretesa carenza di fondi, se i fondi, che mai ci sono per investimenti, regolarmente si trovano per ripianare i bilanci.

Altro attore da coinvolgere è il legislatore che dovrebbe aggiornare la normativa più di frequente in considerazione della rapida evoluzione delle tecniche anestesiológicas e chirurgiche, in una disciplina basata in larga

misura su organizzazione e controllo della qualità attraverso anche l'uso d'indicatori.

Da ultimo si segnalano i professionisti, che dovrebbero porsi con maggiore determinazione gli obiettivi di gestione del rapporto di fiducia medico/paziente, non solo dovuto, ma di per sé ansiolitico e quindi terapeutico, e di controllo del dolore e delle complicanze, possibili pur a fronte delle notevoli innovazioni tecnologiche e farmaceutiche.

Affrontare tali problemi clinico-organizzativi è la miglior profilassi dei rischi del decorso post-operatorio, e di quelli correlati di tipo medico-legale, che tuttora persistono e che rappresentano i principali problemi da risolvere per il pieno utilizzo della *day surgery*.

Inoltre, si ritiene che i tempi siano maturi per lo svolgimento di studi clinici sperimentali, almeno in riferimento a situazioni cliniche compromesse ed ad interventi clinici complessi, ed all'elaborazione di protocolli di trattamento delle patologie associate, almeno quelle di più frequente riscontro.

Ringraziamenti

Gli autori intendono ringraziare i programmatori e gli assistenti tecnici del Controllo di gestione e della Direzione delle tecnologie dell'informazione dell'Aou di Modena per la preziosa collaborazione fornita nell'estrazione e nell'elaborazione dei dati.

B I B L I O G R A F I A

- ASSR (AGENZIA SANITARIA REGIONALE) (2002), *Implementazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno (day-surgery) per qualificare la rete ospedaliera regionale: individuazione di strumenti per la programmazione dei servizi ed il miglioramento continuo della qualità*, Progetto di ricerca finanziato dal Ministero della salute ex art. 12, lett. b), D.L.vo 502/92.
- ASSR (AGENZIA SANITARIA REGIONALE) (1996), *Requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici per la chirurgia ambulatoriale e day surgery*, Roma.
- BERTOLINI G., LUCIANI D., GRIDELLI B. (2004), «Day Surgery: where do our efforts need to be focused? Results of a review and simulation on administrative data», *J of Ambulatory Surgery*, 10, pp. 211-216.
- BETTELLI G. (1999), *Le basi della qualità in day surgery*, Monografia Athena Audiovisuals, Modena.
- BIRKMEYER, WELCH H.G. (1993), «Rationing surgery: Rules or constraints», *Surgery*, 113, pp. 491-497.
- BRUENING M.H., MADDERN G.J. (2001), «Undergraduate surgical education in an ambulatory surgery setting», *Ambulatory Surgery*, 9, pp. 155-158.
- BROEKELMANN J. (2004), «Free standing unit for ambulatory surgery», *J of Ambulatory Surgery*, 10, pp. 205-206.
- CATANANTI C., CAMBIERI A. (1990), *Igiene e tecnica ospedaliera*, Il pensiero scientifico editore, Roma.
- COLLOPY B., RODGERS L., WILLIAMS J., JENNER N., ROBERTS L., WANDEN J. (1999), «Clinical indicators for day surgery», *Ambulatory Surgery*, 7, pp. 155-7.
- CONFALONIERI N. (2002), «Modello gestionale di Unità Operativa autonoma di ortopedia agli Istituti Clinici di Perfezionamento (CTO) di Milano», CODS (Chirurgia Ortopedica Day Surgery).
- DECRETO GIUNTA REGIONALE n. 1505/2001, «Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate».

- tate dalla regione Emilia-Romagna, applicabili a decorrere dall'1/1/2001», *Bollettino Ufficiale Regione Emilia-Romagna*, n. 75.
- DECRETO GIUNTA REGIONALE n. 2169/2003, «Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate dalla regione Emilia-Romagna, applicabili a decorrere dall'1/1/2003».
- DECRETO MINISTERIALE 30/12/1992 n. 502, «Riordino della disciplina in materia sanitaria», *GU*, 30/12/1992 n. 305.
- DECRETO MINISTERIALE 7/12/1993 n. 517, «Modificazioni al decreto legislativo 30/12/1992 n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria», *Suppl GU*, 15/12/1993 n. 293.
- DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI 29/11/2001, «Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza».
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE 2773/96, «Linee guida per il corretto funzionamento e potenziamento dei posti letto di assistenza a ciclo diurno (Day Hospital)».
- Delibera Giunta Regionale del 25/02/2002 n. 295, «Recepimento del DPCM del 29/11/2001 definizione dei livelli essenziali di assistenza».
- DELIBERA GIUNTA REGIONALE n. 559/2000, «Linee guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno (Day Surgery)».
- DPR 14/01/1997, «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private».
- FRANCUCCI M., PANELLA V., TANESE A. (1999), «Sperimentazione e sviluppo dell'Unità di Day Surgery presso l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni», *Mecosan*, 30, pp. 97-115.
- GRUPPO DI STUDIO PER LA SICUREZZA SIAARTI (1990), «Raccomandazioni per gli standard di monitoraggio in anestesia», 2, Ed. Mandragola.
- GRUPPO DI STUDIO PER LA SICUREZZA SIAARTI (1994), «Raccomandazioni per la valutazione anestesiológica pre-operatoria», n. 5, Ed. Mandragola.
- GRUPPO DI STUDIO PER LA SICUREZZA SIAARTI (1997), *Raccomandazioni per l'anestesia nel day-hospital*, Minerva Anestesiológica.
- GUZZANTI E., MASTRILLI F., MASTROBUONO I., MAZZEO M.C. (1997), «Day Surgery: evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione», *Ricerche sui servizi sanitari*, IV trimestre, vol. 1, 4.
- GUZZANTI E., MASTRILLI F., MASTROBUONO I., MAZZEO M.C. (1993) *Nuove frontiere dell'organizzazione sanitaria. Il day-hospital, la day-surgery*, EDITEAM, Cento (Ferrara).
- JOSHI G.P. (2003), «New concepts in recovery after ambulatory surgery», *J of Ambulatory Surgery*, 10, pp. 167-170.
- KRONEMAN M.W., WESTERT G.P., GROENEWEGEN P.P., DELNOU D.M. (2001), «International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: the case of day surgery», *Ambulatory Surgery*, Vol. 9, 3, pp. 147-154.
- LEMONS P. *et al.* (2003), «The economic benefits of ambulatory surgery relative to inpatient surgery for laparoscopic tubal ligation», *J of Ambulatory Surgery*, 10, pp. 61-65.
- LEMONS P. (2004), «Ambulatory Surgery in Portugal: the 2003 APCA report», *J of Ambulatory Surgery*, 10, pp. 179-180.
- MARTELLO T., BARRA S. (2004), «Il futuro della day surgery in Italia e in Veneto», *ASI*, 24, 10 giugno 2004.
- MARTINUSSEN P.E., MIDTTUN L. (2004), «Day Surgery and hospital efficiency: empirical analysis of Norwegian hospitals, 1999-2001», *Health Policy*, 68, pp.183-196.
- MASTROBUONO I., MASTRILLI F., MAZZEO M.C. (1996), «Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno», Rapporto dell'ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali), Roma.
- MELINO C., MESSINEO A., RUBINO S., ALLOCCA A. (1988), *L'ospedale*, Società Editrice Universo, Roma.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2002), «Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche», Versione italiana della ICD-9-CM.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2000), «Commissione di studio sulla day surgery e la chirurgia ambulatoriale», istituita con Decreto ministeriale del 12 settembre 2000.
- MORALES R., ESTEVE N., CASAS I., BLANCO C. (2002), «Why are ambulatory surgical patients admitted to hospital? Prospective study», *J of Ambulatory Surgery*, 9, pp. 197-205.
- NATIONAL DAY SURGERY COMMITTEE OF AUSTRALIA (1994), *Accreditation of ambulatory surgery centres*.
- PASCOTTO R., GIANCOTTI E. (2003), «Unità di Day Surgery pediatrica inserita in una U.O. di Pediatria Generale», *Day Surgery*, Vol II, 1, pp. 17-22.
- PEARSON A., RICHARDSON M., CAIRNS M. (2004), «"Best practice" in day surgery units: a review of the evidence», *Ambulatory surgery*, vol. 11, Elsevier Science BV, NL, pp. 49-54.
- PHILIP B.K. (2003), «More ambulatory surgery-is it worth doing?», *J of Ambulatory Surgery*, 10, p. 53.
- ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND (1992), *Guidelines for day surgery*, Revised Edition, England.
- ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND (1992-1995), *Guidelines for Day Case surgery*, England.
- SHARMA A. *et al.* (2004), «Prospective comparison of ambulatory with inpatient laparoscopic cholecystectomy: outcome, patient preference and satisfaction», *J of Ambulatory Surgery*, 11, pp. 23-26.
- SPENCELEY S., HALMA L. (2002), «Improving surgical service utilization. An application of program budgeting and marginal analysis», *J of Ambulatory Surgery*, 10, pp. 37-44.
- THOMSON P.J., FLERCHER I.R., DOWNEY C. (2004), «Nurses versus clinicians-who's best at pre-operative assessment?» *Ambulatory Surgery*, vol. 11, pp. 33-36.
- TRIANNI G., VECCHI E. (2003), «Vantaggi e limiti dell'audit dipartimentale e dei database informatizzati nella valutazione dell'appropriatezza», *Mecosan*, 46, pp. 85-95.
- TRIANNI G. (2002), *Aep-Pruo e il Controllo di Gestione di Aziende Ospedaliere*, Edizioni VEGA, Padova.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

C. Cipolla, F. Foglietta

LA MOBILITÀ PASSIVA IN SANITÀ. UNA RICERCA NELLA PROVINCIA DI FERRARA

FRANCO ANGELI, MILANO, 2005, PP. 144, € 13,00

Il sempre crescente fenomeno della «mobilità passiva», ovvero delle migrazioni dei pazienti alla ricerca di assistenza in altre città, rappresenta un tema di grande attualità, per i costi che ricadono sulle amministrazioni regionali ma anche sui cittadini. Nel volume sono riportati i risultati di una ricerca realizzata per comprendere i cambiamenti nell'approccio dei cittadini al sistema sanitario condotta sul territorio dell'Asl di Ferrara con il duplice obiettivo di quantificare le caratteristiche del problema e di scavare in profondità nei vissuti soggettivi per ricostruire motivazioni e scelte individuali. Lo studio si serve sia dell'analisi statistica degli indicatori ecologici desunti dalla banca dati delle schede di dimissione ospedaliera, sia di questionari rivolti a un campione di ferraresi che hanno sperimentato la mobilità passiva, sia di interviste e focus group con testimoni significativi come politici locali, amministratori, dirigenti sanitari, medici, altri operatori pubblici ed esponenti del volontariato. La ricerca oltre a produrre una fotografia dell'esistente per quanto riguarda le scelte dei singoli, fornisce anche possibili strategie e interventi concreti per invertire, almeno parzialmente, alcuni dei flussi in atto.

INDICE PRESENTAZIONE - 1. PRINCIPALI ANDAMENTI DELLA MOBILITÀ PASSIVA ED ATTIVA NELL'AZIENDA USL DI FERRARA - 2. IL PROFILO SOCIO-DEMOGRAFICO DEGLI INTERVISTATI - 3. LUOGO E FRUIZIONE ESTERNA E RAGIONI DELLA MOBILITÀ - 4. STATO DI SALUTE E IL RUOLO DELLA MEDICINA DI BASE - 5. LA COMUNICAZIONE SANITARIA - 6. APPENDICE METODOLOGICA

P. Cavagnaro, N. Cinotti, P. Sambuceti

DALLA CENTRALITÀ DELL'OSPEDALE ALLA CENTRALITÀ DELLA PERSONA. LA CURA IN SITUAZIONI DI TERMINALITÀ E LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

FRANCO ANGELI, MILANO, 2005, PP. 112, € 12,50

Il progressivo invecchiamento della popolazione negli ultimi decenni e il conseguente aumento del numero di cittadini con malattie croniche e di malati terminali, ha posto in primo piano il problema della «long term care» dei cittadini. Il genere di assistenza che tali patologie richiedono oltrepassa il mero intervento tecnico e coinvolge quello più personale e coinvolgente della sfera «relazionale». Con questo volume, gli autori intendono fornire un contributo a coloro, operatori e volontari, che sono impegnati quotidianamente in questo difficile compito, sapendo che nell'attuale organizzazione socio-sanitaria la mission dell'assistenza ai malati cronici e terminali, di qualsiasi età, si gioca al di fuori dall'ambiente protetto dell'ospedale e richiede la capacità di riportare al centro dell'attenzione la persona con tutti i suoi bisogni e coniugando doti professionali e più estesamente «umane». Partendo da una esperienza di formazione di operatori che affrontano l'impegno di sostenere nella sofferenza e nel momento della morte con l'esposizione allo stress e al burn out che tale esperienza comporta, sono indicati alcuni temi e possibili percorsi di formazione.

L'obiettivo è quello di favorire e privilegiare una «alleanza terapeutica» con questi cittadini più fragili, da un lato, e stimolare, dall'altro, la riflessione di professionisti e formatori sul proprio operato.

INDICE INTRODUZIONE, DI PATRIZIA MOSELLI - PARTE I. LA FORMAZIONE - 1. CURARE LE PERSONE CHE CURANO: PERCORSI FORMATIVI, DI NICOLETTA CINOTTI - 1.1. QUALE MODELLO DI FORMAZIONE E SOSTEGNO PSICOLOGICO PER GLI OPERATORI SANITARI? - 1.2. TRANSITARE NEL TERRITORIO TRA SALUTE E MALATTIA; PORTARE AVANTI L'ALLEANZA TERAPEUTICA - 1.3. CARATTERISTICHE DEI CORSI; IL LAVORO IN GRUPPO E L'AUTOVALUTAZIONE - 2. IL GRUPPO E IL FANTASMA DEL LUTTO, DI NICOLETTA CINOTTI - 2.1. I SENTIMENTI NEL PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL LUTTO - 2.2. I CONFINI DELLE EMOZIONI - 2.3. LA FILOSOFIA DI GRUPPO - 2.4. L'IMPATTO DELLA PERDITA SUL GRUPPO - 3. IL LUTTO DELL'OPERATORE: STRESS E BURN OUT, DI NICOLETTA CINOTTI - 3.1. LE FONTI DI STRESS - 3.2. CONOSCERE E AUTOVALUTARE LE PROPRIE MODALITÀ DI RISPOSTA - 3.3. GLI STRUMENTI UTILIZZATI - 4. COMUNICAZIONE E ASCOLTO, DI NICOLETTA CINOTTI 4.1. «DAL LATO DELLA STRADA»: PERCORSI ATTORNO AL TEMA DELLA NEGAZIONE - 4.2. COMUNICAZIONE E CONTROLLO 4.3. INCERTEZZA E SILENZIO - 4.4. LA FAMIGLIA DI FRONTE ALLA MALATTIA: ASPETTI COMUNICATIVI E DINAMICI - 4.5. PARTE II. LE PERSONE - 5. LA DIMENSIONE SPIRITUALE DELLA PERSONA E LE SUE ATTESE NEL TEMPO DELLA MALATTIA PIERLUIGI SAMBUCETI - 5.1. INTRODUZIONE - 5.2. LA PAROLA SPIRITUALE - 5.3. LO SPIRITO E IL CORPO - 5.4. CONCLUSIONI - PARTE III. DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO - 6. PRENDERSI CURA DELLE FRAGILITÀ: QUALE ATTENZIONE PER I CAREGIVERS?, DI PAOLO CAVAGNARO - 6.1. ASSICURARE LA COMUNITÀ ASSISTENZIALE NELLE CURE A LUNGO TERMINE - 6.2. QUALE «CURA» PER I CAREGIVERS DEI «CITTADINI PIÙ FRAGILI»? - APPENDICE - 7. SCHEDE DI LAVORO, GIOCHI DI GRUPPO, TESTI ED ALTRO, DI NICOLETTA CINOTTI - ... PAGINE DI DIARIO, DI PIERLUIGI SAMBUCETI

I PATTI AZIENDALI E LA MEDICINA CONVENZIONATA. IL CASO DELLA REGIONE VENETO
LIBRERIA EDITRICE CAFOSCARINA, VENEZIA, 2005, PP. 93, € 10,00

Una delle tematiche di maggiore interesse nei paesi occidentali nell'ultimo decennio, relativamente ai sistemi sanitari, è quella del ruolo delle cure primarie e, di conseguenza, delle possibili modalità di integrazione con l'assistenza secondaria. L'organizzazione delle cure primarie si sta affermando in maniera sempre più significativa in tutti i paesi occidentali, a prescindere dal sistema organizzativo e di finanziamento, e tale fenomeno è giustificato secondo gli esperti dall'incremento dell'incidenza della popolazione anziana e dall'aumento delle patologie di natura cronica degenerativa. Nel 2004 la regione Veneto ha promosso il progetto «Attività di indirizzo e coordinamento per l'accordo regionale della medicina convenzionata» per superare un sistema a forte impulso regionale e favorirne uno basato su meccanismi di concertazione tra Regione e aziende, che vedesse in sostanza coinvolti tutti i principali attori del sistema. Il presente lavoro si presenta come strumento di supporto specifico sia per le attività di programmazione e controllo e accountability sia per la discussione, condivisione ed infine formulazione degli indirizzi dei futuri Accordi regionali e Patti aziendali.

INDICE 1. ANALISI CONTENUTISTICA DEI PATTI - 2. VALUTAZIONE ECONOMICA DELLA MEDICINA CONVENZIONATA - 3. CONCLUSIONI

Gustavo Barresi

DALLA COMPETIZIONE ALLA COLLABORAZIONE. NUOVI MODELLI PER LA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI

GIAPPICHELLI, TORINO, 2005, PP. 140, € 14,00

La rapida evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie applicabili nell'ambito dei processi di assistenza sanitaria ha determinato negli ultimi anni profondi mutamenti nelle modalità organizzative e gestionali di tali attività producendo, nel contempo, un rilevante incremento di opportunità diagnostiche e terapeutiche ordinariamente accessibili ai cittadini dei Paesi industrializzati. Queste dinamiche hanno determinato per le aziende sanitarie l'esigenza di confrontarsi con il carattere sempre più marcatamente multi-disciplinare delle prestazioni erogate e con la conseguente destrutturazione dei percorsi assistenziali da cui discendono

due principali profili problematici: l'accessibilità alla conoscenza ed alle tecnologie, per la cui acquisizione si rendono necessari investimenti di entità rilevante; la gestione delle relazioni di interdipendenza tra soggetti direttamente o indirettamente coinvolti nell'attività assistenziale. Le tematiche in esame sono approfondite a partire dall'evoluzione dei modelli di gestione adottati in ambito pubblico, vengono poi analizzati benefici e problemi derivanti dall'introduzione di modelli di tipo reticolare in ambito sanitario.

INDICE I. IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO NEL QUADRO DELLE DINAMICHE EVOLUTIVE DEL SETTORE PUBBLICO - II. DALLA COMPETIZIONE ALLA COOPERAZIONE: LE RELAZIONI DI COLLABORAZIONE INTERAZIENDALE IN SANITÀ - III. L'IMPLEMENTAZIONE DI MODELLI COLLABORATIVI NELLE AZIENDE SANITARIE: MODALITÀ OPERATIVE E PROFILI NORMATIVI - IV. CONCLUSIONI

M. Santipolo, M. Tosini, S. Tucciarone

LA COMUNICAZIONE INTERCULTURALE IN AMBITO SOCIO-SANITARIO

LIBRERIA EDITRICE CAFOSCARINA, VENEZIA, 2004, PP. 128, € 12,00

Il volume mette in luce il ruolo comunicativo debole dell'immigrato, sottolineando come la sua debolezza si accentui specialmente in ambito socio-sanitario, a causa sia della vulnerabilità psicologica della condizione di malato sia della scarsa conoscenza dell'italiano comune sia dell'incapacità di decifrare i termini delle varietà microlinguistiche della medicina e della burocrazia sanitaria. Viene inoltre evidenziata con acume la necessità di una politica di formazione all'accoglienza ad ampio raggio che, prendendo atto dell'unità inscindibile della psiche e del fisico, sappia fronteggiare il rischio di somatizzazione del malessere interiore del migrante, lontano dai luoghi familiari e dagli affetti e privato di punti di riferimento culturali che gli diano sicurezza. Con rigore argomentativo gli Autori delineano, quindi, una interessante prospettiva d'intervento sinergico a livello politico, istituzionale, sanitario e scolastico, che faccia perno non solo e non tanto sull'assistenza quanto sul riconoscimento dei bisogni impliciti e profondi dell'immigrato e sul rafforzamento della sua volontà di uscire da una situazione di marginalità sociale. Attraverso la valorizzazione dell'alterità culturale e del vissuto degli immigrati si consoliderebbe anche la loro motivazione ad apprendere la L2, perché la si ancorerebbe a un'esigenza forte di partecipazione attiva e consapevole alla vita sociale del Paese nel quale hanno scelto di rifondare la propria esistenza.

INDICE CAPITOLO 1. IMMIGRAZIONE E CONTESTO SOCIO-SANITARIO: PROBLEMI DI COMUNICAZIONE INTERCULTURALE - CAPITOLO 2. INTRODUZIONE ALLE POLITICHE SOCIALI DI INSERIMENTO DEGLI IMMIGRATI - CAPITOLO 3. ADULTI STRANIERI IN FORMAZIONE - APPENDICE. LA COMUNICAZIONE INTERCULTURALE IN AMBITO SOCIOSANITARIO: L'ANALISI DI DATI EMERSI NEGLI INCONTRI E PANORAMICA DELLA REGIONE VENETO

M. Trabucchi

I VECCHI, LA CITTÀ E LA MEDICINA

IL MULINO, BOLOGNA, 2005, PP. 328, € 26,00

Viviamo in un'epoca che pare incapace di offrire agli anziani uno scenario sereno. Eppure i vecchi, in quanto categoria debole, sentono più di altri il peso di ciò che avviene attorno a loro e più di altri avrebbero bisogno di un modello di vita il più possibile positivo, non solo dal punto di vista medico-scientifico. È vero, infatti, che la medicina può aiutare chi invecchia a vivere più a lungo e tutelarne il più possibile la salute. Ma il loro benessere non può prescindere da un sistema sociale che riesca a farli sentire seguiti e protetti non solo dagli «addetti ai lavori», ma anche dal mondo che li circonda: nella città in cui vivono, all'ospedale, in tutte le situazioni in cui si rendono necessarie espressioni di aiuto. In questo volume Marco Trabucchi, gerontologo e geriatra, descrive le difficoltà di chi, dopo avere sperimentato il successo dei nuovi ritrovamenti della medicina, si trova a dover constatare che la scienza da sola non è sufficiente a garantire il benessere: è necessario creare un

circolo virtuoso in cui l'anziano sia oggetto di una attenzione generale, con il concorso del progresso scientifico e dell'organizzazione sociale, insomma con il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti. Il libro non è quindi un manuale di geriatria o di gerontologia, ma uno studio che vuole offrire spunti affinché il lettore – qualunque sia il suo legame col mondo dell'anziano – possa ripensare in modo costruttivo il proprio atteggiamento nei confronti di una categoria fragile.

INDICE PRESENTAZIONE: I VECCHI, LA CITTÀ E LA MEDICINA - I. INVECCHIARE È UNA MALATTIA? L'ANZIANO NELLA CITTÀ TRA ANOMIA E RICONOSCIMENTO - II. UN PENSIERO FORTE E LA VITA LUNGA - III. LA CLINICA DELL'ANZIANO TRA «MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE» E «MEDICINA NARRATIVA» - IV. LE FRAGILITÀ - V. IL DOLORE DEL CORPO E DELLA MENTE - VI. MEMORIA, OBLIO, DEMENZA - VII. QUADRI CLINICI E SPECIFICITÀ DELLE PATOLOGIE IN ETÀ GERIATRICA - VIII. I LUOGHI DELLA CURA - IX. LIBERTÀ DELLA PERSONA ED ETICA DELLA FEDELITÀ - POSTFAZIONE

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

P. GINSBURG

Competition in Healthcare: its evolution over the past decade
Health Affairs, vol. 24, n. 6, November 2005, pp. 1513-1522

R. NUSCHELER, T. KNAUS

Risk selection in the German public health insurance system
Health Economics, vol. 14, n. 12, December 2005, pp. 1253-1272

M. FOTAKI, A. BOYD

From plan to market: a comparison of health and old age care policies in the UK and Sweden
Public Money and Management, vol. 25, n. 4, August 2005, pp. 237-244

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

P. MURRAY, T. LOVE, N. DAWSON, C. THOMAS, R. CEBUL
Rehabilitation Services After the Implementation of the Nursing Home Prospective Payment System: differences related to patient and nursing home characteristics
Medical care, vol. 43, n. 11, January 2005, pp. 1109-1116

E.I. EMANUEL

Health care Reform: why? What? When? What it might take to effect comprehensive change
Health Affairs, vol. 24, n. 6, November 2005, pp. 1399-1414

K. THORPE

The rise in health care spending and what to do about it
Health Affairs, vol. 24, n. 6, November 2005, pp. 1436-1445

H. JEONG

Health care reform and change in public-private mix of financing: a Korean case
Health Policy, vol. 74, issue 2, 2005, pp. 133-145

ECONOMIA DEL FARMACO

E. HAYWARD, D. KENT, S. VIJAN, T. HOFER

Reporting clinical trial results to inform providers, payers and consumers
Health Affairs, vol. 24, n. 6, November 2005, pp. 1571-1580

A. HOLLIS

Comment on «The economics of follow-on drug research and development: trends in entry rates and the timing of development»
PharmacoEconomics, vol. 23, n. 12, 2005, pp. 1187-1192

H. SADRI, LD. MACKEIGAN, LA. LEITER, TR. EINARSON

Willingness to pay for inhaled insulin: a contingent valuation approach
PharmacoEconomics, vol. 23, n. 12, 2005, pp. 1215-1227

E. MOSSIALOS, A. OLIVER

An overview of pharmaceutical policy in four countries: France, Germany, the Netherlands and the United Kingdom
Health Planning and Management, vol. 20, n. 4, 2005, pp. 291-306

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

B. JACOBS, N. PRICE

Improving access for the poorest to public sector health services: insights from Kirivong Operational Health District in Cambodia
Health Policy and Planning, vol. 21, n. 1, 2006, pp. 27-39

B. MCCLOSKEY, D. DIERS

Effects of New Zealand's Health reengineering on nursing and patient outcomes
Medical care, vol. 43, n. 11, January 2006, pp. 1140-1146

A. ANELL

Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway
Health Policy, vol. 75, issue 1, 2005, pp. 9-17

D. NEVILLE, G. BARROWMAN, B. FITZGERALD, S. TOMBLIN

Regionalisation of health services in Newfoundland and Labrador: the history and impact on expenditure
Journal of Health Services Research and Policy, vol. 10, suppl. 2, October 2005, pp. 12-21

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

E. LOFROTH, L. LINDHOLM, L. WILHELMSSEN

Optimising health care within given budgets: primary prevention of cardiovascular disease in different regions of Sweden
Health Policy, vol. 75, issue 2, 2006, pp. 214-229

A. BRENNAN, F. SAMPSON, M. DEVERILL

Can we use routine data to evaluate organisational change? Lessons from the evaluation of business process re-engineering in a UK teaching hospital

Health Service Management Research, vol. 18, n. 4, November 2005, pp. 265-276

M. HUTCHINSON, M. VICKERS, D. JACKSON, L. WILKIES

I'm Gonna Do what I wanna do. Organisational change as a legitimised vehicle for bullies

Health Care Management Review, vol. 30, n. 4, October 2005, pp. 331-336

F. LEGA, C. DE PIETRO

Converging patterns in hospital organisation: beyond the professional bureaucracy

Health Policy, vol. 74, issue 3, 2005, pp. 261-281

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

B. GUTHRIE, T. LOVE, T. FAHEY, A. MORRIS, F. SULLIVAN

Control compare and communicate: designing control charts to summarise efficiently data from multiple quality indicators

Quality and safety in healthcare, vol. 14, n. 6, December 2005, pp. 450-454

B. UZOUCHUKWU, O. ONWUJEKWE

Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals

Health Policy, vol. 75, issue 1, 2005, pp. 12-23

F. ROSATI

ICT e sanità: l'esperienza virtuosa dell'ASL 4 di Terni

Sanità pubblica e privata, n. 6, Novembre 2005, pp. 75-78

K. WARD, E. ROLLAND, R. PATTERSON

Improving outpatient health care quality: understanding the quality dimensions

Health Care Management Review, vol. 30, n. 4, October 2005, pp. 361-371

C. CHAULAGAI, C. MOYO, J. KOOT, H. MOYO, T. SAMBAKUNSI, F. KHUNGA

Design and implementation of a health management information system in Malawi: issues, innovations and results

Health Policy and Planning, vol. 20, n. 6, November 2005, pp. 375-384

P. SMITH

Performance measurement in health care: history, challenge and prospects

Public Money and Management, vol. 25, n. 4, August 2005, pp. 213-220

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

M. PAULY

Competition and new technology

Health Affairs, vol. 24, n. 6, November 2005, pp. 1536-1542

N. COOPER, D. COYLE, K. ABRAMS, M. MUGFORD, A. SUTTON

Use of evidence in decision models: an appraisal of health technology assessments in the UK since 1997

Journal of Health Services Research and Policy, vol. 10, n. 4, October 2005, pp. 245-250

VALUTAZIONI ECONOMICHE

P. SHORT, E. MALLONEE

Income disparities in the quality of life of cancer survivors

Medical care, vol. 44, n. 1, 2006, pp. 16-23

F. BREYER, S. FELDER

Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the cost of dying

Health Policy, vol. 75, issue 2, 2005, pp. 178-186

J. OLIVA, F. LOBO, J. BASTIDA, N. ZOZAYA

Indirect costs of cervical and breast cancers in Spain

The European Journal of Health Economics, vol. 6, issue 4, December 2005, pp. 309-313

W. KULP, J. GRAF, W. GREINER

Cost-effectiveness of outpatient treatment in depressive patients with escitalopram in Germany

The European Journal of Health Economics, vol. 6, issue 4, December 2005, pp. 317-321

J. SCHREYOGG, T. STARGARDT, M. VELASCO GARRIDO

Defining the Health benefit basket in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET project

The European Journal of Health Economics, vol. 6, issue 4, December 2005, pp. 2-10

N. NEYMARK, P. LIANES, EF SMIT, JP VAN MEERBEECK

Economic Evaluation of three two-drug chemotherapy regimens in advanced non-small-cell lung cancer

Pharmacoeconomics, vol. 23, n. 11, 2005, pp. 1155-1166