

# LEGGI FINANZIARIE E PROCESSI DECISIONALI IN SANITÀ

di Roberto Alfieri, Roberto Buzzetti

Servizio di Assistenza sanitaria di base - U.s.l. n. 29 - Bergamo

**SOMMARIO:** Introduzione - I limiti dell'approccio incrementale nell'adozione di decisioni di politica sanitaria - Alcuni cambiamenti possibili, conseguenti al nuovo scenario normativo - Verso un futuro di « governo » della sanità?.

## Introduzione

Alla vigilia di trasformazioni radicali nel sistema sanitario, sembra che poco sia cambiato, nella « logica » che ha ispirato i provvedimenti della legge finanziaria '94. L'unica grande eccezione riguarda il tema dei farmaci.

Quanto è accaduto, però, non dovrebbe meravigliarvi più di tanto. La finanziaria '94 segue, infatti, a quella del '93 e quella del '93 a quella del '92... Come in altri Paesi industrializzati, l'approccio per l'adozione delle decisioni, in ambito di politica sanitaria, è definibile « incrementale ». In conformità a tale approccio la gamma delle opzioni percorribili è limitata a quelle che differiscono solo parzialmente rispetto alle precedenti, e le decisioni sono influenzate, più che tutto, dalle pressioni esercitate dai vari gruppi di interesse (1).

Sarebbe meglio, invece, se il processo dell'adozione di decisioni fosse di tipo deduttivo-razionale, impegnando i decisori nella definizione e analisi dei problemi, delle finalità, degli obiettivi più specifici e delle diverse soluzioni percorribili. La solu-

zione scelta dovrebbe essere quella che risponde meglio a criteri decisionali espliciti.

L'operatore della sanità pubblica potrebbe avere un ruolo nel promuovere un passaggio tra il primo e il secondo approccio nell'adozione di decisioni di politica sanitaria, alla ricerca delle ragioni e delle finalità ultime delle scelte, soprattutto contribuendo alla disamina dei problemi e all'assicurazione della coerenza tra aspetti problematici, obiettivi e interventi.

Le considerazioni che seguono vorrebbero rappresentare un esempio, anche se parziale e frettoloso, di come il nuovo scenario normativo connesso con il D.L.vo 502 potrebbe modificare provvedimenti del tipo di quelli adottati nell'ultima legge finanziaria, basandoli su criteri trasparenti, coerenti con i principi fondativi del SSN e con le norme di riordino della sanità.

L'aspirazione è di contribuire a superare, almeno per il futuro, l'estemporaneità e l'improvvisazione di provvedimenti contingenti, per arrivare a misure ragionate che incidano favorevolmente sul funzionamento del sistema.

## I limiti dell'approccio incrementale nell'adozione di decisioni di politica sanitaria

1.1) *Limiti nella valutazione delle conseguenze* - Una caratteristica costante di questo approccio è concentrare l'attenzione su alcune poche conseguenze di interesse più immediato, trascurandone altre, anche se importanti.

Così, i vari Governi che si sono succeduti hanno concentrato l'attenzione sulla spesa dello Stato, senza tener nel dovuto conto:

a) gli effetti dei vari provvedimenti sui servizi sanitari; ad esempio una parte dei servizi amministrativi è stata impegnata a più riprese in attività del tipo: bollini, autocertificazioni, esenzioni, fino a condizionare negativamente la capacità di lavoro in altri versanti, più rispondenti ai fini istituzionali.

b) Le variazioni di spesa indotte, a carico delle famiglie e delle imprese, e i potenziali danni derivati dalla diminuita accessibilità economica; ad esempio una valutazione economica complessiva non può trascurare come l'aumento del ticket o il provvedimento dei « bollini » abbia

portato non già a contenere la spesa, ma a trasferirla, almeno in parte, sulle famiglie e sulle imprese, anche per le perdite di tempo e la tortuosità dei percorsi. Non può escludersi, in altri casi, un danno allo stato di salute dei pazienti, derivato dalla diminuita accessibilità economica degli interventi.

c) Gli scarti, anche puramente finanziari, tra i risparmi previsti e quelli realizzati (in pratica, l'effettivo fallimento dei provvedimenti stessi); ad esempio le leggi finanziarie hanno quasi sistematicamente fallito l'obiettivo di contenere la spesa sanitaria rispetto agli anni precedenti. Sembra che nel '93 l'obiettivo, sul versante finanziario della spesa pubblica, sia stato raggiunto, ma non si sa bene con quali conseguenze sui servizi resi ai cittadini.

1.2) *Limiti nella motivazione dei provvedimenti* - Occorrerebbe non solo enunciare i provvedimenti, ma anche renderne esplicito il perché. Questo risulta difficile nel caso dell'approccio « incrementale » in cui le decisioni sono condizionate da quelle preesistenti e dalle pressioni dei vari gruppi di interesse. Le motivazioni vere sono solitamente nascoste da pretesti di facciata: le scelte sono difficilmente prevedibili, ma risultano interpretabili a posteriori, sulla base della conoscenza del potere e degli interessi dei vari gruppi.

Oggi più che mai, si avverte la necessità di restituire credibilità al sistema sanitario e alla politica nel suo complesso. I provvedimenti non possono basarsi sulla volontà di prediligere singole categorie di cittadini (per esempio i pensionati), tradendo la vocazione universalistica del SSN.

Il rischio di essere frastornati dalle congetture più diverse cresce a dismisura se non vengono chiarite le motivazioni per cui si propone un provvedimento piuttosto che un altro, a quali principi ci si riferisce e come il tutto si inserisce nella logica

del sistema sanitario che vogliamo darci.

Bisogna ricordare, a questo punto, la caratteristica fondamentale del Servizio sanitario nazionale: il finanziamento pubblico. E bisogna anche ricordare le ragioni che lo legittimano, al fine di preservare, nei provvedimenti che vengono adottati, un minimo di coerenza con i fondamenti stessi del SSN.

Il finanziamento pubblico vuole salvaguardare il principio della sicurezza sociale e perseguire l'obiettivo di risposte non condizionate dal certo, ma solo dai bisogni e dalle indicazioni cliniche.

Sono finalità giuste, non solo per proteggere le fasce sociali più deboli, ma anche perché la salute può avere delle ripercussioni drastiche sulla capacità di produzione del reddito.

L'individuazione di soglie anagrafiche (per esempio, cittadini compresi tra i 10 e i 60 anni) per derogare al principio è quindi pericolosa, proprio perché potrebbe condizionare il soddisfacimento di bisogni di salute irrinunciabili.

La « politica » dei tickets tradisce questa vocazione fondamentale. Anche la tortuosità e la difficoltà dei percorsi, che comportano costi maggiori proprio per i più fragili, sono in netto contrasto con il principio della sicurezza sociale.

Ma il principio della sicurezza sociale non significa « dare tutto a tutti ». Esso deve essere ben bilanciato con la necessità di un « razionamento ». Sono intrinseche in questo concetto 2 idee:

a) la prima è che vadano effettuate delle scelte, per il fatto che le risorse sono, comunque, limitate;

b) la seconda è che queste scelte debbano essere trasparenti, sulla base di criteri di priorità ben definiti.

Tali scelte devono essere affidate al Servizio Sanitario Nazionale, nelle sue articolazioni (Ministero, Regione, USL), non devono essere de-

mandate al singolo cittadino o al singolo medico.

Nell'ambito di queste scelte va, prima di tutto, riconosciuta la estrema variabilità nella efficacia o, meglio, nel rapporto tra costi ed efficacia, dei vari interventi sanitari: le cure termali, i check-up, le « terapie fisiche » (radarterapia, ionoforesi, magnetoterapia, ecc.) non possono essere assicurate alla stessa stregua dei trapianti renali o delle vaccinazioni. Con l'aggravante che per i trapianti renali, così come per altri interventi, bisogna spesso emigrare e che quindi la garanzia di copertura è solo nominale.

1.3) *Limiti rispetto allo scenario futuro* delineato dalle norme di riordino del SSN.

Almeno per l'ultima legge finanziaria, ci si poteva aspettare una diversa coerenza con un principio fondamentale che ispira anche le nuove norme di riordino del SSN: il principio dell'inscindibilità del binomio autorità-responsabilità.

Infatti, nell'esperienza quotidiana, la scissione di questo binomio ha provocato effetti disastrosi: o di esautoramento o di deresponsabilizzazione.

Molte delle diatribe tra Stato e Regioni sono spiegate in gran parte dal fatto che si è voluto, per esempio, attribuire la responsabilità della spesa alle Regioni, che, però, hanno avuto solo in piccola parte l'autorità di deciderla.

Il principio dell'inscindibilità del binomio autorità-responsabilità va seguito con una coerenza quasi ossessiva a tutti i livelli decisionali: quello politico, quello manageriale, quello operativo.

In ossequio a questo principio, allora, lo Stato, nei confronti delle Regioni e delle USL, non deve superare i limiti di un ruolo di indirizzo e di puntuale verifica, per non esautorare gli enti responsabili e le future aziende. Lo Stato ha il compito di delineare delle finalità generali, non certo quello di dettagliare le modali-

tà e gli strumenti per raggiungere gli obiettivi o di vincolare le possibili combinazioni dei vari fattori produttivi.

### **Alcuni cambiamenti possibili, conseguenti al nuovo scenario normativo**

Sembra che oggi esistano le premesse affinché non accada più che le leggi finanziarie condizionino negativamente il governo e la gestione della sanità.

Infatti, i D.L. vi 502 e 517 tracciano una cornice ancora non perfettamente definita, ma promettente per il futuro, soprattutto se si sapranno cogliere le opportunità nei nuovi adempimenti con essi collegati: i programmi sanitari regionali, gli assetti organizzativi delle USL e degli Ospedali, le nuove convenzioni, gli indicatori di efficienza e di qualità, ecc.

Il quadro d'insieme potrebbe, allora, diventare coerente e rendere più agevole un approccio deduttivo-razionale.

2.1) Per ciò che concerne, per esempio, il *contenimento della spesa sanitaria*, non dovrebbe più intervenire la finanziaria.

Il decreto prevede, infatti, che vadano indicati « i finanziamenti relativi a ciascun anno di validità del piano, in coerenza con i livelli uniformi di assistenza » (art. 1, comma 3, lettera g).

Una volta ripartito il finanziamento tra Regioni e all'interno delle Regioni, il problema sarebbe quello di tendere a massimizzare la qualità e quantità dei prodotti per una determinata spesa.

Eventuali disavanzi di gestione, secondo le norme, esonererebbero lo Stato da interventi finanziari ed andrebbero affrontati dalle Regioni con risorse proprie.

2.2) Sarà possibile attribuire effettivamente la responsabilità e il potere decisionale a chi dirige i servizi, senza derogare al principio dell'*in-*

*scindibilità del binomio autorità-responsabilità.*

Occorrerà che le Regioni definiscano gli assetti organizzativi delle USL, degli ospedali e dei loro servizi, ma sembra che ci siano, nel decreto, le premesse per la salvaguardia di tale principio.

Spettano, infatti, allo Stato alcune decisioni fondamentali: quale budget assegnare al SSN, quali investimenti necessari per sanare le situazioni più urgenti di squilibrio territoriale nella dotazione dei servizi, quali prestazioni garantire a tutti i cittadini?

Ma altre decisioni, di tipo gestionale, dovrebbero competere alle persone che si trovano di fatto a dirigere i servizi, ovunque siano identificabili e abbiano una relazione di responsabilità nei confronti della popolazione servita.

L'esautoramento progressivo della dirigenza ha portato come conseguenza inevitabile a una progressiva deresponsabilizzazione. Sembra logico pensare che, qualora le misure di contenimento delle spese siano decise dal livello statale, il livello regionale o la USL non possa sentirsi responsabile dei risultati finali di quelle misure. Dall'esperienza legata ai provvedimenti contingenti da parte dei vari Governi di tutti questi anni passati, dovrebbe finalmente dedursi che contenere i costi in sanità esige un'analisi dei problemi più approfondita e la definizione di soluzioni molto meno superficiali, rispetto ai ticket o ai bollini.

Il contenimento dei costi si raggiunge solo attraverso il controllo di gestione e la valutazione della qualità degli interventi sanitari: non esistono, purtroppo, scorciatoie di altro tipo.

Occorre, in altri termini, restituire ai vari dirigenti la responsabilità del controllo della efficacia, dell'efficienza e dell'utilizzo appropriato dei servizi e, nello stesso tempo, prevedere

e rendere possibili adatti strumenti di retro-azione.

Occorre anche promuovere, strategicamente, degli investimenti nei sistemi informativi, orientati a valutare il funzionamento del servizio sanitario nel suo complesso, attraverso la definizione di indicatori di struttura, di processo e di esito.

Che senso ha, infatti, far gravare oneri aggiuntivi a carico dei cittadini, oltretutto con il rischio di compromettere ulteriormente l'accessibilità, quando non siano oggetto di approfondimenti:

a) divergenze nell'utilizzazione degli esami strumentali e di laboratorio tra distinte unità d'offerta (2);

b) divergenze, all'interno della stessa Regione, fino a 3 volte nella spesa farmaceutica convenzionata media pro-capite, tra una USL e l'altra; fino a 1,7 volte nel costo delle giornate di degenza di ospedali multizonali con caratteristiche analoghe, e fino a 2,6 volte nel costo dei ricoveri (3).

Si potrebbe continuare con l'elenare i tassi di occupazione dei posti letto (con una media attorno al 70%); la frequenza percentuale dell'inappropriatezza dei ricoveri o della degenza (41%, in uno studio recente) (4); l'inappropriatezza, nel 38% dei casi, della terapia chirurgica del carcinoma mammario (5); differenze fino a 7 volte tra le frequenze degli interventi chirurgici più comuni in Nazioni e Regioni diverse (asportazione dell'utero, tonsille, appendici, colecisti, emorroidi, prostata. Differenze correlate, soprattutto, con la densità dei medici e dei letti chirurgici, poco spiegate, invece, da differenze nelle condizioni di salute e socio-economiche) (6); divergenze nei costi dei pasti in ospedale (per riferirsi solo a episodi saliti recentemente alla ribalta della cronaca). Ma tutto questo non servirebbe che a confermare la gamma vastissima delle opzioni di

contenimento dei costi nel sistema, una volta che la dirigenza fosse capace, volesse e potesse intervenire su alcuni di questi ambiti.

Si tratterebbe di studiare di volta in volta adatti provvedimenti e di applicarli in progetti operativi circostanziati.

I percorsi possibili per il contenimento dei costi, a questo punto, sarebbero tantissimi. Non si dovrebbe, certamente, più ricorrere a provvedimenti rigidi come la limitazione del turn-over del personale. Provvedimenti di questo tipo, infatti, possono essere appropriati in alcuni casi, ma non certamente in tutti e non possono tener conto del personale che serve effettivamente in una determinata USL, delle qualifiche e dei livelli più appropriati. E sarebbe bene, anche, non parlare più di piante organiche.

L'unica misura ragionevole, si diceva, è dare la responsabilità e l'autorità di decidere a chi gestisce effettivamente le USL: ai futuri Direttori Generali. A loro compete la decisione sulle modalità ottimali di combinazione dei vari fattori produttivi.

Un'ulteriore misura è quella di rendere più agevoli premi e sanzioni: incentivi economici e gratificazioni non monetarie, ma anche licenziamenti, sospensioni dall'impiego, dalle convenzioni, il passaggio ad altre funzioni, con eventuale decurtazione dello stipendio, almeno per i livelli dirigenziali.

Gli attuali « incentivi sub 1 » andrebbero modificati, non tanto prevedendone la diminuzione, ma rivedendone completamente il meccanismo. Il sistema premiante, infatti, deve essere di rinforzo agli obiettivi dichiarati del sistema.

Al contrario, gli attuali incentivi valgono spesso a promuovere lo spreco di risorse. Per esempio, il fatto che gli incentivi siano legati al numero di esami di laboratorio effettuati per i pazienti ambulatoriali, conduce

a trascurare il problema della utilità degli esami stessi. Si cerca solo di farne di più, trascurando anche l'obiettivo dell'efficienza (ai fini del calcolo delle incentivazioni vengono, infatti, monetizzate le prestazioni, indipendentemente dal loro costo) quando, viceversa, la soluzione più appropriata richiederebbe interventi che limitino la domanda di esami superflui.

2.3) Diventano possibili, anche, alcune scelte fondamentali, coerenti con il principio della sicurezza sociale e con la necessità del razionamento: *non limitare la copertura della popolazione, ma la tipologia delle prestazioni erogabili.*

Basterebbe, per esempio, intendere in modo più appropriato di quanto fatto finora i cosiddetti « livelli uniformi di assistenza sanitaria ».

In una prospettiva di razionamento, i livelli uniformi di assistenza dovrebbero garantire ai cittadini solo e soltanto delle prestazioni efficaci.

In alcuni fortunati casi l'efficacia è una qualità definibile a priori, indipendentemente dalle condizioni cliniche dei pazienti. Esistono, infatti, « interventi sanitari » che non possiedono documentate prove di efficacia. Sono queste le prestazioni da abolire per prime. Un elenco esemplificativo è contenuto nell'allegato A.

Anche sul versante dei farmaci il razionamento deve prevedere, prima di tutto, l'esclusione di principi attivi la cui efficacia non sia stata dimostrata. Ma, a questo proposito, è stata già completamente revisionata la lista dei farmaci prescrivibili in modo gratuito, sulla base di criteri scientifici. Si può solo sperare che le varie pressioni non snaturino il lavoro fatto, senz'altro in controtendenza rispetto ai tradizionali approcci decisionali di tipo « incrementale ».

Occorre, poi, abolire altri interventi sanitari senza il prerequisite dell'efficacia. Per esempio, come si diceva prima, alcune procedure diagnostiche

del tipo dei check-up, molte terapie fisiche, il cosiddetto « termalismo terapeutico » ecc.

Indipendentemente dall'impatto complessivo sulla spesa sanitaria di questi ultimi interventi, la loro abolizione ha un accentuato valore simbolico. Occorre, infatti, restituire credibilità: non si è più credibili quando vengono offerti interventi di questo tipo e si sia costretti a pagare privatamente per un minimo di supporto infermieristico ad un paziente negli ultimi giorni di vita.

Dal momento che le cose sono più complicate di quello che sembrano, occorre adottare nuovi contratti con il personale dipendente e nuove convenzioni con i medici di famiglia, che non solo li responsabilizzino maggiormente sulla qualità delle loro prescrizioni, ma anche attribuiscono loro maggiore autorità nel modellare il sistema dell'offerta sanitaria. Una proposta potrebbe essere quella elaborata dalla R.L., relativa al rinnovo della convenzione dei medici di famiglia (7). Infatti, non è detto che gli stessi farmaci di « fascia A », ad efficacia potenziale, facciano sempre bene, comunque li si prescriva, in quanto l'efficacia, qualora esista come pre-requisito, è influenzata dalle condizioni cliniche dei singoli pazienti.

Quindi, in sintesi, piuttosto che ridurre la popolazione coperta, occorre assumersi la responsabilità di decidere quali prestazioni siano certamente utili e distinguerle, una buona volta, da quelle inutili o dannose.

Nel caso l'abolizione delle prestazioni inutili non bastasse a contenere i costi e a potenziare quelle utili in modo tale da contenere le liste di attesa nei limiti accettabili, occorrerebbe ordinare le prestazioni in un elenco di priorità, per cui potrebbero essere erogate per prime quelle ai primi posti, fino all'esaurimento del fondo sanitario disponibile.

Una simile lista è stata preparata

nell'Oregon e ha portato alla definizione di 17 categorie di servizi e alla formulazione di 709 « trattamenti » abbinati alle relative indicazioni (8).

Iniziative analoghe sono in corso di adozione in Olanda, recentemente, dove le prestazioni sarebbero selezionate sulla base di criteri simili a quelli utilizzati nell'Oregon. Le prestazioni sono state fatte passare attraverso 4 setacci successivi: il primo basato sul concetto della necessità, il secondo su quello dell'efficacia, il terzo su quello dell'efficienza e il quarto su quello della non demandabilità alla responsabilità individuale (9).

In questo modo non solo si realizzerebbe un risparmio, ma si farebbe un primo sostanziale passo nel tentativo di garantire che le scelte adottate dal SSN, dove il bene comune dovrebbe esserne il principio ispiratore, siano più rispettose dell'interesse degli assistiti rispetto a quelle potenzialmente adottabili in un sistema diverso, non finanziato né gestito pubblicamente.

2.4) Diventa inderogabile la progressiva *semplificazione delle procedure burocratiche*.

Occorre tentare di riazzerare la normativa e semplificarla il più possibile. L'evoluzione caotica delle norme ha portato a notevoli difficoltà: la cosa più difficile non è tanto ricordare le novità, ma dimenticare ciò che è superato, in un'altalena continua di ritocchi, con richiami ad altre leggi.

Il livello di complicazione delle procedure, non solo per il cittadino, ma per gli operatori stessi è diventato insostenibile.

Anche per problemi frequenti, spesso, in un'intera USL non c'è nessuno che si senta in grado di dare una risposta definitiva.

Aumentano ogni giorno di più i quesiti alla Regione o al Ministero. Oltre tutto, alcune norme sono in contraddizione con altre. La via di

uscita più usuale è che in tanti casi le norme vengono disattese, semplicemente perché non sono conosciute o, addirittura, conoscibili.

Alla stessa stregua, un consistente impegno dei medici di famiglia è, purtroppo, concentrato sui formalismi dell'atto medico, con il rischio di essere distolti dagli aspetti più pregnanti della pratica professionale. A titolo di esempio si allega una recente circolare, a chiarimento di un decreto sulle prescrizioni (allegato B).

### **Verso un futuro di « Governo » della sanità?**

La superficialità non paga mai, specialmente in campi così delicati e complessi come la sanità.

I problemi non possono essere affrontati tentando di trovare rimedi alle conseguenze dei problemi stessi, senza ricercarne le cause, analizzarle e attenuarle o rimuoverle. È ciò che purtroppo è avvenuto, con esasperante ripetitività, nei provvedimenti connessi con le leggi finanziarie.

Ogni novità normativa andrebbe, viceversa, valutata alla luce delle conseguenze sul sistema complessivo (di cui sono parte importante i cittadini), non solo sul piccolo comparto che vorrebbe prendere di mira.

Si deve promuovere un'attenzione scientifica rispetto ai problemi della gestione.

In questi ultimi anni è venuta delineandosi, a livello internazionale, una branca della ricerca di fondamentale interesse per la Sanità pubblica: la Ricerca sui sistemi sanitari (Health System Research) (10).

Prima di introdurre cambiamenti di rilievo, questi vengono provati in contesti adatti e sottoposti a una valutazione o, perlomeno, simulati su appropriati modelli che rappresentino, il più fedelmente possibile, il sistema sanitario. Sulla base di queste valutazioni si decide o meno di introdurre il cambiamento.

Ma il problema vero è quello di modificare l'approccio all'adozione delle decisioni di politica sanitaria.

Si dovrebbe obiettare che appare irrealistico il passaggio da un approccio « incrementale » a un approccio di tipo « deduttivo-razionale ». I processi politici, si sa, sono molto più tortuosi di quel che può prevedere un percorso rigido, direttamente orientato all'obiettivo.

È, comunque, importante essere consapevoli della necessità di un approccio diverso da quello paradigmaticamente rappresentato dalle leggi finanziarie. Oggi, si dovrebbe tendere a privilegiare un approccio « misto » (11), in cui si approfondiscono alcuni problemi principali e si delineano i relativi percorsi strategici fondamentali, concedendo, poi, una sostanziale autonomia ai vari decisori all'interno di un quadro di riferimento definito.

In una visione ancora più allargata, bisognerebbe anche considerare come la salute non dipenda che per una parte relativamente modesta dagli interventi tradizionalmente propri della sanità (erogazione dei servizi ed educazione sanitaria) ed agire di conseguenza (12). In coerenza con questa visione più sistemica, in ogni decisione politica rilevante nei settori dell'istruzione, del lavoro, dell'occupazione, dell'urbanistica, degli alloggi, ecc., si dovrebbe tener conto dell'impatto delle scelte sulla salute « globale » della popolazione.

La gestione pubblica della sanità sarebbe legittimata anche dalla possibilità concreta di esercitare questa funzione di coordinamento tra i vari settori della pubblica amministrazione, all'interno di una data strategia politica. Una politica sanitaria appropriata, allora, sarebbe quella che rende più agevoli per i singoli e per i gruppi, delle scelte favorevoli alla salute e più difficoltose delle scelte in contrasto con essa.

Questo momento di trasformazione

ni radicali è propizio per ricominciare da capo ed impegnarsi affinché, per il futuro, si possa tendere a una diversa qualità della politica e delle decisioni relative al sistema sanitario del nostro Paese.

## BIBLIOGRAFIA

- ZIGLIO E., 1991. *Indicators of health promotion policy: directions for research*. WHO Regional Publications European Series No. 37.
- McPHERSON K., 1990. *Why do variations occur?* In: The challenges of medical practice variations. Andersen T.F. Mooney G. Eds. MacMillan Press, London (1990).
- Rapporto sulla spesa sanitaria corrente della regione Lombardia anno 1992. Regione Lombardia, settore sanità e igiene (1993).
- Gruppo di studio per la valutazione dell'appropriatezza della degenza: Uno studio sull'appropriatezza delle giornate di degenza. Ricerca e pratica n. 25 (1989).
- SCORPIGLIONE N. et al., 1993. *Variabilità geografica nell'appropriatezza della terapia chirurgica del carcinoma della mammella*. Epidemiologia e prevenzione n. 17.
- McPHERSON K. et al., 1993. *Variazioni regionali nell'uso di procedure chirurgiche comuni: in e tra Inghilterra e Galles, Canada e USA*. Epidemiologia e prevenzione n. 17.
- ASSESSORATO ALLA SANITÀ REGIONE LOMBARDIA, 1993. *Una proposta per la nuova convenzione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta*. Mecosan n. 8.
- Evaluation of the Oregon Medicaid proposal. Congress of the United States, Office of technology assessment. U.S. Government printing office (1992).
- Choices in health care. A report by the government committee on choices in health care, The Netherlands (1992).
- TAYLOR C.E., 1984. *The uses of health systems research*. WHO Public Health Papers n. 78.
- WISEMAN C., 1978. *Selection of major planning issues*. Policy sciences n. 9.
- MCKEOWN T., 1976. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

## ALLEGATO A

ESEMPI DI INTERVENTI SANITARI  
SENZA DOCUMENTATE PROVE DI EFFICACIA,  
O DI PROVATA INEFFICACIA  
(da Donzelli e collaboratori)

- Accertamenti sanitari nei confronti degli alimentaristi.
- Vaccinazione antitifo-paratifica negli alimentaristi.
- Certificati di sana costituzione.
- Schermografie di massa (o addirittura radioscopie) per lo screening della TBC.
- Rx torace di routine all'accettazione ospedaliera.
- Visita ad età filtro nell'ambito della medicina scolastica.
- Check-up.
- Effettuazione routinaria di Pap-test annuale o di mammografia di screening prima dei 50 anni.
- Screening di massa della scoliosi, della colesterolemia, ecc.
- Stilbestrolo in gravidanza.
- Limitazione delle posizioni della donna durante travaglio e parto.
- Episiotomia di routine.
- Effettuazione di routine di: separazione di madri e neonati sani; poppate a orari e di durata prefissata; aggiunta di latte artificiale o di altri liquidi o « doppia pesata » ai neonati allattati al seno; consegna di campioni gratuiti di latte artificiale alle mamme che allattano.
- Terapie fisiche.
- Prescrizione di c.d. cerebroattivi, gangliosidi, epatoprotettori, tonici e ricostituenti.
- Più del 90% delle prescrizioni di ferro in gravidanza; di ipocolesterolemizzanti; di antipiretici; di espettoranti e mucolitici; di vitaminici, metabolici e nutritivi.
- Calcitonina nella osteoporosi senile.

## ALLEGATO B

DECRETO-LEGGE 7 GIUGNO 1993, N. 179 - « ART. 2:  
PRESCRIZIONI DI MEDICINALI SOMMINISTRATI  
ESCLUSIVAMENTE PER FLEBOCLISI »

Pervengono allo scrivente servizio numerosi quesiti in merito alle modalità di prescrizione a carico del SSN dei medicinali di cui all'oggetto.

Al fine di uniformare il comportamento prescrittivo a carico del Servizio sanitario nazionale di medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi, si comunica che il contenuto delle ricette del SSN deve rispettare una delle seguenti condizioni:

- a) prodotti galenici per fleboclisi anche diversi fra loro, fino ad un massimo di sei pezzi;
- b) specialità medicinali per fleboclisi anche diverse fra loro fino ad un massimo di sei pezzi;
- c) specialità medicinale per fleboclisi + prodotto galenico per fleboclisi, nella misura di un pezzo per tipo: (es.: Laevosan 5% 500 ml n. 1 pezzo + Sodio cloruro 0,9% 500 ml n. 1 pezzo);
- d) specialità medicinale per fleboclisi + specialità medicinale diversa, nella misura di un pezzo per tipo (es.: Laevosan 5% 500 ml n. 1 pezzo + Trinitrina cpr. n. 1 pezzo);
- e) galenico per fleboclisi + galenico diverso, nella misura di un pezzo per tipo (es.: Glucosio 10% 500 ml n. 1 pezzo + soluzione fisiologica 10 ml fiala n. 1 pezzo);
- f) specialità medicinale per fleboclisi + galenico diverso, nella misura di un pezzo per tipo (es.: Laevosan 5% 500 ml n. 1 pezzo + Ampicillina cpr. n. 1 pezzo);
- g) prodotto galenico per fleboclisi + specialità medicinale diversa, nella misura di un pezzo per tipo (es.: Glucosio 5% 500 ml n. 1 pezzo + Trinitrina cpr. n. 1 pezzo).

# **RAGIUSAN**

**Rassegna giuridica della sanità**

Rivista mensile

di dottrina, giurisprudenza, documentazione  
di interesse socio-sanitario

*edita sotto gli auspici del Ministero della sanità*

N. 3 della Collana « **La legge delega** »

# **Il decreto legislativo n. 517/93 coordinato con il d.l.vo n. 502/92**

**Prodromi e riferimenti normativi del D.L.vo n. 517 del  
7 dicembre 1993. In appendice l'elenco degli aspiranti  
all'incarico di direttore generale delle aziende sanita-  
rie, articolato per regione di residenza dell'aspirante**

a cura di **Luigi D'Elia**



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

**Ragiusan** - Direttore responsabile: **Luigi D'Elia**

Pubblicazione registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 97/84 in data 10 marzo 1984  
Fotocomposizione: Giuseppe Fratini - Stampa « Grafica Ripoli » s.n.c. - Tivoli

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>



# L'INTRODUZIONE DEI SISTEMI GESTIONALI NELLE AZIENDE SANITARIE IN EMILIA-ROMAGNA

## PRIMA FASE: LA CONTABILITÀ PER CENTRI DI COSTO

di Eugenio Anessi Pessina, Mara Bergamaschi, Francesco Zavattaro (\*)

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

**SOMMARIO:** 1. La modificazione delle relazioni istituzionali tra Regione ed Aziende sanitarie nel nuovo assetto legislativo - 2. L'avvio delle sperimentazioni gestionali nella regione Emilia-Romagna - 3. Linee generali di sviluppo degli interventi di responsabilizzazione - 4. Il progetto « contabilità per centri di costo » - 5. Dalla contabilità dei costi ai sistemi di budget.

### 1. La modificazione delle relazioni istituzionali tra Regione ed Aziende sanitarie nel nuovo assetto legislativo

La conclusione dell'iter legislativo in materia di riforma del Sistema sanitario italiano, avviato dalla legge delega n. 421/92, costituisce un'occasione rilevante per dare attuazione alle istanze di innovazione e di funzionalità che, ormai da numerosi anni, vengono invocate da più parti. Sarà specifica responsabilità delle Regioni, attraverso le norme applicative di loro competenza, dare concreta attuazione a quel processo di « aziendalizzazione » che sembra costituire il principio trainante di tutto il progetto di riforma.

Due, in particolare, appaiono essere i principi innovatori di maggiore rilievo, almeno ai fini del presente lavoro:

1) la maggiore autonomia istituzionale, decisionale ed operativa attribuita alle USL ed agli ospedali-azienda;

2) la responsabilizzazione economico-finanziaria delle Regioni, chiamate a garantire l'equilibrio del sistema.

Per quanto riguarda il primo aspet-

to, il decreto di riforma (D.L.vo n. 502/92 come modificato dal D.L.vo n. 517/93), al primo comma dell'art. 3, recita:

*L'Unità sanitaria locale è azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.*

Il primo comma dell'art. 4, analogamente, prevede che:

*[...] le Regioni costituiscono in azienda con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica i predetti ospedali [...].*

Coerentemente, vengono altresì introdotte le seguenti innovazioni:

*— Tutti i poteri di gestione [...] sono riservati al direttore generale. [...] Il rapporto di lavoro [...] è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale [...]. Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità*

*dell'amministrazione, la Regione risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale [...]* (art. 3, comma 6);

*— [...] tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito e le attrezzature che [...] fanno parte del patrimonio dei Comuni o delle Province con vincolo di destinazione alle USL, sono trasferiti al patrimonio delle USL e delle aziende ospedaliere* (art. 5, comma 1);

*— [...] le Regioni provvedono ad emanare norme per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle USL e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile [...] e prevedono: [...]*  
b) l'adozione del bilancio pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale [...];  
c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi [...] (art. 5, comma 4) (1).

(\*) Questo articolo fa parte di un lavoro più ampio svolto dai tre autori, rivolto a illustrare il processo di sviluppo e applicazione di sistemi gestionali nelle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna. Questa parte, in particolare, è stata curata da F. Zavattaro, che si assume la responsabilità per i relativi contenuti.

Quanto alla maggiore responsabilizzazione delle Regioni nel garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema, il decreto 502 specifica che:

*Le Regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi [...] nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle USL e delle aziende ospedaliere, con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato (art. 13, comma 1).*

Appare chiaro come i due principi generali sopra enunciati possano risultare in contrapposizione fra loro qualora nei diversi contesti regionali non siano adottati modelli di amministrazione in grado di risolvere il conflitto strutturale tra:

— la ricerca delle condizioni per un autonomo equilibrio (in termini di risorse disponibili e di bisogni da soddisfare) in capo alle aziende sanitarie, e

— la ricerca delle condizioni per un più generale equilibrio finanziario a livello regionale.

Affinché in questo nuovo scenario l'anello debole non diventi proprio la Regione, è indispensabile che il ruolo di quest'ultima venga rafforzato, potenziandone la capacità di indirizzo in un sistema incentrato sulle autonomie. In sintesi, è quindi necessario:

— dare concreta attuazione al nuovo assetto istituzionale attraverso la definizione di un sistema di poteri regionali di indirizzo che salvaguardino effettivamente l'autonomia delle aziende sanitarie (USL ed ospedali autonomi) ma all'interno di una visione di « gruppo »;

— attivare criteri e correlati meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie coerenti con il principio generale di responsabilizzazione economico-finanziaria delle Regioni, e quindi individuare gli opportuni spazi di autonomia nell'acquisizione di risorse finanziarie aggiuntive da

parte delle aziende sanitarie (ad esempio attraverso prestazioni a pagamento);

— sviluppare, a livello regionale, logiche e strumenti di governo congruenti con l'autonomia delle singole aziende e la conseguente complessità ed eterogeneità del sistema;

— garantire uno sviluppo delle professionalità, soprattutto di tipo manageriale, sia all'interno delle Regioni che delle singole aziende sanitarie;

— coordinare e promuovere presso le aziende sanitarie interventi finalizzati alla riqualificazione gestionale e al miglioramento organizzativo.

Il processo di cambiamento delineato, implicando interventi di varia natura sui meccanismi operativi, sugli strumenti per una gestione efficace ed efficiente, sulla cultura gestionale e sulle professionalità degli operatori e dei dirigenti, richiede elevati investimenti e lunghi tempi di realizzazione. In questo come in altri settori dell'intervento pubblico, tuttavia, la presenza di una cultura dominante tipicamente orientata al breve periodo (2) determina il rischio che l'entità delle innovazioni effettivamente introdotte risulti alla fine inferiore rispetto alle opportunità offerte da questa fase di cambiamento.

Come spesso accade, quindi, anche in questo caso saranno favorite quelle Regioni che in passato hanno saputo formulare strategie di anticipazione dei cambiamenti, accettando in ciò le inevitabili incertezze derivanti da un quadro normativo ed istituzionale non ancora specificato. Si può perciò prevedere che la nuova normativa valorizzerà le numerose esperienze pilota che, con diversità di approcci, di modelli culturali di riferimento e di metodologie operative, hanno proposto soluzioni innovative ai problemi di governo della sanità. Le Regioni e le aziende sanitarie che hanno promosso e sviluppato progetti innovativi dovrebbero

infatti poter sfruttare la *curva di esperienza* accumulata e quindi ottenere risultati soddisfacenti in tempi relativamente brevi. Nello stesso tempo, tuttavia, queste esperienze possono risultare utili anche per la generalità delle aziende sanitarie, purché queste siano messe in grado di valutare gli aspetti positivi e negativi di ciascuna soluzione, nonché di evitare gli eventuali errori commessi in passato dalle realtà « sperimentatrici ».

Tra le diverse esperienze, particolarmente significativa sembra essere quella della regione Emilia-Romagna, con particolare riguardo allo sviluppo di sistemi gestionali per le USL.

## 2. L'avvio delle sperimentazioni gestionali in Emilia-Romagna

Nella seconda metà degli anni Ottanta, l'Assessorato alla sanità della regione Emilia-Romagna aveva sviluppato la convinzione di dover procedere al superamento dei tradizionali modelli di governo, basati sui principi burocratico-amministrativi. In particolare, gli aspetti percepiti come maggiormente problematici erano:

1) l'inadeguatezza dei criteri utilizzati per il riparto del Fondo sanitario regionale, in quanto prevalentemente ancorati ad indicatori di dotazione strutturale e di spesa storica;

2) l'utilità molto limitata del sistema di contabilità finanziaria pubblica a fini di governo;

3) in generale, l'assenza di un adeguato sistema informativo regionale.

A questi tre aspetti si pensava di poter dare soluzione attraverso l'attivazione di nuovi strumenti di gestione e quindi:

1) la definizione di criteri di riparto del Fondo sanitario regionale maggiormente correlati ad indicatori di funzionalità;

2) l'attivazione di sistemi di rilevazione di valori economici che fornissero indicazioni più analitiche sul-

l'entità e soprattutto sulla destinazione delle risorse effettivamente impiegate nella produzione e nell'erogazione dei servizi;

3) la progettazione di un sistema informativo regionale che permettesse di acquisire maggiori elementi di valutazione per lo svolgimento della funzione regionale di indirizzo e coordinamento sulle politiche sanitarie, e che fosse allo stesso tempo in sintonia con i fabbisogni percepiti al livello decentrato di USL.

Se lo sviluppo di più complessi sistemi gestionali era stato individuato quale possibile soluzione alle crescenti esigenze di governo del sistema, restava aperto il problema della scelta delle modalità attraverso cui giungere alla prima progettazione, alla verifica sul campo ed infine alla generale applicazione della strumentazione. Al riguardo, sono state individuate, di fatto, due alternative.

Da un lato vi era chi era favorevole ad un ruolo forte della Regione nel definire le soluzioni operative e nell'imporre un'applicazione uniforme presso le USL; dall'altro vi era chi sottolineava invece la necessità di un metodo diverso, in grado di superare le cause di insuccesso di precedenti analoghe esperienze di innovazione. Quest'ultima tesi, in particolare, metteva in risalto come le soluzioni gestionali imposte dalla Regione attraverso strumenti normativi riscuotessero adesioni puramente formali da parte delle USL, in quanto giudicate eccessivamente uniformi e dettagliate rispetto alle specificità e alle variegate esigenze di operatività delle USL stesse. L'idea che fosse necessario adottare un metodo diverso finì per prevalere; la ricerca di tale metodo portò a ridefinire il ruolo della Regione come fornitrice alle USL di servizi a supporto del processo di progettazione di strumenti gestionali innovativi. Operativamente, ciò significava scomporre tale processo in tre fasi logiche correlate a specifiche responsabilità:

— le USL avrebbero dovuto individuare i fabbisogni informativi ed organizzativi a loro comuni. In questa fase il fattore critico di successo era rappresentato dalla capacità delle USL di trovare forme opportune di collaborazione;

— la Regione avrebbe dovuto incentivare la collaborazione tra le USL anche attraverso l'attivazione di mezzi e di professionalità a supporto della progettazione e dell'implementazione degli strumenti gestionali;

— ciascuna USL, infine, avrebbe avuto la responsabilità dell'implementazione delle soluzioni individuate e soprattutto del loro adattamento alle proprie specifiche esigenze.

L'obiettivo era, in sintesi, quello di individuare criteri di progettazione non generici, o ancor peggio mutuati acriticamente da contesti molto diversi quali quelli d'impresa, ma strettamente aderenti alle caratteristiche peculiari della gestione nelle aziende di servizi sanitari.

Nella seconda metà degli anni Ottanta ha quindi preso avvio una serie di interventi di sviluppo e qualificazione dei processi gestionali e organizzativi, con tappe intermedie di verifica dei risultati raggiunti. In particolare, il Servizio di economia sanitaria dell'Assessorato alla sanità della regione Emilia-Romagna ha promosso e coordinato un pacchetto integrato di progetti così articolato (3):

1) Interventi sulla gestione e sullo sviluppo delle risorse umane.

Questo gruppo di interventi aveva come scopo la diffusione all'interno delle USL di metodologie di analisi e di strumenti che consentissero di realizzare una gestione strategica delle risorse umane, in particolare attraverso:

— lo sviluppo di un sistema informativo relativo al personale;

— la sperimentazione di nuovi meccanismi di selezione;

— la revisione dei sistemi di incentivazione;

— la formazione professionale del

personale, soprattutto sotto il profilo gestionale.

2) Interventi sulla gestione delle dotazioni strumentali e sull'introduzione di sistemi di valutazione economica delle tecnologie.

Questi interventi intendevano rispondere all'esigenza di dare vita ad un sistema permanente di rilevazione, classificazione, analisi e valutazione del patrimonio tecnologico utilizzato dalle diverse USL, ed alla necessità di progettare una banca-dati regionale sulle tecnologie biomediche.

3) Interventi di analisi e riprogettazione delle principali procedure amministrative e tecnico-sanitarie.

All'interno di questo gruppo hanno assunto particolare rilevanza:

— la revisione delle procedure di accesso degli utenti alle prestazioni specialistiche, ambulatoriali e di diagnostica strumentale;

— la revisione delle procedure di accettazione, gestione e dimissione del paziente.

Nel complesso, l'obiettivo era quello di favorire lo sviluppo di una « cultura del servizio » all'interno del Servizio Sanitario Regionale.

4) Interventi di analisi e classificazione dei risultati dell'attività sanitaria ed in particolare ospedaliera.

Il progetto principale era rappresentato dallo sviluppo del sistema di valutazione del prodotto ospedaliero noto come *Diagnosis-Related Groups (DRGs)*. Questo sistema classifica le diagnosi ospedaliere in gruppi omogenei non solo in relazione a criteri clinici ma anche rispetto al costo medio atteso di trattamento. Aspetto critico della metodologia è costituito dall'impiego della durata media della degenza quale criterio di classificazione delle diagnosi e di standardizzazione delle risorse assorbite.

5) Interventi di responsabilizzazione sull'uso efficace ed efficiente delle risorse.

Rientrano in questo gruppo di interventi:

— il progetto contabilità per centri di costo;

— il progetto budget a base zero (BBZ);

— il progetto gestione budgettaria.

Per una molteplicità di motivazioni, meglio sviluppate nei paragrafi successivi, quest'ultimo gruppo di progetti ha assunto una notevole preminenza in termini di risorse impiegate, di energie professionali dedicate, di sviluppo temporale, di attese suscitate, fino a costituire il polo di aggregazione per lo sviluppo di tutte le altre tipologie di intervento; in relazione a tale circostanza costituisce l'oggetto specifico del presente lavoro.

### 3. Linee generali di sviluppo degli interventi di responsabilizzazione

Coerentemente con l'opzione per il modello di « Regione fornitrice di servizi alle USL », si sono individuati alcuni criteri guida nello sviluppo dei diversi interventi.

— Il primo punto di forte rottura rispetto agli approcci tradizionali si è manifestato con l'affermarsi della convinzione che i sistemi di gestione, per essere efficaci, ossia per incidere sulle modalità consolidate di funzionamento delle USL, dovessero essere interiorizzati almeno dagli attori principali dell'organizzazione e quindi comportassero elevati costi di gestione del processo per la costruzione del consenso sul loro utilizzo. Da tale considerazione è derivata la scelta per un'introduzione progressiva di questi sistemi e ciò nel duplice aspetto di limitare il numero di progetti in cui una stessa USL potesse essere coinvolta, e di graduare nel tempo la complessità degli strumenti. Coerentemente, ne è derivato l'orientamento a coinvolgere un numero elevato di USL in modo da avviare più sperimentazioni contemporaneamente, tuttavia consentendo ad ogni realtà sperimentale di concentrarsi su pochi e qualificati obiettivi di innovazione gestionale.

Al fine di favorire la formazione di molteplici professionalità gestionali all'interno delle USL, che potessero quindi rappresentare un patrimonio duraturo di conoscenze e competenze, si è incentivata la costituzione di gruppi di lavoro composti da operatori di diversa estrazione settoriale. Nella selezione dei componenti dei gruppi di lavoro, comunque affidata alla responsabilità di ciascuna USL, la Regione ha stimolato l'attenzione verso criteri quali la motivazione delle persone, l'orientamento all'innovazione, la disponibilità ad un impegno spesso elevato e non sempre riconosciuto, la capacità a sostenere situazioni di conflittualità organizzativa, la presenza di prospettive di crescita professionale. I gruppi di lavoro avrebbero dovuto assumere la completa responsabilità di raccolta ed esplicitazione delle esigenze dell'organizzazione, di coordinamento e confronto con altre USL, di implementazione delle soluzioni concordate, di sviluppo delle stesse a fini di adattamento alle esigenze specifiche delle proprie realtà. Per rafforzare il principio della responsabilità, per ogni gruppo di lavoro la Regione ha richiesto l'individuazione di un coordinatore.

— Il ruolo della Regione si è tradotto in un complesso di attività che, nel loro insieme, hanno garantito la guida del processo di sviluppo degli interventi di innovazione gestionale. In primo luogo sono stati attivati in sede regionale i meccanismi di coordinamento tra le USL al fine di confrontare le esigenze di ciascuna realtà, giungere all'identificazione di soluzioni comuni, identificare gli opportuni strumenti operativi e le modalità più adeguate per il loro sviluppo. Tra gli scopi principali dei momenti di coordinamento a livello regionale è da segnalare la definizione di obiettivi operativi intermedii specifici per ciascuna USL coinvolta nelle sperimentazioni e la conseguente attivazione

di momenti di verifica e di eventuale revisione degli obiettivi stessi. In secondo luogo, la Regione si è fatta carico di organizzare un intenso programma formativo finalizzato a sensibilizzare gli organi decisionali sul ruolo dei sistemi di gestione e sulle possibilità di utilizzo nelle USL, a fornire ai gruppi di lavoro le conoscenze metodologiche e le competenze tecniche che si rendevano necessarie nelle diverse fasi di sviluppo dei progetti, a favorire la progressiva diffusione delle soluzioni nell'organizzazione, a garantire il progressivo trasferimento delle esperienze presso le USL non direttamente coinvolte nelle fasi progettuali (si veda la tavola 1 per lo specifico progetto sulla contabilità per centri di costo). Infine la Regione si è sforzata di attivare i meccanismi di incentivazione disponibili per cercare di premiare le persone maggiormente impegnate nelle sperimentazioni e per supportare l'implementazione delle soluzioni innovative.

A complemento dei numerosi filoni di intervento, l'Assessorato alla sanità della regione Emilia-Romagna ha particolarmente curato il processo di divulgazione e comunicazione all'esterno delle azioni attivate e dei risultati conseguiti. Particolare rilevanza a questo riguardo hanno assunto l'organizzazione di Convegni a carattere internazionale sulla gestione della sanità (4) e la pubblicazione di articoli e saggi su temi specifici ritenuti di interesse prioritario nelle diverse fasi dell'esperienza (5).

### 4. Il progetto « Contabilità per centri di costo »

Come già sottolineato nel paragrafo precedente, uno dei problemi percepiti come maggiormente critici dal Servizio di economia sanitaria era il limitato contenuto informativo del sistema di contabilità finanziaria pubblica. In particolare si evidenziavano i seguenti aspetti problematici:

— la finalità autorizzativa attribuita al sistema di contabilità finanziaria pubblica comporta scelte di metodo scarsamente coerenti con la finalità di osservazione dell'equilibrio economico della gestione (6). Questo vale ad esempio per la scelta del momento di rilevazione, che si correla alle fasi formali dei processi di entrata e di spesa (segnatamente accertamenti e impegni) piuttosto che alla formazione dei costi e dei proventi, e per il mancato ricorso a scritture di rettifica di fine esercizio quali ammortamenti ed altri accantonamenti, ratei e risconti, rimanenze;

— il sistema di contabilità pubblica, come del resto ogni altro sistema di contabilità generale, ha come oggetto specifico le relazioni negoziali e non negoziali tra l'USL ed altri soggetti; di conseguenza, questo sistema non è in grado di soddisfare le esigenze di conoscenza circa i fenomeni interni d'azienda ed in particolare circa le modalità di utilizzo delle risorse da parte delle diverse unità organizzative;

— infine, la significatività della contabilità pubblica a fini di osservazione economica della gestione è ulteriormente inficiata dal sistematico ricorso da parte delle USL a politiche di bilancio tese ad eludere l'obbligo formale di non iscrivere spese per importi superiori alla quota di finanziamento autorizzata.

A fronte di queste valutazioni, si è decisa l'introduzione di sistemi di contabilità analitica dei costi.

Quest'ultima infatti, avrebbe permesso di superare i primi due aspetti problematici sopra decritti; restava aperto il tema del suo collegamento con le altre rilevazioni contabili ed in particolare con la contabilità generale. Nelle imprese, infatti, i sistemi di contabilità analitica sono tipicamente collegati alla contabilità generale attraverso opportune metodologie e tecniche di raccordo. Se questa impostazione fosse stata trasferita

alle USL, le politiche di bilancio che, come già evidenziato, minavano la significatività del sistema di contabilità finanziaria avrebbero necessariamente condizionato anche la validità del sistema di contabilità analitica (7). Da qui la decisione di sviluppare un sistema di contabilità analitica di natura *statistico-tabellare*, quindi senza meccanismi formali di rilevazione e di « quadratura » con la contabilità finanziaria.

Il primo nodo metodologico riguardava la specificazione delle finalità conoscitive perseguite. Come la teoria e la prassi avevano da lungo tempo evidenziato, infatti, a finalità conoscitive diverse devono corrispondere sistemi di rilevazione diversi per oggetti a cui riferire i costi e per metodologie di raccolta, classificazione e rappresentazione dei valori. Da un lato vi era chi evidenziava la necessità di disporre di strumenti per il controllo dei costi dei prodotti, prestazioni e servizi erogati dalle diverse strutture di offerta, soprattutto al fine di effettuare confronti di efficienza. Altri sottolineavano le difficoltà intrinseche nei sistemi orientati alla determinazione dei costi di prodotto, soprattutto in sistemi organizzativi, quali le USL, caratterizzati dalla presenza di autonomia professionale (si pensi in particolare all'autonomia clinica), da bassa standardizzazione dei processi tecnico-assistenziali, da altissima interdipendenza funzionale. Per contro il sistema di contabilità analitica avrebbe dovuto rispondere ad esigenze di controllo della gestione, favorendo la responsabilizzazione delle unità organizzative, in particolare sanitarie, sull'impiego efficace ed efficiente delle risorse (8). Essendo prevalsa quest'ultima impostazione (che peraltro non pregiudicava la possibilità di giungere in un secondo momento anche alla determinazione di costi di prodotto), il progetto si è svolto attraverso le fasi logiche di seguito descritte.

### *Selezione delle USL sperimentatrici*

Coerentemente con l'impostazione definita nel paragrafo precedente, nelle fasi iniziali della sperimentazione si decise di coinvolgere soltanto alcune delle 41 USL della Regione. Nel giugno 1985 è stata pertanto effettuata una ricognizione tramite questionario circa l'esistenza di alcune condizioni minime ritenute necessarie per l'avvio del progetto (ad esempio, le architetture hardware disponibili; le procedure informatiche operative quali la gestione del personale e quella dei magazzini; la presenza delle professionalità necessarie all'eventuale riprogettazione delle procedure informatiche ed organizzative) nonché la disponibilità da parte delle USL stesse ad impegnarsi nella sperimentazione. Sulla base dei risultati dell'indagine è stato individuato un primo gruppo di 9 USL. Dopo una serie di incontri di sensibilizzazione rivolti agli uffici di direzione, ognuna delle nove USL sperimentatrici fu invitata a costituire un gruppo di lavoro composto da professionalità provenienti dai servizi ritenuti « critici » per il successo della sperimentazione (Bilancio e programmazione finanziaria, Direzione sanitaria ospedaliera, Medicina di base, Gestione del personale, Economato). Tra il 1986 ed il 1988 il progetto è stato progressivamente esteso a tutte le USL della Regione (tavola 1). Come è facile constatare, in ogni fase di coinvolgimento delle USL, particolare attenzione è stata prestata a selezionare un campione rappresentativo delle diverse realtà dimensionali e funzionali.

### *Definizione del piano dei centri di costo*

Per dare contenuto all'obiettivo della responsabilizzazione, i valori determinati dal sistema avrebbero dovuto essere riferiti ad aree di attività in cui esistesse un decisore in grado

Tavola 1 - Progetto contabilità dei costi: USL sperimentatrici

USL	Popolazione residente nel 1989	Posti letto effettivi nel 1991
<b>PRIMO GRUPPO (da settembre 1985)</b>		
4 (Parma)	237.000	1.550
11 (Coreggio)	42.500	170
14 (Carpi)	70.500	350
16 (Modena)	264.000	1.615
20 (Casalecchio di Reno)	111.000	76
27 (Bologna Ovest)	417.500*	950
30 (Cento)	48.500	195
33 (Ravenna)	172.500	800
36 (Lugo di Romagna)	98.000	610
	* dato riferito all'intera città di Bologna	
<b>SECONDO GRUPPO (da febbraio 1986)</b>		
2 (Piacenza)	148.500	725
9 (Reggio Emilia)	175.000	1.050
10 (Guastalla)	61.000	300
13 (Castelnuovo ne' Monti)	33.500	215
22 (San Lazzaro di Savena)	63.000	50
25 (San Giorgio di Piano)	69.000	230
31 (Ferrara)	175.000	1.310
38 (Forlì)	166.000	1.050
<b>TERZO GRUPPO (dal 1988)</b>		
Le altre 24 USL della Regione	—	—

Fonte: Ns. elaborazioni su dati dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna.

di influenzare le condizioni di svolgimento delle operazioni e dei processi di produzione e di erogazione dei servizi. Di conseguenza, i costi avrebbero dovuto essere riferiti ad oggetti, comunemente denominati *centri di costo*, corrispondenti ad articolazioni organizzative o parti di esse. Lo sviluppo operativo di questa tematica ha costituito l'occasione per la formazione del gruppo regionale di coordinamento inter-USL, composto dai responsabili dei gruppi di lavoro costituiti presso le USL, da funzionari regionali ed infine, da ricercatori attivati tramite convenzioni regionali con funzioni di supporto metodologico. Come prima responsabilità, il gruppo doveva scegliere tra due impostazioni contrapposte: (a) la definizione di uno « schema-tipo » di Piano dei centri di costo, ossia di uno schema estremamente analitico, rigido nella sua articolazione e, conseguentemente, obbligatorio per le tutte le USL (9); oppure (b) la defini-

zione di uno « schema minimo », ossia di uno schema relativamente sintetico che le USL avrebbero poi potuto articolare più in dettaglio a seconda delle proprie caratteristiche dimensionali ed operative e delle proprie esigenze informative. La prima alternativa, si pensava, avrebbe privilegiato le esigenze della Regione consentendo l'effettuazione di confronti, e in prospettiva, la determinazione di una base più « razionale » per il finanziamento delle USL. La seconda alternativa, invece, ribadiva che i sistemi di gestione sono in primo luogo sistemi per il governo della singola «azienda». Conseguentemente, le finalità informative della Regione possono essere soddisfatte solo in via mediata, cioè avvalendosi di dati che ogni realtà produce per propri fini di gestione interna e che sono successivamente processati per gli scopi regionali. Inoltre si evidenziava che gran parte delle valutazioni o decisioni a livello regionale

possono essere meglio supportate da dati aggregati a ragione dell'eterogeneità dei contesti organizzativi di riferimento. A titolo esemplificativo si consideri la valutazione sull'incidenza dei costi delle funzioni « Gestione del personale » e « Bilancio e programmazione finanziaria » tra una USL di grandi dimensioni in cui esistono due servizi dedicati, ed una USL di piccole dimensioni in cui entrambe le funzioni risultino comprese all'interno di uno stesso Servizio. Nella logica del piano-tipo, la USL di piccole dimensioni avrebbe dovuto procedere ad arbitrarie scissioni di costi comuni sulla base di improbabili ipotesi, con evidenti effetti negativi sull'affidabilità delle informazioni prodotte. Nella logica del piano-minimo, invece, ogni USL avrebbe potuto articolare liberamente il proprio sistema informativo all'interno dello schema di riferimento, e la Regione avrebbe potuto basare le proprie valutazioni e decisioni sul confronto tra i dati resi omogenei nel significato attraverso l'aggregazione dei costi delle due funzioni comunque rilevati nei centri di costo di ciascuna USL. Coerentemente con il modello sperimentale descritto al paragrafo 2 il gruppo regionale, peraltro a seguito di numerose riunioni, ha predisposto un piano-minimo dei centri di costo, organizzato specifici momenti di formazione per i gruppi di lavoro di USL sul tema ed attribuito a questi ultimi la responsabilità di formulare il piano dei centri di costo di ciascuna USL sulla base di un'approfondita analisi organizzativa.

#### *Definizione del piano dei fattori produttivi*

Mentre i gruppi di lavoro delle diverse USL procedevano alla costruzione dei relativi piani dei centri di costo, il gruppo di coordinamento regionale ha iniziato ad affrontare il problema dei meccanismi di rilevazione che avrebbero dovuto alimentare i centri

di costo. La prima decisione ha riguardato la scelta tra le metodologie note come *direct costing* e *full costing* (10). Poiché l'obiettivo perseguito era l'introduzione di meccanismi di responsabilizzazione, ossia l'attivazione di comportamenti gestionali più consapevoli sul piano del rapporto tra prestazioni effettuate ed ammontare complessivo delle risorse impiegate, ci si è orientati verso una soluzione intermedia del tipo rappresentato nella figura 1, in cui si distinguono:

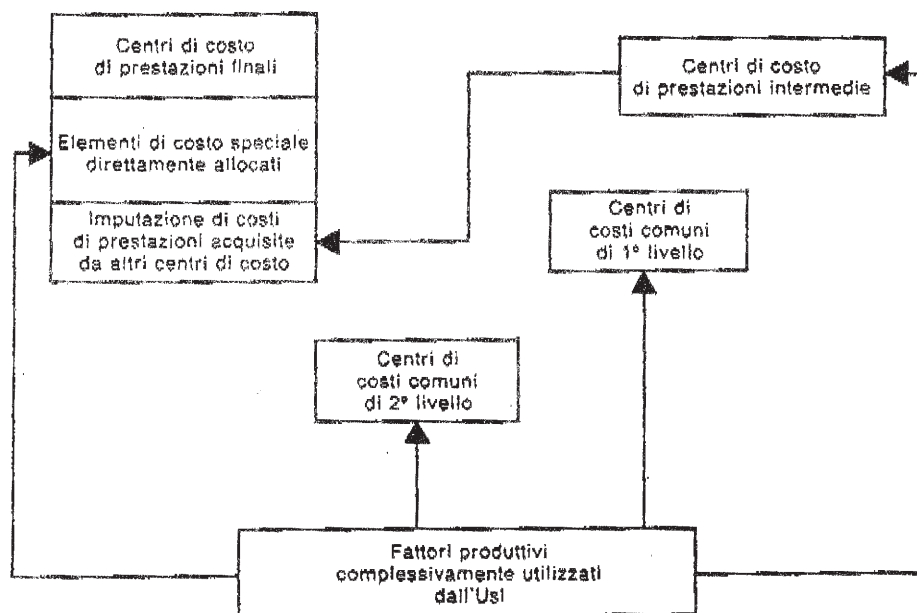
- la classificazione dei centri di costo in tre tipologie, ed in particolare in centri di costo di prestazioni sanitarie finali (prestazioni direttamente finalizzate al soddisfacimento di un bisogno sanitario), centri di costo di prestazioni intermedie tecnico-strumentali (prestazioni sanitarie, quali accertamenti diagnostici, e non sanitarie, quali le prestazioni alberghiere, chiaramente definibili sul piano tecnico ma destinate a supportare l'attività dei centri di prestazioni finali), centri di costi comuni, a loro volta classificabili in costi comuni di Servizio e costi generali di USL;

- il processo di allocazione diretta dei costi connessi all'utilizzo dei fattori produttivi nei diversi centri di costo;

- il processo di imputazione indiretta (ribaltamento) di quote di costi dai soli centri di prestazioni intermedie verso quelli di prestazioni finali.

Il sistema veniva quindi a configurarsi come una matrice logica, del tipo rappresentato in figura 2. A questo riguardo sorgeva il problema, analogo a quello già descritto con riferimento al piano dei centri di costo, del metodo più opportuno per giungere alla classificazione dei fattori produttivi secondo criteri di omogeneità. Anche in questo caso il gruppo regionale di coordinamento ha optato per uno schema minimo regionale di piano dei fattori produttivi ed attivato i gruppi di lavoro di USL per la sua specificazione in sede locale.

**Figura 1 - Meccanismi di allocazione ed imputazione dei costi ai centri di costo**



Tratto da: ZAVATTARO F., *La contabilità direzionale come strumento di gestione dell'USL: aspetti di progettazione del sistema*, in **COME**, periodico del Dipartimento sicurezza sociale della regione Emilia-Romagna, 3 giugno 1986.

**Figura 2 - La matrice logica della contabilità dei costi**

	CENTRI DI COSTO					
Fattori produttivi di diretta allocazione						
Totale costi diretti						
Fattori produttivi di imputazione indiretta						
Totale costi indiretti						
Costi totali						
Entrate proprie						
Prestazioni e servizi						
Parametri e indici di offerta						

Tratto da: ZAVATTARO F., *La contabilità direzionale come strumento di gestione dell'USL: aspetti di progettazione del sistema*, in **COME**, periodico del Dipartimento sicurezza sociale della regione Emilia-Romagna, 3 giugno 1986.

### Analisi e riprogettazione delle procedure di rilevazione

Il processo di formulazione dei piani dei fattori produttivi e dei centri di costo ha fatto emergere come questi non fossero indipendenti dalle procedure di rilevazione. L'affinamento dei piani dei fattori produttivi a livello di USL è stato quindi rinviato per consentire l'analisi e la riprogettazione delle procedure che direttamente o indirettamente avrebbero dovuto garantire l'alimentazione del sistema. Come conseguenza, il gruppo regionale di coordinamento si è trovato sommerso da una considerevole quantità di problemi che i gruppi di lavoro delle USL progressivamente identificavano. In particolare emergeva un quadro caratterizzato da:

— difficoltà a ricostruire le procedure esistenti, a motivo della loro frammentarietà ed approssimazione all'interno di uno stesso contesto organizzativo;

— stratificazione disordinata di molte soluzioni informatiche, con conseguenti difficoltà di raccordo tra le procedure;

— frammentazione delle responsabilità con conseguenti difficoltà di individuare interlocutori chiari sia nelle fasi di analisi che in quelle di proposizione delle soluzioni.

In sintesi, i gruppi di lavoro delle varie USL manifestavano la rilevante difficoltà ad individuare soluzioni coerenti con la necessità di garantire la base informativa comune prevista dal progetto regionale. Per superare queste oggettive difficoltà, il metodo di lavoro è stato quindi parzialmente modificato, ed in particolare si sono individuate tre commissioni regionali, ciascuna con la responsabilità di riprogettare le procedure relative ad un gruppo di fattori produttivi (personale, beni economici e farmaceutici, altre classi di fattori produttivi). Queste commissioni, composte in prevalenza da esperti ed operatori del

settore, attraverso numerose riunioni:

— hanno valutato le possibili alternative circa le diverse metodologie di rilevazione per ogni tipologia di fattore produttivo, con particolare riguardo ai vantaggi informativi ed alle difficoltà operative connesse a ciascuna soluzione considerata;

— hanno definito schemi generali di funzionamento delle procedure di rilevazione che potessero avvalersi il più possibile dei meccanismi esistenti nei diversi contesti;

— hanno tradotto le linee di riprogettazione così definite in uno schema minimo condiviso di classificazione dei fattori produttivi;

— hanno individuato protocolli e standard tecnici che le procedure informatiche eventualmente acquisite da ciascuna USL avrebbero dovuto soddisfare per garantire la base informativa comune.

Tutte le fasi del progetto sono state supportate da un intenso programma di formazione definito nei fabbisogni e nei destinatari dal gruppo di coordinamento regionale e finanziato ed organizzato a livello di Regione. La tavola 2 fornisce un quadro sintetico degli interventi formativi attuati nel biennio 1986-87.

All'inizio del 1986 tutte le USL del primo gruppo avevano formalizzato il proprio piano dei centri di costo e si stava lavorando al Piano regionale dei fattori produttivi. Anche per effetto dei risultati conseguiti, si è avviata quindi la procedura per un primo allargamento del numero delle USL sperimentatrici (tav. 1). Nel primo gruppo di USL erano, nel frattempo, stati attivati i primi tentativi di riprogettazione delle procedure organizzative e tecnico-informatiche per la rilevazione dei valori di costo connesse all'utilizzo dei beni farmaceutici; verso la fine del 1986 si è iniziato inoltre ad affrontare il tema dei meccanismi di elaborazione e diffusione delle informazioni ai diversi livelli di responsabilità interni alle USL, ossia la progettazione dei sistemi di *reporting*.

Il tema del *reporting* in particolare è stato utilizzato dal gruppo regionale di coordinamento per recuperare parte degli entusiasmi attorno al progetto che le molte difficoltà operative incontrate nelle USL con l'avvio della fase di riprogettazione delle procedure avevano notevolmente frustrato.

Si trattava infatti di cominciare finalmente ad esplicitare e a concretizzare

**Tavola 2 - Interventi formativi attuati nel biennio 1986-1987**

Numero operatori coinvolti nel progetto:	circa 150
Numero medio di operatori coinvolti nei gruppi di lavoro di USL:	6
Tipologia di corsi di formazione e loro durata (in giornate):	
— General Management per gli uffici di direzione	4
— Sistemi di gestione in sanità per dirigenti sanitari ed amm.vi	3
— Aspetti tecnici di progettazione della contabilità dei costi	6
— Le procedure di rilevazione dei costi	3
— La progettazione del sistema di Reporting	4
— Tecniche di analisi dei costi	6
Totale giornate di formazione e numero di operatori coinvolti:	
— Corsi rivolti a componenti gli uffici di direzione	91 giornate 2275 operatori
— Corsi su aspetti tecnici della contabilità dei costi	18 giornate 450 operatori
— Corsi su analisi dei costi	26 giornate 650 operatori



zare i benefici informativi e gestionali del progetto nei confronti dei suoi destinatari potenziali, prevalentemente fermi su posizioni di scetticismo ed in ciò rafforzati dalle difficoltà applicative sopra segnalate.

Sul piano operativo, questa fase:

— ha permesso il coinvolgimento attivo della componente sanitaria per la ricognizione dei suoi fabbisogni informativi;

— ha prodotto schemi generali di reporting rivolti a soddisfare i fabbisogni conoscitivi di una molteplicità di funzioni e livelli organizzativi che avrebbero potuto costituire una valida base per la concreta definizione del sistema di reporting interno a ciascuna USL.

All'inizio del 1988 tutte le 17 USL avevano presentato in Regione i propri piani dei centri di costo e dei fattori produttivi, 12 avevano definito le modalità di rilevazione del costo del personale, 10 le modalità di rilevazione del costo dei beni e 11 anche le modalità di rilevazione di altre classi di costo; tuttavia solo in pochi casi le USL avevano provveduto all'implementazione di nuove procedure e soprattutto l'utilizzo dei dati restava assai limitato. Sempre nel febbraio 1988, metà delle USL non aveva ancora affrontato neppure la prima progettazione del sistema di reporting.

### **Dalla contabilità dei costi ai sistemi di budget**

Verso la fine del 1987 era iniziata quindi una fase di riflessione sugli eventuali errori commessi e sulle possibili modalità di revitalizzazione del progetto. In particolare si sono riconsiderate:

— La scelta di un sistema di contabilità analitica di tipo statistico-tabellare. Da un lato la rinuncia a meccanismi di riscontro contabile aveva indotto le USL a duplicare alcune procedure organizzative e di rilevazione piuttosto che a razionalizzarle,

con evidenti conseguenze in termini di costi organizzativi. D'altro lato, tuttavia, i benefici di questa scelta erano stati ancora più significativi; isolata dalla contabilità finanziaria e dalle connesse finalità autorizzative, infatti, i valori di costo, laddove prodotti, presentavano elevati livelli di completezza e di significatività. In alcuni casi, inoltre, le USL erano effettivamente riuscite ad unificare i sistemi di rilevazione attraverso la riprogettazione delle procedure, con ciò dimostrando la fattibilità e l'efficacia della soluzione metodologica prescelta.

— La scelta della logica dello schema minimo. La validità di questa impostazione era riconosciuta da tutti. Infatti il piano minimo definito dal gruppo di coordinamento appariva più che idoneo a soddisfare le esigenze conoscitive regionali, e nello stesso tempo si era dimostrato idoneo a stimolare i gruppi di lavoro di USL nella ricerca di articolazioni che fossero aderenti alle esigenze specifiche delle diverse realtà.

— Le soluzioni informatiche. L'introduzione della contabilità analitica aveva fatto chiaramente emergere l'inadeguatezza delle dotazioni tecnologiche ed informative presenti nelle USL, come conseguenza della loro estrema frammentarietà. In particolare, le USL incontravano rilevanti difficoltà nel far convergere all'interno del complessivo sistema di reporting i dati elementari provenienti da procedure rigide e caratterizzate dal ricorso a linguaggi informatici differenziati e spesso incompatibili. Le USL lamentavano quindi la necessità di effettuare ingenti investimenti in tecnologie e professionalità per l'adeguamento delle proprie capacità informatiche. Anche in questo tuttavia, il gruppo regionale di coordinamento, investito del problema, è riuscito a refigurare una soluzione favorevolmente accolta dalla maggioranza delle USL. In particolare que-

sta soluzione prevedeva l'informatizzazione della matrice logica, che avrebbe così assunto il ruolo di *cuore del sistema*. La tecnologia software a tale scopo utilizzata avrebbe dovuto essere neutrale ed indipendente rispetto alle problematiche hardware e quindi più facilmente collegabile alle singole procedure già esistenti attraverso opportune *procedure ponte* (figura 3). La Regione, infine, conformemente al ruolo prescelto, si è assunta la responsabilità di far predisporre il pacchetto applicativo, da rendere disponibile poi per tutte le USL che ne avessero fatto richiesta.

Al termine di queste analisi si è quindi giunti alla conclusione che le difficoltà del progetto « Contabilità analitica dei costi » non erano dovute a chiari errori di progettazione, ma piuttosto ad alcuni limiti oggettivi dello strumento. La contabilità analitica aveva infatti rivelato i propri aspetti di debolezza nel superare le resistenze al cambiamento che caratterizzano tutte le organizzazioni. In particolare si era dimostrata debole nell'attivazione dei meccanismi di responsabilizzazione ricercati a motivo della difficoltà a correlare i costi connessi all'impiego delle risorse con i risultati conseguiti. Era mancata quindi la capacità di coinvolgere efficacemente la componente medica e sanitaria in genere sull'uso dello strumento nelle scelte di gestione; mandando infatti meccanismi efficaci di misurazione e valutazione dei risultati soprattutto nella loro dimensione qualitativa, venivano a mancare anche stimoli forti ad utilizzare le informazioni di costo, ritenute marginali in ambito sanitario.

Avendo individuato nella capacità di incidere sui processi decisionali interni alle USL, il fattore critico di successo dei sistemi di gestione, il gruppo di ricercatori a supporto delle sperimentazioni regionali ha così suggerito l'opportunità di un'evoluzione della contabilità analitica verso un *siste-*

ma di controllo direzionale inteso come insieme di strumenti atti a guidare l'organizzazione verso i propri obiettivi di efficace ed efficiente gestione. La realizzazione di un tale sistema avrebbe richiesto l'affiancamento agli strumenti di rilevazione consuntiva dei costi di adeguati strumenti per l'individuazione e l'esplicitazione preventiva degli obiettivi di risultato, ossia l'introduzione di logiche e strumenti di tipo budgettario.

Nel gennaio 1988 ha preso quindi operativamente avvio il progetto «La introduzione del budget in sanità» anche a seguito di un'iniziativa del Ministero della sanità che stava promuovendo un progetto nazionale per la sperimentazione in alcune USL di diverse Regioni italiane della metodologia nota come *Budget a base zero* (BBZ).

(1) Particolarmente significativa è l'eliminazione, nell'ultima modificazione del decreto, dell'obbligo del pareggio nel bilancio preventivo economico annuale.

(2) L'orizzonte temporale degli organi decisionali massimi è strutturalmente orientato al breve periodo o comunque legato a fattori istituzionali (elezioni, stabilità degli organi di governo, ecc.). Nell'amministrazione pubblica si è quindi portati a proporre soluzioni « in tempi brevi » a problemi « molti complessi ». Questo produce:

- soluzioni parziali;
- soluzioni formali con rinvio sostanziale;
- rinvii anche sul piano formale con effetti negativi sul piano dell'immagine e della credibilità

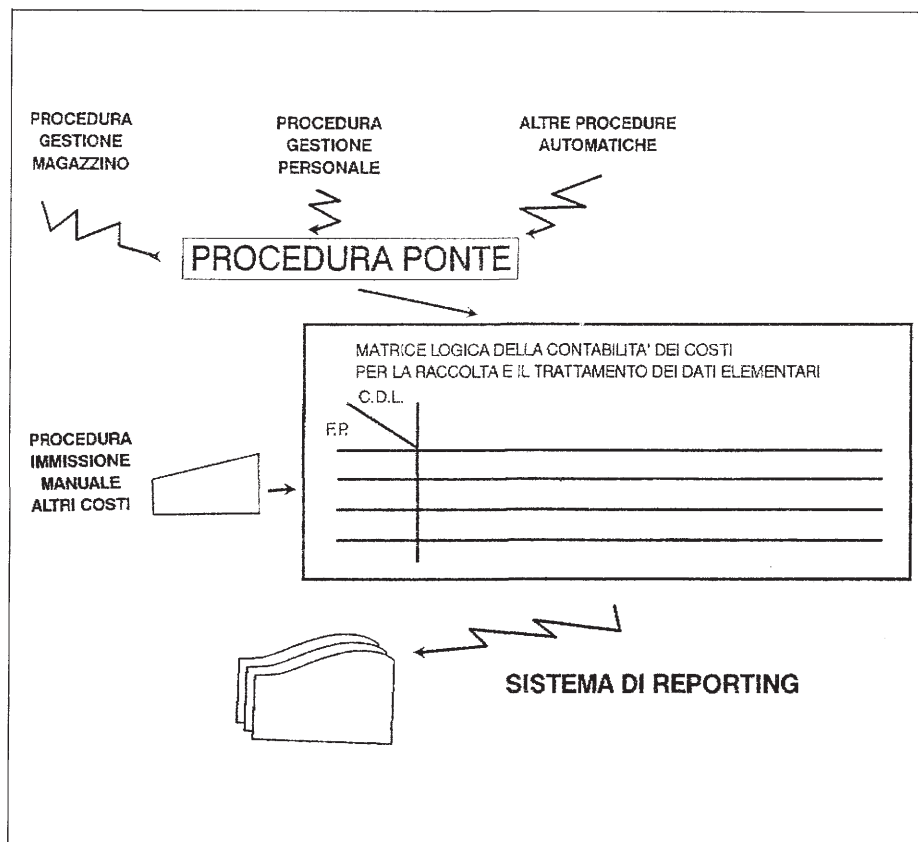
Per un approfondimento del tema, si veda AA.VV. [1984].

(3) Sul tema si veda « USL e cambiamento », documentazione a cura dell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna.

(4) Si vedano in particolare gli atti del Convegno internazionale « L'azienda sanità », tenutosi a Bologna dal 14 al 16 ottobre 1986.

(5) Tra le pubblicazioni curate direttamente dalla Regione si veda in particolare « USL e cambiamento » [1988]. Esistono inoltre numerose pubblicazioni di stu-

Figura 3 - Schema generale del sistema informativo per la contabilità analitica dei costi



diosi esterni alla Regione, tra cui:

— AA.VV., *Contabilità direzionale*, ed. Mc Graw Hill, 1989;

— AA.VV., *I prezzi di trasferimento dei Servizi intermedi ospedalieri*, ed. Clueb, Bologna 1990;

— AA.VV., *La contabilità analitica nelle USL: sistemi di rilevazione*, ed. Clueb, Bologna 1990;

— AA.VV., *Le analisi e le valutazioni di gestione. I rapporti di gestione nelle USL dell'Emilia-Romagna*, ed. Clueb, Bologna 1991.

Queste pubblicazioni fanno tipicamente riferimento a fasi o progetti specifici.

(6) Per un approfondimento del tema si vedano BORGONOVÌ (1984) e ANESSI (1983).

(7) Si consideri ad esempio l'acquisto di beni economici in assenza di disponibilità sul relativo capitolo. In contabilità finanziaria questo tipicamente induce due fenomeni: (i) il rinvio della registrazione dell'impegno agli esercizi successivi (le cosiddette « fatture nel cassetto »), oppure (ii) l'imputazione dell'impegno ad un al-

tro capitolo. Se i due sistemi fossero collegati contabilmente, per il sistema di contabilità analitica si porrebbero due alternative: (i) attivare conti quali « beni economici ricevuti in assenza di impegno » o « acquisti di beni economici del tipo x contabilizzati come acquisti di beni economici del tipo y », oppure (ii) riprodurre le politiche di bilancio della contabilità finanziaria, non registrando i beni economici ricevuti in assenza di impegno o contabilizzando beni del tipo x come se fossero beni del tipo y. La prima alternativa è, ovviamente, solo teorica. In presenza di un collegamento contabile tra i due sistemi, quindi, le politiche di bilancio che inficiano la validità della contabilità finanziaria pubblica non possono non avere lo stesso effetto sulla contabilità analitica.

(8) Si veda ZAVATTARO (1990).

(9) Questa è stata l'impostazione prescelta, ad esempio, in altre esperienze regionali.

(10) A questo riguardo si veda CODA (1968) e ZAVATTARO (1990).

# UN PROGETTO DI CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA NELL'UNITÀ SANITARIA LOCALE DI BORGOTARO

di Luigi Ablondi

*Servizio Medicina di base - U.s.l. 6 Borgotaro*

Maria Rita Buzzi

*Servizio Bilancio e programmazione finanziaria - U.s.l. 9 Reggio Emilia*

Leonardo Marchesi

*Direzione sanitaria - U.s.l. 5 Fidenza*

Maurizio Poli

*Presidio multizonale di prevenzione - U.s.l. 9 Reggio Emilia*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. Breve nota sulle caratteristiche dell'USL 6 di Borgotaro - 3. La spesa farmaceutica dal 1988 al 1993 - 4. Il mutato quadro di riferimento normativo - 5. Analisi del problema - 6. Identificazione delle opzioni di intervento - 7. Opzione preferita per la soluzione e strategia per la sua implementazione.

## 1. Introduzione

La farmaceutica convenzionata assorbe circa il 12% del Fondo sanitario della Regione Emilia-Romagna.

Gli interventi condotti a livello nazionale nel settore si sono fino ad ora limitati ad aumentare la quota di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, senza incidere in modo significativo sulla quantità e qualità delle prescrizioni degli ordinatori di spesa.

Nei primi mesi del 1993, a seguito dell'entrata in vigore delle nuove norme di partecipazione alla spesa, la regione Emilia-Romagna aveva stimato possibile una riduzione del 25% rispetto all'anno precedente.

Una verifica dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata esterna nell'USL 6 di Borgotaro, effettuata nel mese di luglio 1993, dimostrò invece un trend in diminuzione pari a solo il 4% rispetto al primo semestre 1992, molto lontano quindi dall'obiettivo di contenimento della spesa che la Giunta regionale aveva fissato per l'esercizio 1993 (tabella A).

Di seguito vengono analizzate le ragioni del parziale mancato contenimento

della spesa farmaceutica e viene proposto un progetto finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo regionale se non nel breve, almeno nel medio periodo (2 e 3 anni).

## 2. Breve nota sulle caratteristiche dell'USL 6 di Borgotaro

L'USL 6 di Borgotaro è geograficamente ubicata in territorio collinare-montano. Si estende su una superficie di 1392 Km<sup>2</sup>, suddivisa in 15 Comuni, raggruppati in 4 distretti.

La sede amministrativa dell'USL è Borgotaro, cittadina che conta poco più di 7.000 abitanti; altri tre centri, Fornovo Taro, Bedonia e Bardi hanno popolazioni comprese tra tremila e cinquemila abitanti; il resto della popolazione è distribuito in centri minori, in piccoli nuclei abitativi rurali ed in case rurali sparse (tab. B).

Si tratta di una zona ad economia prevalentemente agricola, con insediamenti artigianali e pochi stabilimenti industriali di piccole dimensioni.

L'assetto demografico è caratterizzato dalla più alta percentuale regionale di popolazione anziana (tab. C).

L'USL 6 dispone di un ospedale

generale di 140 p.l., ubicato in Borgotaro e dotato di reparti di medicina generale, chirurgia generale, ginecologia ed ostetricia, ortopedia e traumatologia.

Quattro ambulatori polispecialistici sono ubicati nelle quattro sedi di distretto (tabella B).

I medici convenzionati per la medicina generale sono 33 dei quali 22 esercitano la professione singolarmente, e 11 in forma associata (2 gruppi di 3 medici, 1 di 5 medici).

Le tabelle D e E riportano la suddivisione dei medici di base per anzianità del rapporto di convenzionamento e per distanza della sede operativa dall'ospedale.

## 3. La spesa farmaceutica dal 1988 al 1993

L'andamento della spesa farmaceutica convenzionata, a partire dal 1988, è posto a confronto con quello di due

---

Il progetto è stato sviluppato nell'ambito del programma didattico del I Master in Amministrazione e Gestione dei Servizi Sanitari organizzato dall'Assessorato alla sanità e servizi sociali della regione Emilia-Romagna.

altre Unità sanitarie locali della regione Emilia-Romagna con caratteristiche simili a quelle dell'USL 6 di Borgotaro: l'USL 13 di Castelnovo né Monti e l'USL 18 di Pavullo nel Frignano (tabelle F1, F2, F3, F4, F5). Entrambe le USL di confronto sono ubicate in area collinare-montana e dotate di strutture ospedaliere di potenzialità assimilabile (tabelle G e H).

Si rileva che nel 1988 la spesa pro-capite lorda dell'USL 6 era attestata ad un livello nettamente superiore alla media regionale e che l'incremento percentuale della stessa rispetto all'anno 1987 si collocava in posizione intermedia tra le due Unità sanitarie locali di confronto, ma più vicina a quella di maggior spesa, cioè l'USL 18 di Pavullo nel Frignano (tabella F1).

Nel 1989 era stata iniziata una sperimentazione gestionale con obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica, che prevedeva l'assegnazione di incentivi economici ai medici di famiglia in correlazione ai risparmi ottenuti.

Nel 1989 e nel 1990 a seguito della sperimentazione, la spesa farmaceutica lorda pro-capite nell'USL 6 di Borgotaro si è attestata tra le più basse della Regione ed il confronto con le due USL simili evidenzia un incremento percentuale della spesa lorda nettamente inferiore. Il confronto anno '89 su '88 evidenzia le seguenti variazioni percentuali: -3,13% USL 6, +8,96% USL 13 +7,98% USL 18, +9,92% media regionale; il confronto anno '90 su '88 evidenzia le seguenti variazioni percentuali: +10,81% USL 6, +18,50% USL 13, +19,58% USL 18, +18,20% media regionale (tabelle F2 e F3).

Nel 1991 l'accordo sul contenimento della spesa farmaceutica, anziché con ciascun singolo medico, fu stipulato con il complesso della categoria dei medici di base, attraverso i rappresentanti di zona, ma non diede buoni risultati, in quanto venne

meno la responsabilizzazione individuale.

I dati del 1991 dimostrano, di conseguenza, una spesa pro-capite ancora inferiore alla media regionale, ma una percentuale di incremento della spesa complessiva (rispetto all'anno precedente) superiore a quella dell'USL 13, prossima a quella dell'USL 18 e superiore all'incremento medio regionale (tabella F4).

Nel 1992 non furono rinnovati gli accordi anche in considerazione degli insoddisfacenti risultati ottenuti nel 1991.

Nel 1992 perciò, la percentuale di incremento della spesa complessiva rispetto al 1991 risultò superiore alla media regionale, inferiore a quella dell'USL 13 e superiore a quella dell'USL 18 (tabella F5).

Nel I semestre del 1993, a seguito dell'entrata in vigore delle nuove norme nazionali di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti nell'USL 6 si è infine avuto un decremento nettamente inferiore a quello medio regionale ed a quello delle USL, di confronto (tabella A).

In definitiva, nel I semestre 1993, la spesa pro-capite dell'USL 6 si è ricollocata tra le più alte della Regione ed a livelli superiori rispetto alle USL di confronto (tabella A).

#### 4. Il mutato quadro di riferimento normativo

Ai fini dell'elaborazione del progetto, devono essere considerate le innovazioni introdotte nel quadro di riferimento normativo dai decreti legislativi di riordino della disciplina in materia sanitaria, emanati dal Governo, su delega del Parlamento (L. n. 421/92, art. 1):

— il D.L.vo n. 502/92, contenente norme di tale portata da costituire una vera e propria « riforma » della legge istitutiva del SSN del 1978;

— il D.L.vo n. 517/93, contenente modificazioni al precedente.

In particolare, per quanto riguarda il rapporto tra i medici di medicina generale ed il SSN, il D.L.vo n. 502/92, come modificato dal D.L.vo n. 517/93, introduce la possibilità di (art. 8, lettera C): « prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinare gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito... » e di (art. 8, lettera F) « definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione... » ed in aggiunta « una quota variabile, in considerazione del rispetto dei livelli di spesa programmati, di cui alla lettera C... ».

#### 5. Analisi del problema

Per comprendere l'organizzazione e il funzionamento del sistema che si sta analizzando, è importante identificare i fattori economici, tecnici, ideologici, sociali, culturali e politici che lo caratterizzano ed osservare come tali fattori interagiscano e come le loro interazioni evolvano nel tempo.

Per effettuare la diagnosi del problema e per individuare le strategie di intervento è pertanto opportuno costruire un quadro di riferimento concettuale, che descriva l'evoluzione delle relazioni tra i fattori che influenzano il contesto in analisi, (da G. Dussault « Quadro di riferimento per l'analisi del sistema dei servizi di salute »).

##### 5.1 Attori sociali

A partire dal 1982, a causa del continuo lievitare dei costi sanitari, lo Stato ha introdotto norme per la partecipazione alla spesa da parte dei cittadini. Queste norme sono state più volte modificate ed hanno originato numerosi provvedimenti legislativi,

tutti volti a rallentare l'elevato trend di crescita che si era determinato dopo l'istituzione del SSN.

L'introduzione del Prontuario terapeutico nazionale per l'ammissibilità dei farmaci alla prescrivibilità gratuita, ha spinto le industrie farmaceutiche ad investire cospicue risorse per ottenere l'inserimento nello stesso prontuario delle nuove specialità, facendo seguire una pressante opera di convincimento e di pressione sulla categoria dei medici di famiglia, che sono stati stimolati a prescrivere i prodotti più recenti e più costosi.

Di pari passo le USL non sono state in grado di organizzare, attraverso i loro servizi, un efficace intervento di controinformazione sul corretto uso dei farmaci ed in particolare dei più recenti e più costosi, che in gran quantità e ad intervalli ravvicinati sono stati inseriti in prontuario.

A questo fatto si sono accompagnati una difesa ad oltranza, da parte degli ordini professionali dei medici, dell'assoluta libertà di prescrizione, in virtù del principio di autonomia professionale (« prescrizione secondo scienza e coscienza »); ed una mancata percezione dell'aspetto economico connesso agli atti professionali da parte della categoria medica.

Tra gli attori sociali, i proprietari delle farmacie convenzionate, legittimamente interessati all'aumento del loro volume di vendite, hanno promosso i consumi attraverso le loro organizzazioni.

Anche tra le organizzazioni rappresentanti gli interessi dei cittadini, a livello di emanazioni politiche e del volontariato, è prevalso un orientamento favorevole al consumo incrementale dei farmaci quale elemento di supposta maggior tutela della salute.

I « media » hanno sostenuto a lungo rivendicazioni ad impronta consumistica delle organizzazioni dei cittadini, favorite dalle azioni di marketing dell'industria farmaceutica e

dall'orientamento prevalente delle organizzazioni professionali. Solo recentemente si è determinata una inversione di tendenza, che ha posto maggiore accento sulla necessità di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Di fronte all'incremento preoccupante della spesa farmaceutica ed in presenza di un'azione dello Stato volta esclusivamente a caricare una parte degli oneri relativi sui cittadini, alcune Regioni hanno tentato di percorrere autonomamente vie diverse per raggiungere l'obiettivo di contenimento. In particolare, la regione Emilia-Romagna ha proposto al Governo un proprio piano di riduzione della spesa farmaceutica attraverso un nuovo prontuario, risultato del lavoro di una commissione regionale che ha predisposto una lista limitata di farmaci di comprovata efficacia clinica.

### 5.2 Modalità organizzative

Il modello di retribuzione dei medici di famiglia, articolato su una quota annua per assistito (quota capitaria) integrata da altre voci (legate alla spesa e produzione del reddito, al rischio professionale, all'esercizio in via esclusiva della professione medico generica, all'organizzazione dell'attività in forma singola o associata) non ha previsto incentivi o sanzioni correlati alla qualità.

La regolamentazione dei rapporti convenzionali dei medici di medicina generale con il SSN, disciplinando il « rapporto ottimale medici cittadini » (un medico convenzionato ogni mille residenti), nelle zone rurali e montane non ha consentito l'iscrizione negli elenchi della medicina generale di un numero di medici tale da introdurre meccanismi di concorrenza. Inoltre, il meccanismo della scelta-revoche del medico di famiglia, effettuabile dal cittadino in qualsiasi momento, ha di fatto reso il medico « ostaggio » delle richieste consumi-

stiche degli utenti (cosiddetta « medicina self-service »).

La mancanza di norme che prevedano periodiche verifiche sullo stato di preparazione della categoria ha fatto sì che molti professionisti non siano stati incentivati ad un costante adeguamento della propria preparazione di base all'evolversi delle conoscenze scientifiche, rapidissimo in campo sanitario. Inoltre, anche i medici più giovani risentono dell'impostazione degli studi universitari che sono incentrati sul problema terapeutico, ma trascurano generalmente gli aspetti economici e gestionali dell'attività di medicina generale. A partire dal 1986 le USL, sotto l'impulso della regione Emilia-Romagna, hanno organizzato corsi annuali di aggiornamento della durata di circa 20-30 ore, nei quali tuttavia gli aspetti dell'efficacia e dell'efficienza non sono stati sufficientemente approfonditi, puntando soprattutto sugli aspetti terapeutici, così come è prassi dell'insegnamento universitario.

### 5.3 Risorse finanziarie

Dall'istituzione del SSN vi è stata una sottostima del fabbisogno di risorse finanziarie che ha determinato ogni anno l'attribuzione di finanziamenti sempre insufficienti a coprire la spesa. I disavanzi determinatisi di conseguenza ed i continui richiami al contenimento della spesa non hanno contribuito a rallentare i consumi. Infatti i disavanzi succedutesi negli anni sono stati puntualmente ripianati a pie' di lista.

### 5.4 Comportamenti individuali (prescrittori, offerta; consumatori, domanda)

Il quadro delineato ai punti 5.1, 5.2, 5.3, calato nelle peculiarità dell'USL 6 di Borgotaro, induce le seguenti considerazioni, sul fronte dei produttori:

a) i medici di famiglia decentrati

sul territorio rurale-montano, dipendono per l'informazione sulle novità terapeutiche dai propagandisti delle case farmaceutiche e le attività di formazione permanente sono scarsamente seguite;

*b)* l'esercizio professionale viene svolto in forma accentuatamente individualistica;

*c)* la pratica ambulatoriale, non sottoposta allo stimolo della concorrenza professionale e del confronto con i pari, non è incentivata al miglioramento della qualità, ma tende ad adagiarsi su prassi consolidate;

*d)* per il particolare rapporto di tutela « paternalistica » il medico è portato ad assecondare tutte le richieste dei suoi assistiti;

*e)* l'occuparsi della spesa indotta dall'attività prescrittiva viene ritenuto compito non di pertinenza del medico.

Sul fronte dei consumatori, le considerazioni sono invece le seguenti:

*a)* la popolazione prevalentemente anziana e di estrazione rurale è scarsamente informata e per la gran parte si affida al medico di famiglia per ogni quesito di carattere sanitario;

*b)* lo stimolo ai consumi farmaceutici viene recepito spesso in modo acritico, attribuendo al farmaco proprietà taumaturgiche.

Di conseguenza si determina una domanda parzialmente svincolata dai reali bisogni degli utenti e fortemente indotta dall'offerta.

### 5.5 Diagnosi

Nell'ipotesi che fattori comportamentali e strutturali possano giustificare il trend anomalo della spesa farmaceutica, si sono posti i seguenti quesiti:

1) l'esercizio della medicina di base in forma associata è stato un fattore di confronto e di sviluppo culturale per i medici partecipanti, determinando una diversa modalità prescrittiva e che ha prodotto una riduzione della spesa farmaceutica?

2) l'esercizio dell'attività dei medici di base entro il raggio di 20 Km dall'ospedale ha condizionato il comportamento prescrittivo dei medici, atteso che, a causa della maggior facilità di accesso all'ospedale, si ipotizzi un minor ricorso a terapia farmacologica per assistenza a domicilio?

3) l'anzianità di convenzionamento dei medici di famiglia è un elemento che può condizionare la spesa, ossia i medici più giovani ricorrono maggiormente all'uso di nuovi farmaci più costosi?

I dati relativi al quesito 1 riportati in tabella L (attività prescrittiva dei medici suddivisi in operanti singolarmente ed in gruppo) hanno dimostrato:

*a)* un costo medio per assistito relativo ai medici operanti singolarmente non significativamente diverso dalla media generale (variazione inferiore all'1.4%);

*b)* un costo medio assistito per i medici operanti in gruppo maggiore del 3.2% rispetto alla media generale di USL.

Questi dati permettono di affermare che non esiste una variazione significativa del comportamento prescrittivo dei medici operanti in gruppo rispetto ai medici operanti singolarmente, in quanto l'entità della differenza è modesta e potrebbe essere determinata da altre variabili.

I dati relativi al quesito 2 riportati in tabella M (attività prescrittiva dei medici operanti a distanza inferiore ai 20 Km dall'ospedale) hanno dimostrato:

*a)* un valore medio di prescrizione dei medici operanti entro i 20 Km dall'ospedale inferiore del 3,1% rispetto alla media generale di USL;

*b)* un costo medio per assistito dei medici operanti entro i 20 Km dall'ospedale inferiore del 3,5% rispetto alla media generale di USL.

Questi dati permettono di affermare che non esiste una variazione si-

gnificativa del comportamento prescrittivo dei medici che operano in situazioni di maggiore accessibilità al presidio ospedaliero rispetto a quelli che operano in sedi più decentrate.

I dati relativi al quesito 3 riportati in tabella N (attività prescrittiva dei medici suddivisi per anzianità di convenzionamento) hanno dimostrato:

*a)* un valore medio per prescrizione dei medici convenzionati di fascia 0-6 anni inferiore del 2,1% rispetto alla media generale di USL;

— un valore medio per prescrizione dei medici convenzionati di fascia 7-13 anni all'incirca uguale alla media generale di USL;

— un valore medio prescrizione dei medici convenzionati di fascia 14-20 anni maggiore del 5,1% rispetto alla media generale di USL;

— un valore medio di prescrizione dei medici convenzionati di fascia >20 inferiore del 2,7% rispetto alla media generale di USL;

*b)* un costo medio assistiti maggiore del 19,5% rispetto alla media generale di USL nei medici fascia 0-6;

— un costo medio assistiti inferiore del 6,1% rispetto alla media generale di USL nei medici fascia 7-13;

— un costo medio assistiti inferiore del 6,9% rispetto alla media generale di USL nei medici fascia 14-20;

— un costo medio assistiti inferiore del 12,9% rispetto alla media generale di USL nei medici fascia >20.

Si evidenzia che i medici convenzionati della fascia 0-6 anni, pur prescrivendo farmaci di costo medio inferiore al costo medio complessivo di USL (−2,1%), hanno un costo medio per assistito molto elevato (+19,5%). I medici più anziani (fascia >20), oltre ad avere un valore medio prescrittivo inferiore (−2,7%) hanno un costo medio per assistito inferiore (−12,9%).

Si rileva in tabella D che la composizione quantitativa delle classi di età di convenzionamento dei medici

di medicina generale dal 1988 ad oggi non ha subito significative modificazioni.

## 6. Identificazione delle opzioni di intervento

Ai fini di ottenere l'obiettivo regionale di contenimento della spesa farmaceutica sono prese in esame diverse opzioni di intervento, che fanno riferimento ad esperienze tratte dalla letteratura internazionale (NHS inglese in modo particolare) e alla sperimentazione gestionale effettuata negli anni precedenti.

L'opzione privilegiata deve essere considerata quale soluzione prioritaria per raggiungere l'obiettivo di contenimento, ma dovrà essere integrata e rafforzata dalle opzioni che sono di seguito poste in posizione subordinata.

### 6.1 Uso di linee guida per la prescrizione farmaceutica

L'opzione consiste nell'inviare al medico materiale scientifico informativo in grado di produrre un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Questo approccio, che si esplica in una sequenza di azioni che vincolano le scelte terapeutiche alla diagnosi, si dimostra inefficace se non sostenuto da incentivi o da valide motivazioni. Nella cultura dei medici di base della USL 6 esiste una certa ostilità ad inquadrare i comportamenti in rigidi schemi, prevalendo nel loro operare il concetto della medicina come « arte » individuale.

### 6.2 Monitoraggio dell'attività prescrittiva

Consiste nella trasmissione periodica di report, a cadenza mensile, che mettono in evidenza l'attività prescrittiva rapportandola a corrispondenti periodi di esercizi precedenti. Il medico dovrebbe così essere messo in

condizione di valutare criticamente il proprio operato e quindi prescrivere i farmaci appropriati di minor costo.

Questa opzione è stata sperimentata negli anni precedenti, ma si è dimostrata insufficiente al raggiungimento di un obiettivo di contenimento della spesa, per assuefazione al controllo.

### 6.3 Opinion leader della professione come agenti della formazione

Nella realtà della USL 6, per effetto della dispersione dei professionisti sul territorio, prevale una pratica professionale fortemente individualistica. In tale contesto, la possibilità di incidere attraverso un'azione di tipo formativo trova ostacoli consistenti.

### 6.4 Informazione degli assistiti (« domanda informata »)

Come già sottolineato, la USL 6 di Borgotaro ha la percentuale di popolazione anziana di gran lunga più elevata della Regione (28.1% nel 1992 cfr. tabella C). La maggioranza della popolazione è di estrazione rurale. È forte pertanto la dipendenza dal medico di famiglia per ogni necessità di informazioni in campo sanitario. Pertanto, anche per un approccio nel lungo periodo che si basi sulla costruzione di una « domanda informata », si dovrà far riferimento in primo luogo al medico di famiglia quale privilegiato interlocutore.

## 7. Opzione preferita per la soluzione e strategia per la sua implementazione

### 7.1 Opzione preferita

L'opzione consiste nel condizionare la corresponsione della quota variabile del compenso dei medici di base al raggiungimento degli obiettivi di rispetto dei livelli di spesa programmati.

A questo scopo si propone la co-

struzione di un budget di spesa per singolo medico attraverso la metodologia di seguito delineata.

A) Suddivisione degli assistiti in:

- esenti per età (minori di anni 10, maggiori di anni 60 - Legge sugli interventi di finanza pubblica allegata alla finanziaria per l'anno 1994);
- esenti per codice di patologia (D.M. 1 febbraio 1991 e successive modificazioni);
- non esenti.

B) Ciascuna delle precedenti categorie viene ripartita in intervalli di età (0-10, 11-20, 21-30, ... - Classi di assistiti sufficientemente omogenee per spesa indotta).

C) Utilizzando i dati di spesa storica si determina il costo medio pro-capite per ogni classe.

D) Per ogni singolo medico si ricava un'ipotesi di budget in base al calcolo:

$$\Sigma (n. \text{ assistiti per classe} \times \text{costo medio assistito per classe})$$

La determinazione del costo medio di un assistito per una certa classe ci consente di tenere conto implicitamente delle modificazioni legislative relative al regime di esenzione.

E) Si determina così un importo globale al quale applicare le variazioni di prezzi previste e il contenimento che si pone come obiettivo.

La definizione dell'obiettivo di contenimento può essere effettuata valutando l'entità presuntiva della spesa annuale che si può eliminare in quanto determinata da farmaci ritenuti di non comprovata efficacia terapeutica. A questo scopo si può fare riferimento agli Indici Qualitativi della Scelta (IQS) contenuti nella classificazione dei farmaci definita dalla task force universitaria consulente della Regione Emilia-Romagna.

F) La ripartizione del budget globale è immediata e tiene conto delle percentuali di variazione di cui al punto precedente.

G) Dall'analisi dei dati prescrittivi di ciascun medico, si ricostruisce la sua spesa storica, tenendo conto del mix degli assistiti rispetto al tipo di esenzione (risultante dalle modificazioni legislative intervenute) e della sua spesa storica per tipologia.

Qualora risulti per alcuni medici un evidente scostamento della spesa così calcolata rispetto all'ipotesi di budget, si introdurrà un parametro di avvicinamento, che tenga conto dell'entità dello scostamento, in modo da rendere progressivamente possibile il raggiungimento dell'obiettivo.

Qualora per altri medici, invece, i dati prescrittivi indichino una spesa storica inferiore all'ipotesi di budget, viene fissato come obiettivo un budget inferiore. La somma algebrica dei riaggiustamenti, concordati con il comitato consultivo della categoria, deve rispettare il budget globale.

H) Si prevede un fondo di riserva cui attingere per i cosiddetti casi fuori norma.

I) Il budget così assegnato sarà oggetto nel corso dell'anno ad automatico ricalcolo su base mensile, per effetto della mobilità degli assistiti di ciascuna classe.

L) L'entità della quota variabile da corrispondere ai medici che rispettano il budget è proporzionale al numero medio annuo di assistiti ed è definita in sede di negoziazione con il Comitato consultivo di categoria.

## 7.2 Strategia per l'implementazione

Il progetto dovrà essere sottoposto all'attenzione del Comitato consultivo di categoria in alcuni incontri a partecipazione ristretta.

Si evidenzierà in primo luogo la situazione particolare della USL 6 nel contesto regionale, relativamente alla spesa farmaceutica convenzionata. Si presenteranno anche dati di confronto con USL, di struttura geografica e socio-demografica simile.

Saranno presentati poi i dati rela-

tivi ai consumi dei prodotti farmaceutici di scarsa efficacia clinica.

Si porrà quindi l'accento sull'intervento già sperimentato negli anni 1989/90, evidenziandone i punti di forza e di debolezza. In particolare, si farà rilevare che i risultati di contenimento della spesa farmaceutica ottenuti con il citato progetto:

a) non hanno inciso negativamente sulla salute degli assistiti;

b) non hanno determinato revocche del rapporto fiduciario di assistiti nei confronti dei medici aderenti all'iniziativa;

c) non hanno determinato conseguenze sui tassi di ospedalizzazione;

d) non hanno provocato proteste da parte delle organizzazioni rappresentanti gli interessi degli assistiti per carenze o diminuzioni del livello qualitativo dell'assistenza.

Si dovrà far presente che i problemi sollevati dai pochi medici che non avevano aderito possono essere affrontati e risolti, anche per effetto del mutato quadro normativo che introduce una quota variabile del salario condizionata al raggiungimento di obiettivi di contenimento della spesa.

Le possibili obiezioni avanzate in relazione alla presenza tra gli assistiti di casi particolarmente bisognosi di cure possono essere superate con la creazione di un fondo ad hoc; così come l'osservazione ricorrente che il medico generico si trova spesso ad essere il mero trascrittore di farmaci prescritti da medici specialisti, può essere superata con il riferimento alle recenti indicazioni regionali in materia. In queste ultime si afferma che gli specialisti nei loro referti ed i medici ospedalieri nelle lettere di dimissione, si devono limitare al consiglio dei principi terapeutici e non indicare esplicitamente le specialità medicinali, con ciò restituendo ai medici di famiglia quella centralità nella cura dell'assistito, riconosciuta in premessa all'accordo collettivo nazionale

per la regolamentazione dei loro rapporti con le USL (D.P.R. n. 314/90).

Sarà offerto un ricco sistema di report mensili, in grado di monitorare costantemente l'andamento del programma. L'invio di tali report verrà accompagnato da brevi note informative sui dati prescrittivi, in modo da evidenziare i gruppi terapeutici su cui è possibile ottenere riduzioni dei volumi di prescrizione.

Verrà proposto un programma di formazione per i medici di base con particolare attenzione alla categoria di convenzionati appartenenti alla fascia 0-6 anni, giacché come sopra ricordato, è in tale fascia che si ritrovano i maggiori ordinatori di spesa.

L'USL si impegnerà a fornire agli studi medici materiale informativo di facile comprensione destinato agli assistiti ed a promuovere una campagna di sensibilizzazione attraverso i mass-media.

Ottenuta l'approvazione del Comitato consultivo sarà possibile convocare l'assemblea di tutti i medici di base convenzionati con l'USL 6. La presentazione del progetto in assemblea sarà effettuata dal responsabile del Servizio Medicina di Base e da un rappresentante del Comitato consultivo al fine di ottenere il massimo grado di adesione e condivisione.

## 7.3 Costo dell'implementazione

Da alcuni anni le Unità sanitarie locali della regione Emilia-Romagna hanno adottato un sistema meccanografico per il controllo delle ricette. Il sistema, che prevede la rilevazione del codice assistito, del codice del medico, del codice che indica la data e le specialità medicinali prescritte, l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, fornisce dei report relativi alla spesa per ciascun medico divisa per ricetta, per prescrizione, per assistito. Fornisce inoltre dati globali sulla tipologia del consumo dei farmaci e, a seconda delle Unità sa-



nitare locali della Regione, ulteriori informazioni di interesse locale.

I costi per la predisposizione e la manutenzione del programma, nonché quelli relativi alle stampe ed al materiale, si valutano in circa lire 300.000 mensili.

L'analisi, l'interpretazione ed il commento dei dati che portano alla formulazione ed alla gestione del budget hanno un costo valutabile in circa 4 giornate lavorative mensili del dirigente assieme al farmacista per un totale di circa lire 2.500.000 mensili.

Il costo per la formazione dei giovani medici tiene conto della necessità di garantire idonee sostituzioni durante il corso e dell'onorario dei docenti. Può essere quantificato in lire 1.200.000 circa per ogni seduta mensile di 4 ore.

Si prevede pertanto un costo annuo globale del programma di lire 48.000.000, cui si aggiungono lire 25.000.000 per effettuare la campagna informativa.

#### BIGLIOGRAFIA

- ANTONY R.N., YOUNG D.W., *Controllo di gestione per gli Enti pubblici e le Organizzazioni non-profit*. Ed. McGraw Hill.
- AUDET A.M., et. al., *Linee guida per la pratica medica: iniziative attuali e orientamenti futuri*. Epidemiologia e prevenzione, 1993, 17, 114-117.
- DE BENEDETTI A., *Politiche di contenimento della spesa farmaceutica extra-spedaliera: il caso del Regno Unito*. Mecosan, 1993, 3, 96-102.
- DUSSAULT G., *Cadre de référence pour l'analyse des systèmes de soins*. Département d'administration de la santé, Université de Montreal, 1993.
- FORTUNATI MARZAROLI V., *Efficienza e qualità nelle organizzazioni non profit pubbliche. Le aziende del sistema sanitario*. Ed. Clueb Bologna, 1992.
- MINIZBERG H., *Management Mito e Realtà*. Garzanti, 1991.
- OMS UFFICIO REGIONALE PER L'EUROPA,

*Drugs in general practice*. Trad. it. in Quaderni di sanità pubblica, anno 9, febbraio 1986, n. 40.

OMS UFFICIO REGIONALE PER L'EUROPA, *Drugs and money*. Trad. it. in Quaderni di sanità pubblica, anno 11, maggio 1988, n. 53/54.

VIRGILIO G., ROVERSI E., *Le analisi e le valutazioni di gestione. I rapporti di gestione nelle USL dell'Emilia Romagna*. Ed. Clueb Bologna, 1991.

ZANGRANDI A., *Il controllo di gestione nelle USL*. Ed. Giuffrè, Milano, 1985.

#### RIFERIMENTI LEGISLATIVI

D.L. 19 settembre 1992, n. 384, coor-

dinato con la legge di conversione 14 novembre 1992, n. 438 (supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 272, del 18 novembre 1992).

D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421* (supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 305 del 30 dicembre 1992).

D.L.vo 7 dicembre 1993, n. 517 *Modificazioni al D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421* (supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 293 del 15 dicembre 1993).

**Tabella A - Spesa assistenza farmaceutica convenzionata. Primo semestre 1993/Primo semestre 1992**

USL	Importo lordo	var. % sul 92	Importo netto	Spesa pro-capite	Costo medio ricetta
6	5.495.939.675	— 4,76	4.739.331.005	138.507	40.620
13	4.422.154.616	—12,14	3.868.394.616	132.471	41.343
18	3.937.450.622	—13,72	3.309.734.222	111.764	38.414
Regione	539.375.545.538	—17,28	441.931.765.487	137.369	43.202

**Tabella B - Unità sanitaria locale n. 6 - Borgotaro**

Distretto	Comuni	Superficie (Km <sup>2</sup> )	Altezza (m)	Km dal capoluogo	Popolazione (al 31/12/88)	Densità (ab./Km <sup>2</sup> )
Borgotaro	Borgotaro	152	411	64	7.294	48
	Albareto	104	512	92	2.336	22
	Berceto	132	808	52	2.859	22
	Valmozzola	68	565	54	914	13
Bardi	Bardi	189	625	78	3.623	19
	Bore	43	832	62	1.141	27
	Varsi	80	412	51	2.026	25
Bedonia	Bedonia	168	500	95	4.960	30
	Compiano	37	519	92	1.062	29
	Tornolo	69	620	100	1.651	24
Fornovo T.	Fornovo T.	58	158	23	5.946	86
	Pellegrino	82	410	45	1.537	19
	Solignano	74	232	45	1.890	26
	Terenzo	72	541	33	1.304	18
	Varano M.	64	190	31	2.060	32
Totale		1.392	40.611	29		

Tabella C - Confronto degli assetti demografici

		Da 0 a 14 anni		Da 15 a 64 anni		Oltre 65 anni		Totale
		N.	%	N.	%	N.	%	N.
USL 6	1990	4.187	10,4	24.792	61,8	11.111	27,7	40.090
	1992	4.014	10,1	24.501	61,7	11.165	28,1	39.680
USL 13	1990	4.187	12,5	21.222	63,5	8.005	23,9	33.414
	1992	3.990	11,9	21.082	63,1	8.310	24,9	33.382
USL 18	1990	4.132	11,8	22.412	64,3	8.308	23,8	34.852
	1992	4.075	11,6	22.524	63,9	8.631	24,5	35.230
Regione	1990	458.823	11,7	2.710.257	69	757.325	19,3	3.926.405
	1992	434.434	11,1	2.699.587	68,7	789.465	20,1	3.926.486

Tabella D

Anzianità di convenzionamento	Numero medici di base convenzionati					
	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Fascia 0- 6	10	11	11	10	11	10
Fascia 7-13	8	8	7	8	8	8
Fascia 14-20	6	6	7	7	7	8
Fascia > 20	12	11	11	10	8	7
Totale	36	36	36	35	34	33

Tabella E

Distanza ambulatorio dall'ospedale	N. medici di base
< 20 Km	14
> 20 Km	19

**SPESA ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA**

**Tabella F1 - anno 1988**

USL	Importo lordo	var. % su 87	Importo netto	Spesa pro-capite	Costo medio ricetta
6	9.327085.793	20,85	8.406.659.293	226.193	22.989
13	6.881.280.954	16,39	6.145.207.469	202.713	21.687
18	6.694.095.980	21,17	5.841.102.980	191.391	20.326
Regione	854.212.510.067	17,98	734.135.657.397	217.301	23.005

**Tabella F2 - anno 1989**

USL	Importo lordo	var. % su 88	Importo netto	Spesa pro-capite	Costo medio ricetta
6	9.034.684.770	-3,13	7.954.824.795	220.622	24.220
13	7.498.429.316	8,96	6.612.529.416	222.499	24.466
18	7.228.460.290	7,98	6.140.809.790	207.309	23.174
Regione	939.017.043.458	9,92	782.696.012.754	239.289	26.212

**Tabella F3 - anno 1990**

USL	Importo lordo	var. % su 89	Importo netto	Spesa pro-capite	Costo medio ricetta
6	10.012.216.018	10,81	8.956.869.078	246.539	26.216
13	8.885.793.902	18,50	7.990.379.902	265.153	27.426
18	8.644.366.595	19,58	7.541.821.145	248.609	26.230
Regione	1.109.922.267.163	18,2	954.912.203.768	283.051	29.764

**Tabella F4 - anno 1991**

USL	Importo lordo	var. % su 90	Importo netto	Spesa pro-capite	Costo medio ricetta
6	11.675.933.886	16,61	10.286.800.276	289.582	30.013
13	10.199.941.269	14,78	9.007.786.269	304.576	30.483
18	10.117.200.169	17,03	8.665.436.169	290.666	29.379
Regione	1.268.946.480.956	14,32	1.070.915.617.255	323.579	33.275

**Tabella F5 - anno 1992**

USL	Importo lordo	var. % su 91	Importo netto	Spesa pro-capite	Costo medio ricetta
6	12.102.438.283	3,65	10.447.757.633	302.130	32.157
13	10.747.590.503	5,36	9.322.896.303	321.370	32.915
18	9.802.720.632	-3,11	8.170.508.692	281.267	31.096
Regione	1.273.704.269.678	0,37	1.039.329.019.735	324.201	36.024

NOTA: Importo lordo = spesa comprensiva della quota di partecipazione degli assistiti.  
Importo netto = quota a carico USL.

Tabella G - Offerta di ricovero negli ospedali pubblici delle USL 6, 13, 18

		1988	1989	1990	1991
USL 6	Posti letto	158	147	143	142
	P.L. × 1.000 ab.	3,9	3,6	3,6	3,6
	G. deg. × 1.000 ab.	958	912	936	927
USL 13	Posti letto	0	0	229	223
	P.L. × 1.000 ab.	7,2	7,2	6,8	6,7
	G. deg. × 1.000 ab.	1.858	1.792	1.874	1.786
USL 18	Posti letto	257	258	218	218
	P.L. × 1.000 ab.	7,4	7,4	6,3	6,3
	G. deg. × 1.000 ab.	1.892	1.572	1.530	1.526

Tabella H - Confronto fra i tassi di ospedalizzazione (T0 per mille) relativi al 1991 - Regime ordinario e day-hospital

USL	Popolazione residente	Ospedali pubblici	Casi di cura	Totale
6	39.454	170	15	185
13	33.249	221	8	229
18	34.906	246	5	251
Regione	3.913.947	166	22	188

Tabella I - USL Borgotaro. Attività prescrittiva medici di base I semestre '92 - I semestre '93

Codice medico	N. assistiti		Importo totale		Valore medio prescr.		Costo medio assistito		Costo medio ricetta	
	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992
1	680	692	160.463.315	164.167.645	35.674	28.261	39.455	39.444	39.996	31.970
2	1.292	1.060	216.753.195	222.196.075	34.597	29.060	28.847	35.529	39.231	33.080
3	1.611	1.633	246.047.900	295.280.310	35.448	30.813	25.395	29.959	38.987	34.176
4	996	1.089	130.120.550	147.145.830	27.319	19.860	21.752	22.496	37.727	29.859
5	1.074	833	162.680.725	170.580.565	31.351	27.927	26.448	33.752	36.402	32.094
6	1.812	1.818	238.251.092	267.475.515	28.865	21.998	21.938	24.528	34.202	28.482
7	1.305	1300	185.552.532	186.552.190	37.798	28.408	24.038	24.904	40.224	31.539
8	1.001	729	122.001.090	94.319.085	26.837	20.978	21.295	22.135	33.180	26.606
9	1.264	540	143.652.670	57.598.205	27.981	18.250	27.604	23.104	34.203	24.541
10	470	486	56.591.530	50.319.950	30.723	20.854	19.862	17.203	35.282	23.916
11	1.515	1.516	245.108.810	187.146.820	31.808	17.710	26.982	20.611	37.200	21.648
12	804	187	107.994.855	36.413.710	31.980	22.561	23.824	50.715	36.155	30.194
13	1.042	958	125.397.615	33.891	24.338	21.040	20.751	37.873	28.308	
14	903	895	112.160.320	109.554.590	34.789	26.203	20.625	20.139	40.014	30.800
15	93	12	19.696.090	972.140	28.753	22.094	43.004	69.439	33.214	26.274
16	1.496	1.504	179.423.470	163.681.385	32.120	22.478	19.854	18.108	35.278	26.114
17	1.077	1.124	139.494.105	151.777.260	29.566	24.092	21.284	22.125	34.098	27.931
18	1.449	1.450	177.393.160	122.052.135	28.211	14.812	20.409	13.914	32.247	17.928
19	1.512	1.513	164.049.875	165.803.697	27.660	20.078	18.057	18.293	33.168	25.302
20	1.471	1.496	188.346.310	220.679.325	30.174	24.776	21.265	24.485	34.789	29.996
21	911	886	108.558.860	95.592.860	31.070	19.957	20.163	18.013	36.090	23.615
22	1.182	1.216	135.274.585	153.988.180	27.534	22.014	18.943	20.994	31.852	25.981
23	1.243	1.004	118.674.970	112.398.680	33.830	27.235	16.358	18.496	37.413	30.134
24	837	0	96.558.195	0	27.659	0	21.325	0	33.821	0
25	1.468	1.478	160.950.380	156.781.005	31.928	24.307	18.217	17.646	35.234	27.162
26	1.497	741	144.287.530	32.095.480	29.805	21.426	15.520	7.182	35.072	32.354
27	661	489	72.183.305	69.271.155	25.679	18.979	19.787	23.426	30.967	23.586
28	700	700	67.870.600	79.828.290	28.291	24.103	16.249	18.717	30.435	26.996
29	1.513	1.487	160.858.150	151.262.346	28.186	21.671	17.720	16.899	33.893	26.934
30	1.038	1.039	106.705.710	118.741.389	31.055	26.183	17.013	18.953	36.694	30.423
31	1.006	1.026	70.656.855	87.461.925	30.508	23.267	11.654	14.109	35.258	27.120
32	486	510	31.264.120	36.620.235	29.301	23.919	10.649	11.832	34.131	29.604
33	958	671	52.289.160	32.922.690	25.532	15.478	9.396	8.206	28.605	19.298
Media	—	—	—	—	30.483	22.940	21.393	23.316	35.240	27.624

**Tabella L**

MEDICI OPERANTI SINGOLARMENTE										
Codice medico	N. assistiti		Importo totale		Valore medio prescr.		Costo medio assistito		Costo medio ricetta	
	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992
1	680	692	160.463.315	164.167.645	35.674	28.261	39.455	39.444	39.996	31.970
2	1.292	1.060	216.753.195	222.196.075	34.597	29.060	28.847	35.529	39.231	33.080
3	1.611	1.633	246.047.900	295.280.310	35.448	30.813	25.395	29.959	38.987	34.176
4	996	1.089	130.120.550	147.145.830	27.319	19.860	21.752	22.496	27.727	29.859
7	1.305	1.300	185.552.532	186.552.190	37.798	28.408	24.038	24.904	40.224	31.539
8	1.001	729	122.001.090	94.319.085	26.837	20.978	21.295	22.135	33.180	26.606
9	1.264	540	143.652.670	57.598.205	27.981	18.250	27.604	23.104	34.203	24.541
10	470	486	56.591.530	50.319.950	30.723	20.854	19.862	17.203	35.282	23.916
12	804	187	107.994.855	36.413.710	31.980	22.561	23.824	23.715	36.155	30.194
14	903	895	112.160.320	109.554.590	34.789	26.203	20.625	20.139	40.014	30.800
17	1.077	1.124	139.494.106	151.777.260	29.566	24.092	21.284	22.125	34.098	27.931
18	1.449	1.450	177.393.160	122.052.135	28.211	14.812	20.409	13.914	32.247	17.928
20	1.471	1.496	188.346.310	220.679.325	30.174	24.776	21.265	24.485	34.789	29.996
21	911	886	108.558.860	95.592.860	31.070	19.957	20.163	18.013	36.090	23.615
22	1.182	1.216	135.274.585	153.988.180	27.534	22.014	18.943	20.994	31.852	25.981
24	837	0	96.558.195	0	27.659	0	21.325	0	33.821	0
25	1.468	1.478	160.950.380	156.781.005	31.928	24.307	18.217	17.646	35.234	27.162
26	1.497	741	144.287.530	32.095.480	29.805	21.426	15.520	7.182	35.072	32.354
28	700	700	67.870.600	79.828.290	28.291	24.103	16.249	18.717	30.435	26.996
30	1.038	1.039	106.705.710	118.741.389	31.055	26.183	17.013	18.953	36.694	30.423
32	486	510	31.264.120	36.620.236	29.301	23.919	10.649	11.832	34.131	29.604
33	958	671	52.289.160	32.922.690	25.532	15.478	9.396	8.206	28.605	19.298
Media	—	—	—	—	30.603	23.158	21.051	22.271	35.367	27.999
MEDICI OPERANTI IN GRUPPO										
6	1.812	1.818	238.251.092	267.475.515	28.865	21.998	21.938	24.528	34.202	28.482
13	1.042	958	125.397.615	118.696.705	33.891	24.338	21.040	20.751	37.873	28.308
31	1.006	1.026	70.656.855	87.461.925	30.508	23.267	11.654	14.109	35.258	27.120
Media	—	—	—	—	31.088	23.201	18.211	19.796	35.778	27.970
15	93	12	19.696.090	972.140	28.753	22.094	43.005	69.439	33.214	26.274
16	1.496	1.504	179.434.470	163.681.385	32.120	22.478	19.854	18.108	35.278	26.114
23	1.243	1.004	118.674.970	112.398.680	33.830	27.235	16.358	18.496	37.413	30.134
Media	—	—	—	—	31.568	23.936	26.406	35.348	35.302	27.507
5	1.074	833	162.680.725	170.580.565	31.351	27.927	26.448	33.752	36.402	32.094
11	1.515	1.516	245.108.810	187.146.820	31.808	17.710	26.982	20.611	37.200	21.648
19	1.512	1.513	164.049.875	165.803.697	27.660	20.078	18.057	18.293	33.168	25.302
27	661	489	72.183.305	69.271.155	25.679	18.979	19.787	23.426	30.967	23.568
29	1.513	1.487	160.858.150	151.262.346	28.186	21.671	17.720	16.899	33.893	26.934
Media	—	—	—	—	28.937	21.273	21.799	22.596	34.326	25.913
Media generale associati					30.241	22.525	22.077	25.310	34.988	26.909

Tabella M - Medici operanti ad una distanza &lt; 20 Km dall'ospedale

Codice medico	N. assistiti		Importo totale		Valore medio prescr.		Costo medio assistito		Costo medio ricetta	
	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992
5	1.074	833	162.680.725	170.580.565	31.351	27.927	26.448	33.752	36.402	32.094
6	1.812	1.818	238.251.092	267.475.515	28.865	21.998	21.938	24.528	34.202	28.482
8	1.001	729	122.001.090	94.319.085	26.837	20.978	21.295	22.135	33.180	26.606
10	470	486	56.591.530	50.319.950	30.723	20.854	19.862	17.203	35.282	23.916
11	1.515	1.516	245.108.810	187.146.820	31.908	17.710	26.982	20.611	37.200	21.648
12	804	187	107.994.855	36.413.710	31.980	22.561	23.824	50.715	36.155	30.194
13	1.042	958	125.397.615	118.696.705	33.891	24.338	21.040	20.751	37.873	28.308
19	1.512	1.513	164.049.875	165.803.697	27.660	20.078	18.057	18.293	33.168	25.302
21	911	886	108.558.860	95.592.860	31.070	19.957	20.163	18.013	36.090	23.615
22	1.182	1.216	135.274.585	153.988.180	27.534	22.014	18.943	20.994	31.852	25.981
24	837	0	96.558.195	0	27.659	0	21.325	0	33.821	0
27	661	489	72.183.305	69.272.155	25.679	18.979	19.787	23.426	30.967	23.586
29	1.513	1.487	160.858.150	151.262.345	28.186	21.671	17.720	16.899	33.893	26.934
31	1.006	1.026	70.656.855	87.461.925	30.508	23.267	11.654	14.109	35.258	27.120
Media	—	—	—	—	29.554	21.718	20.646	23.187	34.667	26.445

**Tabella N - Confronto dei dati di prescrizione per anni di convenzionamento dei medici**

FASCIA DA 0 A 6 ANNI										
Codice medico	N. assistiti		Importo totale		Valore medio prescr.		Costo medio assistito		Costo medio ricetta	
	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992
1	680	692	160.463.315	164.167.645	35.674	28.261	39.455	39.444	39.996	31.970
2	1.292	1.060	216.753.195	222.196.075	34.597	29.060	28.847	35.529	39.231	33.080
8	1.001	729	122.001.090	84.319.085	28.837	20.978	21.295	22.135	33.180	26.606
9	1.264	540	143.652.670	57.598.205	27.981	18.250	27.604	23.104	34.203	24.541
12	804	187	107.994.855	36.413.710	31.980	22.561	23.824	50.715	36.155	30.194
13	1.042	958	125.397.615	118.696.705	33.891	24.338	21.040	20.751	37.873	28.306
15	93	12	19.696.090	972.140	28.753	22.094	43.005	69.439	33.214	26.274
24	837	0	96.558.195	0	27.659	0	21.325	0	33.821	0
27	661	489	72.183.305	69.272.155	25.679	18.979	19.787	23.426	30.967	23.588
33	958	671	52.289.160	32.922.690	25.532	15.478	9.396	8.206	28.605	19.296
Media	—	—	—	—	29.858	22.222	25.558	32.526	34.725	27.095
FASCIA DA 7 A 13 ANNI										
4	996	1.089	130.120.550	147.145.830	27.319	19.860	21.752	22.496	37.727	29.859
5	1.074	833	162.680.725	170.580.565	31.351	27.927	26.448	33.752	36.402	32.094
14	903	895	112.180.320	109.554.590	34.789	28.203	20.825	20.139	40.014	30.800
16	1.496	1.504	179.423.470	163.681.385	32.120	22.478	19.854	18.108	35.278	28.114
18	1.449	1.450	177.393.160	122.052.135	26.211	14.812	20.409	13.914	32.247	17.926
22	1.182	1.216	135.274.585	153.988.180	27.534	22.014	18.943	20.994	31.852	25.981
23	1.243	1.004	118.674.970	112.398.680	33.830	27.235	16.358	18.496	37.413	30.134
28	700	700	67.870.600	79.828.290	28.291	24.103	16.249	18.717	30.435	26.996
Media	—	—	—	—	30.431	23.079	20.080	20.827	35.171	27.488
FASCIA DA 14 A 20 ANNI										
3	1.611	1.633	246.047.900	295.280.310	35.448	30.813	25.395	29.959	38.987	34.176
7	1.305	1.300	185.552.532	186.552.190	37.796	28.408	24.038	24.904	40.224	31.539
10	470	486	56.591.530	50.319.950	30.723	20.854	19.862	17.203	35.282	23.916
11	1.515	1.516	245.108.810	187.146.820	31.808	17.710	26.962	20.611	37.200	21.646
25	1.468	1.478	160.950.380	156.781.005	31.926	24.307	18.217	17.646	35.234	27.162
26	1.497	741	144.287.530	32.095.480	29.805	21.428	15.520	7.182	35.072	32.354
29	1.513	1.487	160.858.150	151.282.345	28.186	21.671	17.710	16.899	33.893	26.934
31	1.006	1.026	70.656.855	87.461.925	30.508	23.267	11.654	14.109	35.258	27.120
Media	—	—	—	—	32.028	23.557	19.924	18.564	36.394	28.106
FASCIA > 20 ANNI										
6	1.812	1.818	238.251.092	267.475.515	28.865	21.998	21.938	24.528	34.202	28.482
17	1.077	1.124	139.494.105	151.777.260	29.566	24.092	21.284	22.125	34.098	27.931
19	1.512	1.513	164.049.875	165.803.697	27.660	20.078	18.057	18.293	33.168	25.302
20	1.471	1.498	188.346.310	220.679.325	30.174	24.776	21.265	24.485	34.789	29.996
21	911	886	108.558.860	95.592.860	31.070	19.957	20.163	18.013	36.090	23.615
30	1.038	1.039	106.705.710	118.741.389	31.055	26.183	17.013	18.953	36.694	30.423
32	488	510	31.264.120	36.620.235	29.301	23.919	10.649	11.832	34.131	29.604
Media	—	—	—	—	29.670	23.000	18.624	19.747	34.739	27.908

# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>



# I MERCATI SANITARI

## UNA VALUTAZIONE SUI PRIMI IMPATTI DELLE POLITICHE CONSERVATRICI IN EUROPA

di Pedro San José Garces (\*)

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Analisi delle riforme dei servizi sanitari in Europa. Metodologia - 3. I tempi principali della riforma dei servizi sanitari - 4. L'implementazione delle risoluzioni. I risultati delle politiche di riforma in Gran Bretagna e Svezia - 5. Discussione sull'applicazione dei modelli di mercato - 6. Mercati pianificati.

### 1. Introduzione

Il presente studio riassume le conclusioni più significative di una ricerca condotta in Gran Bretagna e in Svezia nell'arco di due anni, nel corso dei quali sono stati analizzati i primi impatti della recente implementazione di politiche conservatrici in questi due paesi. Viene inoltre proposta una discussione comparativa sulla possibilità di innovazioni simili in altri paesi europei, sebbene l'applicazione generale di tali conclusioni debba considerarsi limitata a quei paesi governati da un sistema di assistenza pubblica, ovvero paesi con sistema di Welfare State.

I sistemi sanitari dei paesi industrializzati sono attualmente sottoposti ad enormi pressioni, alle quali ciascun paese risponde in funzione della propria situazione specifica. È stato detto che i processi di riforma sono il risultato della complessa interazione di vari fattori, quali contesto culturale, compromessi politici e ideologici, vincoli sociali e strutturali. Ogni singola esperienza deve dunque essere compresa e valutata alla luce di queste considerazioni di carattere propriamente nazionale. Sarebbe in-

fatti fuorviante, trasferire modelli ed esperienze direttamente da un paese all'altro.

Tuttavia, la maggior parte dei paesi avanzati si trovano oggi ad affrontare problematiche comuni rispetto a cui propongono soluzioni simili per il rinnovamento dei rispettivi sistemi sanitari.

Il modello del Welfare State, che ha conseguito risultati più che positivi negli ultimi decenni, presenta sintomi non solo di « logorio e invecchiamento » (Claes Ortendahl, in Vang, J. & Wennstrom, G. ed., 1991, p. 3), ma anche di una vera e propria crisi strutturale in diversi paesi. Il servizio sanitario, in quanto parte integrante di uno Stato sociale organizzato attraverso un sistema di pianificazione centrale, non riesce a fronteggiare in maniera adeguata i problemi economici del servizio pubblico. La crescita della domanda, accompagnata da una forte restrizione delle risorse disponibili, aggrava lo squilibrio di giorno in giorno. Il sistema di pianificazione centrale — quale modello — è riuscito in alcuni paesi ad offrire un buon livello di servizi a tutta la popolazione, ma, d'altro canto, non è stato in grado di rispondere alle esi-

genze individuali dei pazienti, né di elaborare un approccio umano e sensibile nell'erogazione dei servizi. Burocrazia e istituzionalizzazione della sanità hanno inoltre ridotto l'impatto sociale della medicina d'alta tecnologia e messo in discussione la sua stessa validità sociale. La priorità della « scelta pubblica » o bisogno definito in senso pubblico, ha portato i fautori del sistema di pianificazione centrale a negare il ruolo del paziente in quanto singolo individuo nell'erogazione dei servizi, e quindi a trascurare le esigenze individuali nell'organizzazione degli stessi. A causa di questi problemi generali si è dunque resa necessaria e urgente l'adozione di una riforma.

Mentre le proposte socialdemocratiche mancavano di una credibilità relativa, e mentre i partiti di sinistra lottavano per arrestare il crollo del pensiero socialista nonostante il fal-

---

(\*) Il presente articolo prende spunto da una relazione presentata dall'autore alla conferenza annuale dell'European Healty Care Management Association, tenutasi a Varsavia nel 1993.

limento storico del Welfare State rispetto al raggiungimento dei suoi obiettivi, i partiti conservatori hanno presentato il mercato come la soluzione ai problemi della sanità, seguendo in tal senso le raccomandazioni dei funzionari di istituti di ricerca conservatori, come ad esempio gli analisti della Banca Mondiale. Così, in Gran Bretagna, Olanda, Svezia, Belgio, Germania, Italia, in altri paesi industrializzati e in alcuni paesi dell'Europa dell'Est, sono stati adottati negli ultimi anni modelli diversi ma simili di rinnovamento del servizio sanitario al fine di introdurre meccanismi di mercato nell'erogazione dei servizi.

La maggior parte dei modelli richiedono una cultura imprenditoriale o manageriale come pre-condizione per il buon funzionamento del mercato. I primi tentativi miravano ad un mercato « il più libero e meno regolamentato possibile », sulla scia di alcune tendenze radicali in seno all'ideologia conservatrice. Solo più tardi, dopo che i politici conservatori si sono resi conto di questi eccessi radicali, un'evoluzione più moderata è andata via via affermandosi nei vari paesi e in tempi diversi. Tuttavia, è bene distinguere queste politiche più recenti dal pensiero puramente teorico di alcuni autori moderati di sinistra, che vedono la possibilità di realizzare mercati pianificati all'interno di sistemi per il resto pubblici. Questo « continuum » dai mercati deregolamentati ai mercati pianificati introduce tuttavia una certa confusione in termini politici, nel momento in cui modelli diversi vengono adottati nella vita reale.

L'introduzione del modello di mercato nella sanità viene inteso come l'introduzione di una nuova cultura nelle relazioni sanitarie, basate sulla contrattazione dei servizi, considerati semplicemente come prodotti, in uno scenario concorrenziale for-

mato da acquirenti e fornitori, i cui ruoli, responsabilità e interessi sono stati scissi. Redditi, pagamenti e premi sono determinati dalla quota di mercato e dei risultati sanitari. Individualismo e relativa sperequazione nella distribuzione dei prodotti sociali assurgono a valori nell'obiettivo di rendere efficace la concorrenza. La riduzione della regolamentazione e dell'intervento dello stato nell'erogazione dei servizi sanitari è considerata necessaria. Iniziativa e responsabilità individuali per la salvaguardia della propria salute costituiscono il principio direttivo fondamentale dei modelli considerati. Potremmo definirlo un modello di « mercato deregolamentato », distinto dal modello di « mercato pianificato », di cui si parlerà in seguito.

Una prima conclusione di questo studio può così riassumersi: fino ad oggi, i processi osservati nella realtà sembrano indicare un'assenza di compatibilità tra il mercato e le condizioni essenziali di servizi alla persona, nei paesi del Welfare State.

L'introduzione del mercato nella sanità abbatte la logica di redistribuzione che fu alla base della fondazione dei Welfare State, introducendo al tempo stesso una logica basata sulla accumulazione legata alla concorrenza sulla massimizzazione del vantaggio economico, come principio organizzativo delle strutture di offerta.

Questa conclusione è il risultato dell'analisi dei primi impatti derivati dalla messa in atto delle suddette politiche in Gran Bretagna e in Svezia. Prima di parlare di questi impatti, verrà brevemente riportata la metodologia adottata durante il lavoro di ricerca. Infatti, sebbene sia ancora prematuro formulare una valutazione globale, è tuttavia possibile arrivare a delle conclusioni attendibili se ci si affida ad una metodologia appropriata. Nella sezione III

affronteremo gli argomenti comuni riscontrati nei diversi processi di riforma, cui farà seguito un'analisi degli impatti più rilevanti. Da ultimo, proporrò una discussione generale sugli argomenti più interessanti.

## **2. Analisi delle riforme dei servizi sanitari in Europa: metodologia**

Il metodo adottato durante il lavoro di ricerca al fine di analizzare la politica strategica di riforma dei servizi sanitari è racchiuso nell'analisi qualitativa della politica. È dunque centrato sull'analisi diretta dei primi cambiamenti effettivi prodotti dal processo di implementazione, confrontata con le aspettative formali avanzate all'atto di definizione delle politiche formali. Le aspettative formali in quanto ipotesi del processo di riforma vengono contrapposte alle opinioni degli analisti strategici e alle conclusioni del lavoro di ricerca condotto sul campo.

Tale metodologia ha dimostrato la sua validità quale metodo per la rilevazione dei primi segnali derivanti dall'impatto di un rinnovamento strategico dei sistemi pubblici.

L'obiettivo della ricerca consiste nello studio del processo di riforma dei sistemi sanitari in Europa, focalizzando l'attenzione sulla scelta dell'utente come elemento fondamentale della riforma. Oggetto dello studio non è tuttavia solo la scelta dell'utente così come viene definita nei documenti formali dei vari governi, ma soprattutto i cambiamenti pratici prodotti dall'implementazione delle politiche. L'argomento trattato riguarda quindi come e perché siano state concepite queste politiche, come sono state rese operative e quindi recepite, cosa è stato fatto come risultato della loro implementazione, quali effetti si sono prodotti. Il ricercatore si occupa di fenomeni so-

ciali, analizza le aspettative e i comportamenti sociali, valuta i risultati così come vengono percepiti sia dai funzionari preposti alla realizzazione sia dal grande pubblico.

Un approccio qualitativo, in cui il ricercatore rimane coinvolto nella ricerca è l'unico modo per capire l'evoluzione dei processi reali. Le analisi più proficue delle innovazioni strategiche consistono in studi politici con una sistematizzazione strutturale minima, se non nulla.

Le problematiche oggetto d'indagine comprendono una vasta quantità di variabili, che rendono difficile l'elaborazione di campioni universalmente validi. La raccolta strutturata dei dati — come del resto le indagini o le interviste campionarie strutturate — non serve molto alla comprensione di ciò che è dialettico per sua stessa natura. I fatti concernenti la riforma sono poi recenti e non esistono ancora dati quantitativi organizzati da poter elaborare di prima mano. Valutazione e stima devono perciò basarsi sulle opinioni personali degli attori che perseguono queste politiche o sono in qualche misura toccati da esse.

Conseguentemente, il metodo proposto deriva da un'analisi qualitativa, basata per lo più sulle considerazioni di « opinion leaders » e sulla valutazione personale del ricercatore.

Il metodo proposto prenderà in considerazione i seguenti elementi:

1) Il processo di ricerca si articola in un ciclo suddiviso in fasi che ha inizio con le ipotesi iniziali verificate sul posto. Dopo aver raccolto i dati si formulano nuove ipotesi, anche queste controllate con gli informatori. Si eseguono confronti, di nuovo verificati con gli informatori chiave, e così via.

2) Gli strumenti per la raccolta dei dati non sono strutturati. Non vi sono dunque questionari dalle risposte preconfezionate, bensì liste di

controllo che fungono da promemoria per il ricercatore, cosicché la raccolta dei dati è affidata alle risposte fornite a tutti i quesiti elencati sulla lista, adottando al tempo stesso un approccio d'osservazione indiretta basato su interviste non strutturate e sull'analisi della documentazione.

3) Al fine di raggiungere una coerenza intrinseca, il ricercatore formulando nuove ipotesi dopo l'interpretazione dei dati comunica le sue conclusioni agli intervistati per verificare che le sue interpretazioni siano riconoscibili e coerenti.

4) I risultati vengono inoltre controllati con alcuni partecipanti selezionati (informatori chiave o attori importanti a livello locale, opinion-maker, e analisti accademici), con lo scopo non di concordare sulle conclusioni, bensì di verificarle in termini di affidabilità e utilità per l'interpretazione dei dati. Questa condizione specifica è particolarmente utile per il confronto e l'estrapolazione dei risultati conseguiti.

5) Viene così raggiunta una sorta di triangolazione centrata sull'uso dell'intervista, grazie anche a tecniche diverse, come analisi della documentazione, rendiconto delle osservazioni, effettuazione delle interviste con attori diversi interessati dagli stessi fenomeni.

### *2.1 Criteri per la selezione delle aree di studio*

La ricerca sul campo si è svolta in quei paesi europei che presentavano due caratteristiche rilevanti: il finanziamento pubblico dei sistemi sanitari, e il fatto che la riforma fosse stata messa in atto da almeno un anno. Inoltre, la scelta dell'utente doveva essere un argomento essenziale nelle politiche della riforma. I paesi selezionati sono Gran Bretagna e Svezia, dove probabilmente sono attualmente in corso i processi di riforma più avanzati e maturi. I

risultati della ricerca saranno brevemente confrontati con quanto ci è dato sapere sui processi di riforma in atto in altri paesi d'Europa.

I distretti in Gran Bretagna e le contee in Svezia sono stati adottati come aree di ricerca, in quanto essi rappresentano le unità territoriali sanitarie di base, comprendenti una gamma completa di servizi e dotate di un'autorità manageriale globale che unifica i processi di pianificazione e di implementazione delle politiche (1). Conformemente ai limiti imposti alla ricerca, sono stati esaminati quattro distretti in Inghilterra e due contee in Svezia:

#### 4 Distretti inglesi:

- \* **Worcester**
- \* **Broomsgrove**
- \* **Sandwell**
- \* **Airedale**

#### 2 Contee svedesi:

- \* **Stoccolma**
- \* **Dalarna**

### *2.2 Fattori determinanti per la selezione dei territori*

I distretti e le contee selezionati rispondevano ai seguenti criteri:

1) Le innovazioni proposte dalla riforma erano state implementate in tutto o in parte da almeno un anno. Gli enti esecutivi e le istituzioni territoriali erano ampiamente coinvolti nel processo di riforma.

2) Il raggio di azione dei territori selezionati comprendeva aree urbane e rurali.

3) Il profilo di ciascun territorio era paragonabile ad altre province della stessa nazione.

### *2.3 I partecipanti della ricerca sul campo*

Gli attori o partecipanti del lavoro di ricerca sul campo sono classificati come segue:

1) Partecipanti d'élite (Young K., 1977, p. 11): sono i politici, i manager e, in particolare in questo studio, gli analisti e gli accademici più autorevoli.

2) Informatori chiave a livello locale (Burgess R.G., 1982, p. 98), in quanto persone che dispongono di una visione globale dell'organizzazione in cui operano e di un accesso diretto alle informazioni desiderate. Dovrebbero essere in grado di comunicare in maniera intelligente, e dovrebbero mantenere un certo grado di imparzialità (p. 100); entro certi limiti, essi rappresentano la cultura dominante del posto o comunque sono perfettamente in grado di comprenderla. È fondamentale che essi esercitino un ruolo influente all'interno dell'organizzazione al fine di facilitare l'introduzione e il lavoro del ricercatore.

3) Responsabili dell'offerta, funzionari e delegati dall'utenza: questi ruoli sono per lo più distribuiti tra dottori, personale infermieristico, medici convenzionati interni e altri professionisti dell'ambito sanitario. Si tratta degli attori fondamentali della ricerca, in particolare i medici di base.

4) Utenti diretti e rappresentanti. Non sono state indagate le opinioni degli utenti diretti. I membri degli enti rappresentativi sono stati inclusi come partecipanti, in interviste di gruppo o individuali.

Ruoli e numero dei partecipanti sono così suddivisi:

#### *Ruoli degli informatori in Inghilterra:*

- 10 Analisti di livello nazionale
- 17 Manager, Amministratori e Pianificatori (servizi ospedalieri e di base)
- 4 Direttori sanitari
- 15 Medici di base (in rappresentanza di 50 responsabili di budget di spesa e 25 non responsabili di budget di spesa)

- 4 Direttori clinici (ospedalieri)
- Rappresentanti dei Comitati di gestione locale (CHC) dei 4 distretti

#### *Ruoli degli informatori in Svezia:*

- 9 Analisti di livello nazionale
- 3 Leader politici
- 5 Amministratori di contea
- 4 Amministratori e pianificatori
- 3 Direttori clinici d'ospedale
- 3 Responsabili di medicina di base
- Rappresentanti dei Consigli di amministrazione locale di Stoccolma e Dalarna

### **3. I temi principali della riforma dei servizi sanitari**

Efficienza e qualità dell'approccio alle esigenze individuali sono i temi principali affrontati dalle riforme attualmente in atto.

È importante affrontare le seguenti tematiche:

#### *a) Verso il miglioramento dell'efficienza nei servizi pubblici*

Ogni progetto di riforma deve essere valutato in funzione della sua capacità di risolvere la crisi economica aumentando al tempo stesso l'efficienza del servizio sanitario. Le politiche conservatrici di diversi paesi hanno optato per il contenimento dei costi come obiettivo a breve termine, per motivi sia ideologici che tattici. Il livello di risorse a disposizione corrisponde entro certi limiti al ruolo sociale assegnato allo Stato, e a ciò che i partiti di destra definiscono « devoluzione di potere alla società, all'individuo ». Sul fronte opposto, i partiti di sinistra propongono mantenimento, difesa e ampliamento qualitativo del Welfare State, anche se, data l'attuale situazione economica, non sembra possibile aumentare le risorse a favore dei servizi pubblici. Di conseguenza,

il miglioramento dell'efficienza è un obiettivo primario di riforma, qualunque punto di vista si decida di adottare.

Il concetto di efficienza, nelle attuali riforme sanitarie, viene tuttavia inteso in maniera diversa rispetto alla prospettiva della difesa del Welfare State. L'efficienza è infatti correlata ai risultati sanitari e deve prendere in considerazione vari fattori, così descritti da Saltman & von Otter (1992, pp. 144-5): innanzitutto, efficienza economica a livello individuale, istituzionale e di sistema, dove la remunerazione del singolo — legata al miglioramento del rendimento — deve essere correlata a una sopravvivenza istituzionale di lungo termine; in secondo luogo, efficienza individuale nei rapporti con i pazienti, per cui vengono soddisfatte le « esigenze individuali », o priorità, dei pazienti; in terzo luogo, efficienza politica a livello pubblico o di governo, dove si assume la responsabilità per i « bisogni pubblici » definiti in senso demografico ed epidemiologico.

#### *b) La nuova centralità del paziente come utente di un servizio. Coerenza con la scelta pubblica*

Nel presente studio si parte dal presupposto che le priorità e i bisogni individuali devono coincidere con gli obiettivi della comunità. La scelta personale deve coincidere con la scelta pubblica. Quindi, lo sviluppo della scelta individuale non deve ostacolare il mantenimento e lo sviluppo di quelli che sono stati definiti accordi « verbali ».

La riforma della sanità dovrebbe racchiudere in sé maggiori varianti di scelta individuale come mezzo per guidare l'organizzazione del servizio, al fine di accrescere le responsabilità locali e di offrire una risposta effettiva ai bisogni della comunità. L'obiettivo della scelta individuale vie-

ne raggiunto attraverso lo sviluppo della partecipazione della comunità al processo decisionale.

Il dibattito sul nuovo ruolo del cittadino quale utente di un servizio pubblico presenta tre elementi principali: in primo luogo, il rapporto tra utente ed erogatori (professionisti sanitari), stabilito nei modelli di riforma; poi la considerazione pratica della centralità dell'utente nei servizi, confermata anche dalla semantica (cittadino, consumatore, cliente, utente, paziente); infine, la controversia tra « Scelta individuale » e « Scelta Pubblica ». In ogni caso, questa nuova tendenza culturale, sia che vada verso uno sviluppo democratico o verso un orientamento del servizio in funzione del cliente, è solo agli albori ed è destinata a divenire un elemento centrale in tutti i cambiamenti futuri.

#### *c) Equità*

Come accennato, l'equità dei servizi non è migliorata nei paesi industrializzati. Questo obiettivo, la distribuzione di servizi ad alto contenuto qualitativo a tutta la popolazione secondo le condizioni di rischio e trascurando gli attributi economici, sociali o individuali, è essenziale per il mantenimento del Welfare State. Qualsiasi riforma che vada contro questo principio modificherà la natura dei sistemi pubblici così come si presentano oggi.

Il concetto di equità è correlato al rischio sanitario come condizione individuale e collettiva. Deve influenzare la distribuzione delle risorse al fine di garantire un'organizzazione dei servizi proporzionale ai bisogni. Questo principio dovrà anche risolvere l'equilibrio tra medicina istituzionale e medicina « territoriale » (l'erogazione dei servizi sanitari secondo le condizioni di vita o comunitarie).

#### *d) Verso una nuova validità sociale dei servizi sanitari?*

Tutti i dibattiti attualmente in corso sul processo di riforma, sorprendentemente e stranamente, non affrontano il discorso sulla validità sociale della sanità (il suo contributo allo stato di salute della popolazione), che invece fu il fulcro della riforma dei servizi sanitari condotta negli anni '70 e nei primi anni '80 dai governi socialdemocratici.

Al contrario, sembra che l'efficacia sociale della sanità non venga oggi considerata come argomento di revisione. Le riforme attuali sono troppo concentrate sulle questioni economiche.

Due ragioni spiegano l'assenza di questa preoccupazione centrale nelle riforme attuali. Da un lato, i dibattiti sulla riforma sono strutturati in maniera fortemente professionale e sono condotti da medici d'élite, i quali sostengono la diffusione di progetti bio-medici come teatro centrale del rinnovamento. La maggior parte delle riforme rispettano l'attuale dominio della medicina tecnologica e istituzionale. Questa cultura dell'alta tecnologia ha perfino colonizzato l'opinione pubblica, attraverso una pubblicità imponente e la manipolazione dei mass media.

D'altro canto, il predominio politico conservatore e l'attuale crisi economica generale hanno focalizzato l'interesse politico sulle soluzioni economiche e sulla gestione delle risorse, in una sorta di dibattito « strumentale e dicotomico », senza alcun riferimento agli obiettivi generali o alla specificità dei servizi sanitari. Un esempio illustrativo di questo modo di pensare, è riassunto nelle questioni relative alle liste d'attesa negli ospedali, sfida « centrale » di tutte le riforme tattiche nei vari paesi. Tuttavia, una riflessione più approfondita, a lungo termine, sui problemi sanitari e sulla loro soluzione porte-

rà sicuramente a riconsiderare i modelli di erogazione dei servizi sanitari nei loro stessi contenuti: la loro efficacia sociale e le loro priorità, al fine di raggiungere un concetto completo di efficienza sociale.

#### **4. I risultati delle politiche di riforma in Gran Bretagna e Svezia**

L'opportunità di discutere dell'erogazione dei servizi sanitari in Gran Bretagna e in Svezia e della proposta di introdurre il mercato come soluzione ai problemi della sanità offre l'occasione per affrontare alcune questioni fondamentali sull'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari in Gran Bretagna, aprendo anche la strada alla sperimentazione. Un impatto rilevante della riforma è l'introduzione di una cultura di rinnovamento strategico, che tenta di fornire una risposta alle seguenti problematiche:

**\* Come risolvere la crisi delle risorse, derivante dalla recessione**

**\* Come migliorare l'efficienza del sistema**

**\* Quale pacchetto di servizi gratuiti offrire a tutta la popolazione**

**\* Come far divenire il ruolo del cittadino un punto di riferimento centrale nell'erogazione dei servizi sanitari**

Le riforme britannica e svedese hanno fornito le loro risposte a questi problemi, dando il via alla possibilità di un rinnovamento strategico nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Queste risposte hanno prodotto alcuni impatti particolari durante il primo periodo di implementazione delle politiche. Contrariamente a quanto inizialmente programmato, le innovazioni proposte potrebbero essere rivisitate in direzioni diverse, secondo nuove formulazioni politiche. L'equilibrio instabile prodotto da queste innovazioni con-

sente di elaborare possibili scenari. Gli impatti reali di questi processi, così come sono stati valutati dagli intervistati possono così riassumersi:

## GRAN BRETAGNA

### Aspettativa 1

Le agenzie sanitarie locali (DHA) punteranno l'attenzione sugli acquisti, stabilendo priorità che corrispondano ai bisogni reali della popolazione... si impiegherà più denaro per scopi migliori... le risorse verranno utilizzate secondo le priorità e non secondo il mantenimento dei servizi... l'organizzazione distrettuale sarà più ricettiva e sensibile ai bisogni dei pazienti.

### Impatto 1

I distretti stanno perdendo responsabilità sulle unità erogatrici, anche se molte dipendono ancora formalmente dai distretti DHA. I distretti manifestano tuttavia alcuni segnali di incapacità nell'affrontare una gestione degli acquisti così specializzata. La valutazione dei bisogni a cura delle agenzie sanitarie pubbliche viene considerata il punto di partenza del processo gestionale, anche se la loro influenza effettiva sulle decisioni è ancora marginale. Nuove autorità ed agenzie con funzioni di acquisto sono coinvolte in un processo di fusione. Il carico di lavoro amministrativo e i nuovi accordi burocratici sono aumentati in maniera rilevante.

Al momento dell'indagine, i quattro distretti stavano ultimando il periodo definito « di stallo » (un replica stagnante del comportamento amministrativo dell'anno precedente alla riforma, al fine di poterla poi lanciare senza difficoltà). I funzionari e i dirigenti pubblici manifestavano tuttavia alcuni segnali di tensione amministrativa a causa della perdita apparente delle loro prece-

denti funzioni amministrative, per il trasferimento dei normali poteri alle unità responsabili dell'offerta dei servizi, cui sono stati assegnati anche molti validi manager e per l'incertezza circa i nuovi compiti. I medici e i programmatori del servizio sanitario pubblico hanno formalmente accresciuto i loro poteri nel processo decisionale. Nei quattro distretti, il rapporto sulla valutazione dei bisogni rappresenta il punto di partenza per la definizione del processo, ma la sua influenza sulle decisioni finali e sull'allocazione delle entrate non ha subito sostanziali modifiche durante il primo anno. Gli impatti principali registrati in questo primo anno sono stati, a parte la perdita di responsabilità sulle forniture, il mantenimento dei tradizionali comportamenti di acquisto e l'aumento del carico di lavoro amministrativo. Gli obiettivi amministrativi di acquisto sono meglio definiti come il risultato di un complesso processo nel quale sostenere le entrate delle unità di offerta rappresenta ancora la priorità assoluta. Si avanzano numerose aspettative sull'evoluzione dei prossimi anni, quando i distretti passeranno progressivamente dai contratti « chiusi » (*blocco delle prestazioni*) ai contratti di volume.

Molti funzionari hanno apprezzato il fatto che i nuovi ruoli richiedessero agenzie più energiche, perorando la causa della fusione. Dei quattro distretti, tre erano più o meno coinvolti in un processo di fusione.

Alcuni informatori hanno fatto rilevare che i cambiamenti reali nei distretti hanno conferito maggiore autonomia ai funzionari pubblici nella definizione dei prodotti sanitari. Rimane aperta la questione se questa definizione risponderà meglio ai bisogni dei pazienti e se orienterà le priorità verso una sanità più efficace. Due le condizioni menzionate per il verificarsi di quest'evoluzione

prevista: che i Distretti (DHAs) aumentino — e non diminuiscano — i loro poteri, e che probabilmente strumenti migliori di valutazione allocherebbero più denaro dove ve n'è effettivamente bisogno. V'era il timore che, mentre i distretti erano finanziati in maniera insufficiente, non fosse possibile ottenere altri risultati se non la sopravvivenza istituzionale dei servizi più diffusi.

### Aspettativa 2

La popolazione verrà consultata più spesso dagli acquirenti. .... Verrà accentuata la responsabilità pubblica. .... Le richieste dei pazienti verranno soddisfatte meglio.

### Impatto 2

Ci sono state iniziative finalizzate ad accrescere l'accettabilità del pubblico, dette « iniziative locali ». Il rapporto sulla valutazione dei bisogni viene pubblicato ogni anno. I CHC (i Consigli sanitari della comunità - Community Health Councils) hanno minore influenza sulle decisioni. Si dice che la consultazione degli utenti pubblica venga presa in considerazione nell'enunciazione delle decisioni, ma non esistono accordi formali a garanzia che ciò avvenga.

Le « iniziative locali » hanno valore temporaneo e potrebbero evolversi in futuro, secondo quanto espresso da alcuni opinion leaders con funzioni direttive. Attualmente, queste iniziative si risolvono in riunioni, durante le quali si informa il pubblico sull'andamento dei servizi, si mettono a disposizione le informazioni riguardanti l'erogazione dei servizi, si organizzano gruppi di pazienti secondo le condizioni di rischio e programmi speciali. Vi sono poi riunioni locali per valutare il quadro delle priorità, formare comitati di rappresentanti locali, vagliare i possibili acquisti, ecc. Bisogna considerare queste iniziative come espe-

rienze incoraggiate da specifici distretti, non come un processo generale contemplato dal progetto di riforma. « Local Voices » (Voci Locali), un documento a cura dell'Esecutivo Direttivo del SSN inglese, promuove comunque la nascita di iniziative di questo genere anche in altre località.

Secondo alcuni informatori, bisognerebbe andare oltre in questo processo. Per realizzare pienamente il processo di fusione, bisognerebbe bilanciarlo con una decentralizzazione tramite « conferimento di specifiche responsabilità alla collettività locale », mediante la partecipazione di rappresentanti locali e di organizzazioni di pazienti, nella definizione dei bisogni, con del vero potere di acquisto, e nella selezione e valutazione dei servizi sanitari. Questa evoluzione possibile, come detto, non è tuttavia contemplata nel progetto di riforma.

La rappresentanza dei CHC e delle amministrazioni locali è stata ridimensionata nel processo di riforma. Diversi funzionari dei CHC si sono lamentati di avere minore influenza nel processo decisionale rispetto a prima dell'implementazione delle riforme, anche se le loro rimostranze sembravano avere carattere vagamente politico. Secondo l'analisi di alcuni informatori, pare che la partecipazione rappresentativa formale, così come veniva intesa negli anni '70, venga progressivamente sostituita da una politica delle « Voci Locali ». In un distretto, nonostante anche qui venisse registrata la stessa riduzione di influenza dei CHC, si stavano compiendo sforzi per integrare la loro rappresentanza formale con il nuovo processo delle riunioni e delle consultazioni pubbliche.

Le nuove autorità di acquisto dei distretti non hanno raggiunto accordi per rafforzare la scelta dell'utente. È ancora presto per poter valutare se il processo di consultazione sia

abbastanza efficace al fine di rendere le decisioni dei distretti più sensibili alle esigenze dei pazienti. Alcuni informatori, che solitamente prendono parte a queste iniziative, sono scettici riguardo il loro impatto reale, per due motivi: non vi sono fondi extra per finanziare nuove esigenze; coloro che partecipano a queste riunioni rappresentano una minoranza di persone particolarmente impegnate, e poiché le riunioni sono informali e prive di conseguenze esecutive, molti negano la loro stessa importanza.

### **Aspettativa 3**

I distretti devolveranno la piena capacità gestionale alle nuove organizzazioni sanitarie. I contratti rispecchieranno le esigenze dei pazienti, la qualità del servizio erogato, e gli obiettivi di efficienza.

### **Impatto 3**

Durante i primi due anni, la maggior parte degli ospedali, pur godendo di autonomia funzionale, ha conservato carattere di unità dipendente dai distretti. Da parte degli acquirenti, non sono disponibili dati relativi a qualità ed efficienza. ... Sebbene teoricamente gli sviluppi futuri potrebbero modificare la realtà, fino ad oggi le definizioni di acquisto rispecchiano sempre il modello tradizionale di approvvigionamento. I cambiamenti si sono verificati solo in misura marginale.

La scissione tra acquirenti ed erogatori dei servizi viene presentata nei primi due anni come un tentativo, da parte dei distretti, di conferire maggiore potere gestionale alle unità che da essi dipendono. Questa manovra segue il cammino indicato dalla riforma, ma nasconde anche l'intenzione di far sì che gli ospedali non ritengano necessaria l'opzione di divenire ospedali autonomi (Trust), come riferiscono alcuni informatori. Gli ac-

quirenti non esercitano più il controllo sulle unità erogatrici, tuttavia i distretti acquistano i servizi con un comportamento molto disciplinato. La funzione di acquisto dei distretti non può mettere a repentaglio la sopravvivenza delle organizzazioni del SSN in quanto distinta dalla funzione di acquisto dei medici generici, affermano diversi funzionari distrettuali. La funzione di acquisto dei distretti risponde infatti più da vicino agli obiettivi e finalità generali del Servizio nazionale. Tuttavia, si genera così la tendenza a rispondere ai bisogni locali solo in modo incrementale, per quanto concerne la riallocazione delle risorse. Alcuni informatori con cariche direttive hanno inoltre ammesso che i funzionari distrettuali sono più fedeli a una responsabilità verso il sistema consolidato piuttosto che verso il pubblico.

### **Aspettativa 4**

I distretti riceveranno le risorse su base pro-capite, in considerazione delle caratteristiche sociali ed economiche delle rispettive popolazioni.

### **Impatto 4**

Non vi sono dati sufficienti per valutare l'equità, ma sembra che il nuovo metodo non stia raggiungendo i risultati attesi.

Il principio dell'equità non viene formalmente menzionato come obiettivo della riforma, sebbene possa celarsi dietro la necessità di rispondere in maniera più diretta alle esigenze della popolazione. Tuttavia, alcuni informatori chiave ritenevano il nuovo sistema di allocazione meno equo per svariati motivi, primo fra tutti il fatto che le allocazioni di fondi ai distretti sono razionate se paragonate ai budget di spesa a disposizione dei medici generici. La scarsità delle risorse porta i distretti a favorire la sopravvivenza istituzionale piuttosto che altri obiettivi di equità. Secondo quan-

to riferito dai rappresentanti di un distretto, vi sono prove sufficienti per poter affermare che i distretti meridionali e quello di Londra godono di un trattamento di favore a spese del nord. Il sistema pro-capite è stato tuttavia generalmente riconosciuto come il metodo migliore per un'allocazione delle risorse a lungo termine.

#### Aspettativa 5

I servizi saranno maggiormente integrati attraverso la contrattazione. ... Il processo di acquisto definirà meglio le varie responsabilità e relazioni. ... Integrazione e partecipazione nell'ambito dei servizi aumenteranno complessivamente.

#### Impatto 5

In alcuni distretti acquirenti ed erogatori perseguono tra di loro accordi fiduciari a lungo termine, ma le condizioni per il verificarsi di questo processo vengono ritenute meno favorevoli che nei precedenti progetti di riforma. I rapporti sono considerati piuttosto aspri presso alcune unità ospedaliere e da alcuni erogatori individuali intervistati. Anche i rapporti tra distretti da una parte e FHSA (l'autorità predisposta all'allocazione dei budget ai medici) e medici di base dall'altra sono conflittuali, in generale.

Numerosi informatori hanno espresso la preoccupazione che i nuovi accordi possano produrre fratture all'interno dei servizi. Alcuni pianificatori e dirigenti distrettuali si sono impegnati a fondo per migliorare le comunicazioni e i rapporti con i manager istituzionali. Questa possibilità sembrava realizzabile più con le unità direttamente gestite che con gli ospedali autonomi (i Trust). In linea generale, i commenti consideravano lo scenario attuale più frammentato che in passato, con minori possibilità di obbligare le unità a se-

guire gli orientamenti di acquisto. Gli acquirenti distrettuali si consideravano quasi prigionieri della loro stessa preoccupazione di non nuocere alle organizzazioni esistenti. Risposte informali denotavano un clima di sfiducia e, in alcuni casi, reazioni acrimoniose tra gli agenti, come conseguenza della pressione prodotta dal nuovo sistema di contrattazione.

La disputa sul potere di acquisto sta progressivamente separando le attitudini e le attività organizzative delle DHA e dei FHSA. Solo in un distretto, l'influenza politica locale è riuscita a far venire a patti le due autorità, al punto di rendere reale la possibilità di una loro fusione; non è così negli altri tre distretti. I FSHA stanno piuttosto assumendo un ruolo di rappresentanza dei medici generici, responsabili di budget di spesa e non, nei confronti dei funzionari distrettuali. I medici generici responsabili di budget di spesa, d'altro canto, disprezzano la « burocrazia distrettuale » e si muovono con forte autonomia nelle decisioni collegate al loro nuovo potere di acquisto. Formalmente, essi partecipano alle riunioni, ma, in realtà tendono a salvaguardare nelle loro mani un'iniziativa di acquisto indipendente (addirittura stringendo contratti con i loro stessi manager e personale amministrativo per gli acquisti). Accordi cooperativi a lungo termine vengono registrati tra le due parti in altri distretti nazionali, ma non è stato possibile osservare tale fenomeno nei distretti oggetto dello studio. In un distretto vi è stata cooperazione solo al fine di difendere l'identità del distretto, minacciata dalla fusione tra le autorità sanitarie.

Alcuni medici e funzionari sostenevano inoltre che la preoccupazione economica istituzionale produce effetti indesiderati, come la rottura dell'impegno e della cooperazione tra i servizi. È opinione comune che que-

sti rischi, oggi relativamente poco importanti, possano divenire più gravi nel momento in cui le innovazioni saranno generali.

#### Aspettativa 6

Saranno disponibili informazioni più complete. È previsto un aumento dell'efficienza e della qualità dei servizi.

#### Impatto 6

I sistemi di informazione sono disparati, aumentando così i costi di una transazione inefficiente. Non si hanno informazioni circa servizi, qualità ed efficienza. Poiché non esistono prezzi fissi, i costi delle unità sono determinati dalle unità erogatrici (dai clinici), con una tendenza a riflettere il costo reale delle organizzazioni al fine di salvaguardare gli introiti passati.

Nei quattro distretti sono stati registrati sforzi rilevanti per migliorare il sistema di informazione economica, necessario alla contrattazione e al monitoraggio economico. Le unità sanitarie pubbliche hanno anche aumentato il loro carico di lavoro, al fine di ottenere dati più accurati per la stesura di una valutazione dei bisogni che rifletta il modello epidemiologico. I sistemi di informazione sono tuttavia inutili per un confronto tra distretti: gli indicatori di efficienza e di qualità non sono infatti uniformi. Alcuni analisti intervistati si sono lamentati del fatto — riconosciuto anche dai manager dei distretti — che non è possibile catalogare territori, unità ed erogatori in base a degli obiettivi di efficienza o di qualità. Hanno poi osservato che il sistema è oggi più frammentato che in passato, sebbene si producano informazioni più complete a livello distrettuale e sebbene la raccolta dati si basi oggi su un impiego molto più abbondante di risorse e sforzi. Tutti i distretti sembrano di-



sporre di informazioni più complete ma risulta impossibile analizzare sia il processo sanitario sia i servizi finali.

La libertà degli erogatori nel determinare i prezzi veniva considerata come un potenziale svantaggio dagli informatori distrettuali, che non avevano fiducia nella concorrenza quale mezzo per ridurre i costi delle unità. Sembra che i risultati di spesa del primo anno di riforma siano stati soddisfacenti, anche se i costi di transazione e la produttività sono aumentati in misura relativa. Il risultato di pareggio viene attribuito alla pressione manageriale dei distretti che volevano replicare lo stesso comportamento dell'anno precedente. L'incremento marginale di produttività viene attribuito da un lato alle pressioni per attirare i medici responsabili dei budget di spesa (l'unica possibilità reale di incrementare le entrate) e dall'altro lato alle conseguenze del tentativo degli erogatori di ottenere risorse extra nel caso dei contratti di volume. In questo caso, i servizi extra non sono stati pagati perché il denaro a disposizione è stato progressivamente esaurito. Secondo gli informatori, la situazione non cambierà finché i distretti non disporranno della facoltà di redigere bilanci preventivi flessibili.

#### **Aspettativa 7**

Verrà instaurata una nuova atmosfera cordiale nei servizi (negli ospedali autonomi o Trust), che si tradurrà in rendimenti migliori. Si adotterà uno stile gestionale partecipativo, grazie al quale sarà facilitato il coinvolgimento dei clinici nella gestione. Gli ospedali assumeranno un atteggiamento più ospitale e saranno più responsabili verso le esigenze dei pazienti e le necessità degli acquirenti. Budget flessibili consentiranno di distribuire meglio le

risorse all'interno degli istituti.

#### **Impatto 7**

Gli ospedali del SSN stanno lentamente evolvendo verso lo stato di ospedali autonomi (Trust), benché durante il secondo anno un numero crescente di ospedali abbia in effetti aderito al progetto di riforma. Secondo gli informatori, gli ospedali autonomi (Trust) stanno sviluppando una nuova cultura di marketing, che se da un lato accresce la partecipazione interna, facilitando l'aumento di produttività, dall'altro porta alla crescita ed al consolidamento di interessi disparati. I primari ospedalieri si sono lasciati progressivamente coinvolgere sia nella gestione sia nel processo contrattuale. I servizi nazionali sono migliorati con gli ospedali autonomi (Trust); l'approccio più amichevole verso i pazienti punta ad aumentare la soddisfazione soggettiva. Non esistono dati per stabilire se i bisogni dei pazienti vengono soddisfatti meglio in questi ospedali rispetto ad altre unità.

Al momento della ricerca, il numero di ospedali autonomi (Trust) era basso e la possibilità di valutare i cambiamenti reali era relativa. I manager delle unità erogatrici hanno fornito opinioni contrastanti a seconda della loro situazione oggettiva. I primi ospedali autonomi (Trust) del SSN sono stati selezionati tra quegli ospedali dotati di una gestione e di un ambiente sanitario migliori; con le innovazioni, le strutture sono mutate drasticamente. Le innovazioni sono state orientate a facilitare l'introduzione di una cultura imprenditoriale. Le prime innovazioni culturali apportate in questi istituti si sono rivelate positive, secondo i managers. I rapporti sono migliorati e sembra aumentata anche la partecipazione sul lavoro. Quest'ottimismo dilagante è frenato

solo da alcuni timori circa il futuro razionamento delle risorse. L'opinione dei clinici di questi istituti, pur concordi sul fatto che sia stato creato un ambiente migliore, è alquanto scettica, poiché le migliorie hanno toccato in misura minima le attrezzature cliniche e la dotazione di personale nuovo. I pazienti sembrano gradire in modo particolare il miglioramento dei servizi nazionali.

Gli ospedali, dotati o meno di autonomia (Trust), hanno aumentato il rendimento in seguito alle pressioni per aumentare le risorse. Sembra che le liste di attesa si siano accorciate, anche se non vi sono ancora dati sufficienti a disposizione. Secondo gli informatori, questo effetto è evidente solo nei pazienti cui fanno riferimento i medici responsabili di budget di spesa. I contratti globali di servizi, stabiliti soprattutto dai distretti, non hanno introdotto incentivi sufficienti per migliorare la produttività. Dato che in molti casi i distretti non pagano i servizi extra previsti dai contratti di volume, i direttori ospedalieri sono fortemente scoraggiati dall'incrementare l'attività nel futuro.

È ancora presto per raccogliere dati atti a verificare gli effetti prodotti sui servizi dagli interessi delle diverse unità erogatrici. Alcuni direttori distrettuali, direttori ospedalieri e rappresentanti degli utenti hanno espresso il timore che l'indipendenza degli ospedali accrescerà i costi e ridurrà la risposta cooperativa verso i pazienti.

#### **Aspettativa 8**

Gli ospedali autonomi risponderanno più efficacemente alle necessità del mercato. La concorrenza tra gli erogatori aumenterà il rendimento e l'efficienza, migliorando infine la qualità dei servizi. Gli ospedali si adatteranno progressivamente ai desideri dei pazienti e creeranno più

opportunità perché la gente possa scegliere.

### **Impatto 8**

La concorrenza è ancora un fenomeno marginale. Alcuni segnali indicano che il mercato concorrenziale non sta ottenendo i risultati sperati. Secondo la maggior parte degli informatori, il miglioramento dei risultati ospedalieri è imputabile più ad accordi manageriali che alla pratica della concorrenza. Gli ospedali rispettano in genere le altrui quote di mercato e i comportamenti competitivi si manifestano solo nei confronti dei medici responsabili di budget di spesa. L'atteggiamento degli erogatori è molto sensibile alle necessità degli acquirenti. La scelta dell'utenza appare come il risultato della contrattazione.

Le opinioni circa il buon funzionamento della concorrenza nella situazione attuale sembravano strettamente legate alle opinioni politiche degli informatori. Un numero consistente di informatori non ha nemmeno menzionato l'argomento tra i fattori più importanti del rinnovamento. Altri (provenienti da aree rurali o suburbane) consideravano l'impatto della concorrenza irrilevante, poiché in diverse zone del paese sussiste una situazione di monopolio degli enti erogatori e i pazienti sono alquanto riluttanti a modificare il loro modello di riferimento.

Molti erogatori ospedalieri hanno sottolineato l'importanza degli effetti prodotti dall'autonomia manageriale nei cambiamenti. La libertà di introdurre programmi di incentivazione diversificati veniva infatti considerata un fattore essenziale di rinnovamento. I rapporti vengono organizzati intorno al processo di contrattazione. La fonte principale di preoccupazione per gli erogatori consiste nell'ottenere potere e discrezionalità in tale processo.

### **Aspettativa 9**

I medici generici responsabili di budget di spesa aumenteranno la loro capacità di controllo. I pazienti dei medici generici con budget di spesa godranno di un'assistenza medica d'alto livello grazie al miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie da parte degli erogatori.

### **Impatto 9**

Il numero dei medici generici responsabili di budget di spesa sembra aumentare rapidamente. La maggiore influenza dei medici di base nella determinazione dei servizi ha portato maggiore sensibilità verso la medicina di base, anche se focalizzata nell'ambito dell'attività clinica. Esiste il pericolo di andare verso un sistema a due strati.

Quasi tutti i medici generici senza un budget di spesa avevano adottato il progetto di riforma o pensavano di adottarlo. Nel 1994 i medici responsabili di budget di spesa potrebbero raggiungere il 50% del totale di medici di base. Tale influenza dei medici generici è particolarmente sentita nei servizi ospedalieri, dove viene ridotto il tempo di attesa dei pazienti elencati come assistiti dei medici responsabili di budget di spesa. Questi pazienti ricevono in genere informazioni più dettagliate e i loro medici mantengono un flusso comunicativo più diretto con i clinici. Inoltre, i medici generici regolano il proprio sistema di informazioni, ivi inclusi i dati clinici ed economici. Tutto questo permette loro di definire strategie di acquisto migliori per il futuro. I medici generici possono divenire non solo il fulcro della medicina di base ma anche pienamente responsabili della totalità dell'assistenza sanitaria ricevuta dai loro pazienti.

Secondo varie fonti potrebbe sorgere un sistema a due fasce di utenti, suddiviso tra gli assistiti dei me-

dici generici responsabili di un budget di spesa e gli assistiti dei rimanenti medici generici. L'assegnazione dei budget di spesa è stata finora adottata in aree a popolazione con reddito medio alto. Gli studi medici la cui prevalenza di assistiti era costituita da ceti meno abbienti non sono stati inclusi nel progetto di riforma. I responsabili di budget di spesa offriranno quindi ai pazienti alcuni vantaggi clinici, risultato della loro posizione manageriale privilegiata.

### **Aspettativa 10**

Gli ambulatori dei medici responsabili di budget di spesa produrranno notevoli risparmi, migliorando le condizioni oggettive degli stessi studi. I responsabili di budget di spesa offriranno una più vasta scelta di servizi ai pazienti.

### **Impatto 10**

Durante il primo anno di implementazione della riforma i medici generici responsabili di budget di spesa hanno prodotto risparmi apparenti, difficili da quantificare. A disposizione dei loro pazienti vi sono più cliniche specialistiche. Gli ambulatori dei medici responsabili di un budget hanno potenziato le attrezzature, tuttavia è difficile stabilire se questi risultati verranno mantenuti quando il progetto di riforma sarà generalizzato. La nuova responsabilità economica influenza entro certi limiti l'atteggiamento dei medici generici.

L'attività dei medici generici responsabili di budget di spesa è divenuta più ricca e complessa. Si cominciano ad esercitare attività ospedaliere specializzate a livello di medicina di base, come conseguenza della contrattazione di accordi e del reinvestimento degli stessi medici generici. Così, è frequente che cliniche specialistiche (ad esempio in fi-

sioterapia) si aprano all'assistenza di base, come medici privati o come unità dipendenti da un particolare dipartimento ospedaliero. È difficile valutare se i risparmi dei medici generici, siano la conseguenza dell'atteggiamento prescrittivo dei dottori o se i budget iniziali erano artificialmente gonfiati. I risparmi, secondo alcune testimonianze informali (« Fundholding », 21 febbraio 1992, p. 12), sono stati parzialmente reinvestiti in personale nuovo, sistemi computerizzati, contrattazione di orari prolungati per le cliniche specializzate, e miglorie cliniche ed architettoniche dei centri sanitari. I responsabili di budget hanno precisato di non essere disposti a nessun tipo di razionamento sui loro budget di spesa. L'opinione espressa da altri medici è che questi miglioramenti siano stati fatti a spese dei rimanenti studi ambulatoriali, e che questa situazione cesserà nel momento in cui il modello di riforma verrà adottato a livello generale. Sembra comunque che il progetto sia stato efficace nell'incoraggiare i dottori sulla strada del risparmio.

La nuova prospettiva economica dei medici di base può sbilanciare gli interessi dei pazienti. Secondo la maggioranza dei medici generici intervistati, ciò non si è ancora verificato e nemmeno accadrà; altri sottolineano invece questa come una delle ragioni per criticare le innovazioni: sostengono che è quasi impossibile dividersi tra un atteggiamento imprenditoriale per quel che concerne gli studi ambulatori e la necessaria indipendenza nel processo decisionale clinico.

Tutti i medici generici intervistati si ritenevano i migliori difensori degli interessi dei pazienti. Di conseguenza, ogni ampliamento nella gamma di scelta a disposizione del medico di base viene da loro considerato un avanzamento per la scelta del paziente. Altri informatori —

personale infermieristico, manager delle unità locali, altri amministratori e rappresentanti dell'utenza — hanno fatto notare che il processo di contrattazione è così legato ai costi, che la gamma di servizi a disposizione potrebbe addirittura ridursi. Sempre secondo questi informatori, le questioni cliniche diverranno priorità, a scapito di altri servizi di cui la popolazione potrebbe avere altrettanto bisogno.

## LA CONTEA DI STOCCOLMA

### Impatto 1

Sono state avanzate proposte (da parte di alcuni medici ospedalieri e di alcuni manager) secondo cui gli ospedali potrebbero aumentare la pressione sul mercato per attrarre sempre più pazienti.

Così commenta il responsabile di un dipartimento ospedaliero: « Le regole di mercato non sono ancora state applicate in maniera dura, ma se si diminuiscono i prezzi e si riducono i punti di riferimento dell'assistenza di base, i dipartimenti ospedalieri possono reagire trattenendo a sé i pazienti e incoraggiandoli a venire direttamente in ospedale. È nostra responsabilità manageriale prevenire mosse ingiustificate ». Il reddito dei dottori dipende in maniera proporzionale al numero dei pazienti assistiti, e questi dispongono della libera scelta di recarsi presso gli ospedali. Il 50 per cento dei pazienti di riferimento sono interni (da una clinica all'altra nell'ambito dello stesso ospedale).

### Impatto 2

Non sono state registrate altre manovre da parte degli ospedali per manipolare o adottare approcci diversi al fine di trarre vantaggio dalla nuova situazione di mercato. Il primo anno di implementazione della

riforma si presenta come un anno di apprendimento. Al momento, tutti gli ospedali hanno concordato di vendere le prestazioni ai prezzi massimi indicati dall'autorità di contea.

### Impatto 3

Tutti gli ospedali tranne uno sono pubblici. L'insistenza nel favorire l'attività del centro privato denota una possibile inversione di tendenza della situazione attuale per il futuro.

« La nostra strategia prioritaria per il futuro consiste nel creare le condizioni affinché l'iniziativa privata subentri nei servizi. Vorremmo che in futuro ci siano più ospedali privati, anche al prezzo di ridurre quelli pubblici, e un numero crescente di medici generici privati, che lavorino per il servizio sanitario di contea », ha affermato un portavoce del partito conservatore.

### Impatto 4

Sono stati nominati nuovi medici generici, ma non sono stati registrati cambiamenti nel modello di assistenza di base, né nella scelta né nell'utilizzazione.

« Non si sono prodotte modifiche sostanziali », così si è espresso un medico di base.

### Impatto 5

Gli atteggiamenti professionali sono cambiati in misura significativa. I medici sono più preoccupati del rendimento.

Un medico ospedaliero ha sottolineato: « È impressionante come i professionisti abbiano modificato il loro comportamento. È il successo più grande di questo primo anno di riforma ».

D'altro canto, la sensazione comune tra i medici generici è improntata a scetticismo verso gli effetti reali delle riforme.

Secondo questi ultimi, le innovazioni non hanno ancora toccato in maniera sensibile la loro professione. In senso lato, sostengono un rafforzamento della funzione di tramite e altri cambiamenti più drastici nella medicina di base come mezzo per proseguire sul cammino della riforma (« *Certo, vorremmo che anche qui da noi ci fosse la stessa situazione come in Gran Bretagna* »).

### Impatto 6

Non vi sono dati disponibili sulla qualità dei servizi, in quanto non è stato ancora stato attivato un sistema di monitoraggio della qualità.

Questa situazione è preoccupante se si considera — come ha ricordato un accademico — che la qualità dei servizi è andata leggermente peggiorando negli ultimi dieci anni.

## LA CONTEA DI DALARNA

### Impatto 1

Nel 1992 si stava provvedendo a ridurre la disponibilità dei posti letto ospedalieri, e secondo le previsioni della maggioranza degli informatori l'obiettivo previsto della riduzione di 200 posti letto sarebbe stato effettivamente raggiunto entro l'anno. Non ci sono prove per poter affermare se a ciò si sarebbe accompagnata una riduzione di personale e di spese ospedaliere. Settecento persone erano già state licenziate prima dell'implementazione della riforma (1987-1990), nell'ambito di un programma a livello di contea che mirava a ridurre il deficit. Gli informatori ospedalieri sostengono che non è più possibile effettuare riduzioni ulteriori (2).

### Impatto 2

60-70 dipendenti amministrativi sono già stati licenziati.

Un numero crescente di difficoltà

ostacola tuttavia il raggiungimento dell'obiettivo previsto di ridurre il personale amministrativo di 200 impiegati (3). Una delle conseguenze di questa politica è il divieto di assumere nuovo personale nei consigli locali, che si ripercuote sull'equilibrio dei risultati della riforma.

### Impatto 3

La maggior parte delle persone intervistate rivela che, nel complesso, l'integrazione organizzativa tra gli attori del servizio è migliorata in maniera significativa.

Vi è più comunicazione tra i medici generici e i sanitari, in particolare in tutte le zone del paese, dove il riconoscimento locale delle unità ospedaliere favorisce questo flusso di comunicazione orizzontale. L'integrazione è aumentata anche tra i centri e i liberi professionisti. I contatti e i gruppi di lavoro sono moltiplicati; la consulenza si è rivelata un fattore benefico; l'impegno a favore del cambiamento viene considerato un aspetto positivo dell'implementazione della riforma.

Da ultimo, l'integrazione è aumentata anche tra i politici, i professionisti e i funzionari del servizio sanitario, soprattutto attraverso l'esercizio della funzione di acquisto dei consigli locali e anche grazie allo sforzo superiore necessario per lo sviluppo delle innovazioni.

### Impatto 4

La spesa nel servizio sanitario è aumentata in misura significativa nel 1991.

Questo aumento è giustificato dai costi per l'introduzione della riforma, e viene ritenuto atipico. Per il 1992 è previsto un netto miglioramento dei risultati finali di spesa (4). I politici e i responsabili amministrativi sono sempre più preoccupati dal risultato di bilancio del 1992, e il contenimento dei costi costitui-

rà l'obiettivo più importante per il prossimo anno.

### Impatto 5

Sono stati creati 15 Consigli Locali che hanno già esercitato le loro funzioni durante il primo anno di riforma.

Questi consigli, formati in media da otto politici locali, dispongono di un debole supporto tecnico, costituito da un piccolo team amministrativo, e di un manager, a volte part-time. Non hanno i dati e le competenze tecniche sufficienti per formulare una corretta valutazione dei bisogni e per negoziare contratti con i dipartimenti ospedalieri a condizioni eque. Annessi ai consigli vi sono le unità responsabili dei servizi sanitari di base, in quanto i responsabili medici di queste unità sono i consiglieri naturali del processo di contrattazione. In quattro aree, sono stati allocati budget agli studi ambulatori, riproducendo così una situazione del tutto simile al progetto inglese per l'allocazione di budget di spesa ai medici generici. Nelle rimanenti aree l'attività dei medici di base risulta molto variegata. Alcuni sono influenti nel processo di contrattazione. Altri esercitano un'influenza decisionale sui manager professionisti locali, mentre molti altri ancora esercitano maggiore influenza medica, essendo le priorità di sviluppo orientate da uno o più rappresentanti dei medici generici (5).

### Impatto 6

Non vi è una scissione reale tra gli acquirenti dei consigli locali e gli erogatori dell'assistenza di base.

L'assistenza di base è incoraggiata dall'ondata di innovazioni amministrative e dalle sostanziali migliorie tecniche e professionali (sono stati assunti 60-70 nuovi medici generici), ma non si presenta come il risultato della pratica della concor-

renza né di qualche meccanismo di mercato. I professionisti sono stipendiati e pochi abitanti hanno cambiato medico. D'altro canto, l'assistenza di base è migliorata significativamente in termini di disponibilità professionale. Questo miglioramento è centrato soprattutto sull'assistenza individuale, sebbene si stiano sviluppando nuovi programmi sanitari pubblici in conseguenza del migliorato approccio locale ai bisogni della popolazione. Tuttavia, è ancora troppo presto per capire se la riforma stia producendo cambiamenti significativi in tal senso.

#### **Impatto 7**

I dipartimenti ospedalieri godono del vantaggio di detenere il monopolio dell'erogazione.

Nella maggior parte del paese vi è un'unica alternativa nell'offerta di servizi, il che esclude ogni possibilità di concorrenza. In assenza di gravi problemi sanitari, la gente non è disposta a recarsi più lontano dell'ospedale locale. I medici ospedalieri hanno i dati, le competenze e il potere per imporre le loro condizioni nella contrattazione.

#### **Impatto 8**

Le negoziazioni sono state condotte principalmente dai medici generici e dai manager locali con i responsabili dei dipartimenti.

Durante il primo anno la domanda era inferiore del 10 per cento alla disponibilità dell'offerta. Poiché gli erogatori ospedalieri non avevano la possibilità di distribuire altrove l'eccesso di offerta, hanno imposto prezzi superiori per coprire le spese, incluse le spese apparentemente dovute ad inefficienze (6). Non sono stati presi impegni per modificare il rendimento ospedaliero. Nel secondo anno (1992) i dipartimenti hanno accettato di operare dei risparmi, in parte come risultato della

pressione centrale per il contenimento dei costi (il gruppo ospedaliero rende conto direttamente ai politici), in parte in seguito alle pressioni dei consigli locali, la cui liquidità aveva raggiunto livelli di criticità.

La maggior parte dei contratti del primo e secondo anno di riforma sono stati contratti « bloccati » sulla base dei dati storici riferiti agli anni passati, forniti soprattutto dai dipartimenti ospedalieri. I prezzi sono liberi senza alcun controllo sulle clausole negoziali da parte del centro. Neppure i requisiti di qualità sono definiti centralmente, né viene elaborato un sistematico monitoraggio locale. In conseguenza del generale miglioramento dei rapporti, gli accordi cooperativi sono informali e funzionano positivamente nell'interesse dei singoli pazienti. Si potrebbe arguire che questo risultato si basa piuttosto su un rapporto di fiducia reciproca tra i professionisti.

A partire dal secondo anno di contrattazioni si sta affermando una tendenza interessante: i consigli locali, in seguito alla resistenza dimostrata dai dipartimenti nel cambiare i modelli di assistenza, cominciano a stringere contratti diretti con alcuni specialisti perché prestino i loro servizi a livello di assistenza di base.

Di fronte a una simile minaccia, alcuni dipartimenti hanno acconsentito a inviare i loro specialisti a visitare i pazienti sul luogo.

#### **Impatto 9**

Non vi sono dati sufficienti riguardo il modello di scelta.

Sembra che finora non sia stato ridotto l'utilizzo ospedaliero, ma è necessario più tempo e soprattutto un monitoraggio più stretto. Nelle aree rurali i medici generici detengono una sorta di funzione di tramite informale e sono in grado di influire sul modello di riferimento. Le spese a carico dei pazienti, sia

che si servano degli ambulatori locali sia che si servano degli ospedali, sono simili al resto del paese. Il fattore più rilevante è che quasi il 98% della popolazione, secondo fonti ufficiali della contea, scelgono l'ospedale locale, e nessun segnale indica un'inversione di questa tendenza durante lo scorso anno.

In alcune aree i politici vengono accusati di non dare sufficiente importanza allo sviluppo di una « voce » tra gli abitanti e le comunità locali (7), e di dedicare troppo tempo alle questioni tecniche e alle riunioni d'élite. Si stanno conducendo alcune inchieste tra la popolazione, finalizzate a misurare come i pazienti valutano la qualità dei servizi, ma i risultati di questo tipo di indagine, non hanno avuto molta influenza sui contratti.

#### **Impatto 10**

I sistemi di informazione non sono stati sufficientemente sviluppati e sono stati utilizzati solo per produrre dati economici e contabili accurati.

Come già detto, i primi risultati della nuova rete di informazioni sono scarsi. Anche se è stata programmata per fornire dati a lungo termine, non sono ancora a disposizione sufficienti indicatori clinici né economici. Anche se in quest'area il lavoro viene svolto velocemente, i sistemi di informazione offrono solo dati quantitativi sul volume e i costi. I dati vengono raccolti a livello di dipartimento. L'informazione sull'assistenza di base è scarsamente sviluppata (8).

#### **Impatto 11**

Il monitoraggio della qualità previsto tra gli obiettivi del terzo anno di riforma.

Allo studio attuale vi sono poche informazioni disponibili su come le innovazioni influiscono sul livello

qualitativo. Non vi sono prove concrete per affermare che la qualità dell'erogazione ospedaliera e dell'assistenza di base sia effettivamente migliorata.

### 5. Discussione sull'applicazione dei modelli di mercato

Come descritto in precedenza, il modello di mercato viene qui inteso come un modello di mercato deregolamentato, distinto sia dai mercati pianificati sia dai mercati regolamentati. Un mercato deregolamentato comprende, come caratteristiche principali, la separazione dei ruoli con conseguente frattura degli interessi, l'introduzione di una cultura concorrenziale la cui regola centrale è la massimizzazione del profitto, e la riduzione della regolamentazione pubblica.

Una riforma diversa, finalizzata a scindere ruoli e responsabilità, ma che enfatizza la difesa di una cultura del « servizio » e la regolamentazione e il controllo centrali, non si può considerare mercato in senso proprio. Nemmeno una situazione di autogestione delle istituzioni, ivi compresa una gestione orientata agli obiettivi, e di enfasi sulla responsabilità pubblica, con programmi di incentivo, può definirsi mercato.

Da un punto di vista positivo, l'introduzione di incentivi di mercato in sanità accresce la produttività e mette in relazione reddito e risultati.

Una nuova cultura basata sulla netta distribuzione dei ruoli e delle responsabilità e sulla contrattazione rafforza l'impegno verso i servizi da parte degli agenti interni, in particolare gli erogatori dei servizi. D'altro canto, il legame tra rendimento istituzionale e soddisfazione dei pazienti introduce nei servizi il punto di vista del consumatore.

La scissione tra acquirenti ed ero-

gatori potrebbe fornire l'opportunità di un modello controllato dalla funzione di acquisto e guidato dalla soddisfazione dei bisogni. Offre la possibilità di correggere i sistemi di pianificazione centrale verso un orientamento degli obiettivi. Offre infine la possibilità di accrescere l'efficienza gestionale nelle istituzioni. Ma quest'evoluzione non è un risultato di mercato, bensì una razionalizzazione della strategia sanitaria verso la soddisfazione dei bisogni, attraverso la scissione dei ruoli, l'enfasi sulla regolamentazione e i programmi di incentivo.

Da un punto di vista più critico, si potrebbe tuttavia arguire che il modello di mercato non soddisfa le aspettative che crea. Applicato ai servizi sanitari, produce un'inflazione da costi a breve e lungo termine, dà la priorità alla medicina tecnologica, aumenta la sperequazione in termini di accesso e utilizzo dei servizi, frammenta le attività e rende disparata l'erogazione dei servizi sanitari, rimuove una cultura basata sulla fiducia e sull'impegno per far posto a una cultura basata sul contratto e su interessi particolari, non accresce la scelta del paziente e nemmeno promuove una maggiore partecipazione dei cittadini ai processi decisionali.

#### a) *La validità (o invalidità) sociale del mercato*

Il modello di mercato sanitario è centrato sul fattore consumo. È orientato alla domanda e centrato sull'assistenza ospedaliera, dirette in genere a soddisfare le esigenze individuali. Il modello tenta di risolvere la mancanza di sensibilità alle esigenze dei pazienti attraverso una rettificazione dei servizi sanitari in funzione dei consumatori, diretta ad accrescere la sensibilità nei confronti dei pazienti. Ma gli impatti dell'implementazione delle riforme analiz-

zate sin qui dimostrano come il mercato punti l'attenzione sulle richieste in quanto distinte dai bisogni. La domanda è condizionata, addirittura manipolata e indotta dai professionisti, nell'attuale cultura biomedica: la domanda non rappresenta tutti i bisogni. In termini reali, anche se il modello di mercato è formalmente corretto verso la soddisfazione dei bisogni, si aprono due scenari: o la competitività viene posta ai margini per andare incontro ai bisogni, ma questo non è più un mercato, o il comportamento competitivo indirizza i servizi verso le domande, espresse o indotte, trascurando però i bisogni. Se viene ridotta l'analisi centrale del bisogno pubblico o privato, in quanto supporto alle politiche di mercato, il bisogno viene conseguentemente ridotto a una domanda apparente, stimata, espressa o indotta dai fornitori. Il bisogno diventa relativo. Dipende tanto dai movimenti da parte dell'offerta quanto da parte della domanda. Non vi è spazio per i bisogni definiti pubblici né per strategie di sanità pubblica. Nell'applicazione del modello così come è stato descritto, i servizi non individuali, le attività sanitarie pubbliche, la medicina a livello di comunità e i bisogni definiti centralmente, anche strategici, sono relativamente trascurati.

#### b) *Mercato deregolamentato, sanità inefficiente*

Un simile modello, indirizzato ad agenti liberi affinché si facciano concorrenza l'un l'altro per conquistare le rispettive quote di mercato, nella convinzione che l'autoregolazione della legge della domanda e dell'offerta produca un'evoluzione benefica verso un'assistenza meno costosa e più efficiente, è un'illusione, come dimostra l'implementazione di questa politica. Un tale scenario ha aggravato i fattori di inefficienza già

presenti nei sistemi sanitari. Anche i difensori del modello dovrebbero ammettere che si tratta di un mercato imperfetto. Abbiamo constatato nei fatti come questa aspettativa teorica non si stia traducendo in realtà. Il teatro sanitario è squilibrato nella distribuzione di poteri ed informazioni. Gli erogatori detengono in genere un potere di monopolio tale da consentire loro la conquista dei mercati concorrenziali, anche se regolamentati, e che si può evitare solo attraverso un'intensificazione della regolamentazione e della pianificazione centrali. In entrambi i paesi analizzati ciò è già avvenuto dopo due anni di implementazione. La conquista di quote di mercato concorrenziale da parte degli erogatori, accompagnata dalla massimizzazione del deficit economico, genera una domanda indotta dal fornitore, aumenta i costi unitari attraverso una selezione non razionale di procedure costose (inflazione di qualità), trasforma la medicina d'alta tecnologia in priorità e non considera i sistemi di assistenza meno costosi. La riduzione della qualità dei sistemi pubblici, se basata su budget di spesa limitati, incoraggia d'altronde l'iniziativa privata, sotto forma di piani di assicurazione sostitutivi o complementari, che si comporta secondo la stessa logica. I mercati concorrenziali, siano essi mercati di domanda o mercati di fornitori, producono inflazione. Lo sviluppo della spesa sanitaria negli Stati Uniti e in Germania, così come i primi impatti di modelli simili in diversi paesi — come vedremo — sembrano confermare la tendenza inflazionistica (9).

Anche i costi di transazione sono in aumento, in particolare dove le unità di acquisto sono indipendenti e decentralizzate (cfr. SIF in Germania, i responsabili di budget di spesa in Gran Bretagna, i consigli locali in Svezia). Un siffatto siste-

ma, dove interessi e gestione sono separati, genera esuberi e sistemi di gestione inefficienti, con conseguenti costi di amministrazione elevati, e sistemi di informazione utili sono a livello di unità locale.

#### *c) Unità indipendenti, assistenza frammentata*

Il concetto di assistenza sanitaria intesa come bene è un elemento centrale del modello. Come noto, l'ideologia conservatrice sostiene che « l'assistenza medica non presenterebbe caratteristiche che la differenzino nettamente dalle altre merci presenti sul mercato ».

La mancanza di continuità nelle attività sanitarie, prodotta dalla separazione delle unità e dalla deregolamentazione, la scissione di interessi e preoccupazioni, e la crisi di quella cultura generalizzata basata sulla fiducia, conducono a una sanità frammentata, nella quale un'attività cooperativa di lungo termine e una preoccupazione per gli obiettivi definiti a livello centrale risultano abbastanza incerti.

#### *d) Meno scelta, meno controllo democratico*

Nella situazione attuale del sistema sanitario, l'impressione è che il dominio dei liberi professionisti sanitari e la concentrazione di acquirenti ed erogatori su di una contrattazione orientata ai costi escludono i pazienti dal processo della scelta. Il paziente è manipolato, condizionato e limitato nelle sue decisioni. Le decisioni chiave vengono infatti prese dagli erogatori, e la nuova gamma di servizi da offrire viene scelta e selezionata secondo gli interessi di erogatori ed acquirenti, che non sempre corrispondono ai bisogni dei pazienti.

Di conseguenza, si può formulare l'ipotesi che un modello di riforma orientato al mercato riduce la scelta

dell'utente invece di aumentarla, per una serie di ragioni. Non vi è nessuna innovazione diretta ad educare gli utenti. Le decisioni vengono prese in base a considerazioni di denaro. La crescita del mercato privato in sanità, fondato sulla capacità di pagare e non su criteri di necessità, produce l'effetto di limitare a restringere la possibilità di scelta. La « Voce » della comunità ha minore importanza. I contratti stabiliti sulla base del costo riducono la disponibilità di scelta. Inoltre, la scelta diviene una questione da definirsi tra erogatori ed acquirenti, non una questione pubblica. Il modello rischia di mettere i sistemi sanitari in una posizione di minor scelta, anziché maggiore scelta, sebbene esista la possibilità di adottare politiche particolari per evitare di cadere nella trappola.

Il modello di mercato è passibile di critiche nel momento in cui si introduce la discussione sulla sanità in quanto diritto per tutta la popolazione, o, al contrario, la si intende come un bene il cui approvvigionamento dipende dalla capacità di pagare. In teoria, il modello sostiene la seconda ipotesi. Il controllo democratico, che si basa sul riconoscimento, legale o di fatto, del diritto pubblico all'assistenza sanitaria, viene ridotto nel modello. La deregolamentazione si basa su questa filosofia. La partecipazione rappresentativa viene ridimensionata, mentre si promuovono gli approcci consumistici al pubblico e le procedure di marketing (10).

Questo modello potrebbe ridurre i diritti del cittadino di soddisfare una serie di bisogni fondamentali universalmente riconosciuti. Emerge il paradosso tra la tendenza manifesta di accrescere la capacità individuale del consumatore nel difendersi dall'intervento dello Stato, della comunità o della collettività da un lato, e l'appello alla responsabilità

individuale per il reperimento di risorse secondo la capacità di pagare.

La posizione degli utenti sembra di isolamento, senza alcuna difesa dei diritti fondamentali, in balia dell'evoluzione mutevole delle forze economiche. Gli utenti sono esclusi dal processo decisionale gestionale, dalla definizione dei processi di contrattazione, dalle decisioni cliniche prese dai delegati dei professionisti. Nel modello di mercato, la scelta dell'utente e la sua capacità di influire sull'erogazione è solo formale, dato che gli ostacoli maggiori al formale conferimento di potere ai pazienti non vengono aboliti (mancanza di informazioni, ostacoli amministrativi, effettiva redistribuzione dei poteri, ecc.). Nel modello di mercato i pazienti inseguono il denaro, e non viceversa.

#### *e) Mercato concorrenziale, risultati iniqui*

L'approccio individualistico può essere criticato soprattutto per motivi di equità. Viene infatti sottolineato che quei pazienti affetti da malattie gravi o croniche, che consumano tempo e richiedono un maggiore impiego di risorse costose, come ad esempio gli anziani, i malati di mente o i minorati psichici, saranno esclusi o rifiutati dall'applicazione di questa logica di mercato.

Nella maggior parte dei casi, queste situazioni limite beneficiano dei programmi sanitari di comunità, che fanno affidamento su una strategia sanitaria generale diversa dalla legge della domanda e dell'offerta. È anche il caso delle fasce più povere della popolazione e dei territori meno sviluppati del paese, dei gruppi ad alto rischio, della salute ambientale e dei programmi di promozione. Sembra possibile integrare un approccio di mercato con una strategia nazionale di sanità pubblica e di assistenza comunitaria. Purtroppo

po vi è sempre il problema delle priorità, poiché le entrate e i fondi di finanziamento sono scarsi; la conseguenza è la maggiore attenzione dedicata agli obiettivi nuovi, distinti dai vecchi programmi.

Il modello favorisce la selezione non razionale di pazienti. Centrata sull'assistenza individuale e sulla massimizzazione del profitto, la riduzione di regolamentazione indirizza gli erogatori a diminuire i costi unitari attraverso una copertura selettiva.

#### *f) Qualità sconosciuta e ambigua*

Il concetto di qualità adottato dal modello è ambiguo. Un bene viene definito di buona qualità quando è accolto favorevolmente dal pubblico. È risaputo che nel campo dell'assistenza sanitaria questo parametro non sempre è affidabile. Vi sono dei farmaci comunemente usati e graditi dal pubblico, che si sono rivelati totalmente inefficaci. L'impiego di talune procedure è spesso condizionato dal prezzo, piuttosto che dall'utilità che può trarne il paziente. Il motivo per cui determinate operazioni chirurgiche vengono effettuate in misura decisamente superiore (anche il doppio) in alcuni paesi rispetto ad altri sembra collegato a ragioni diverse dalla loro qualità intrinseca. La sanità ha bisogno di alcuni standard di qualità che siano indipendenti dalle regole del mercato.

D'altro canto, non è chiara l'evoluzione degli standard di qualità verificatasi con l'implementazione delle riforme, poiché non sono disponibili dati comparativi sugli indicatori di qualità.

Da questa prospettiva, anche se è ancora prematuro per formulare una valutazione completa, è possibile prevedere che le riforme di mercato nei paesi del Welfare State, non risolveranno quegli stessi problemi

sanitari, per la cui risoluzione sono state implementate. Queste riforme possono distruggere l'essenza dell'assistenza sociale, incidendo in modo particolare sui gruppi deprivati della popolazione. Le riforme di mercato che rafforzano l'orientamento al mercato dei preesistenti sistemi misti, come il sistema sanitario olandese, o il sistema assicurativo concorrenziale della previdenza sociale in Germania, inasprirebbero i difetti di questi sistemi, perché aumenterebbero la deregolamentazione pubblica o comunque favorirebbero il dominio dei liberi professionisti. La riforma in quei sistemi di mercato che non dispongono della forza o della volontà politica necessarie per abbattere la logica del mercato, anche se indirizzate verso una razionalizzazione della pianificazione, come sta tentando di fare l'amministrazione Clinton, non rappresenterebbero la soluzione adeguata per prevenire le conseguenze di mercato che si sono già manifestate in questi sistemi: inflazione da costi, iniquità, assistenza frammentata e disparata, assistenza di bassa qualità per sempre maggiori segmenti di popolazione, che non sono assicurati o sono sottoassicurati. Le innovazioni orientate al mercato, così come sono state implementate in termini reali, non rappresentano la soluzione ai problemi della sanità.

---

(1) Nel caso della Svezia le contee sono anche le entità politiche responsabili delle politiche di riforma, poiché non esiste ancora una politica di riforma centrale.

(2) I primari erano preoccupati della necessità di fare sacrifici sulla base del consenso con i politici e i funzionari di contea, ma sostenevano anche la necessità che non venissero richiesti tagli ulteriori.

(3) « Il carico di lavoro è aumentato più che mai: il rimodernamento dell'amministrazione, la creazione di ruoli nuovi



vi, l'implementazione del modello di riforma, ecc. Il personale è stato ridotto, ma il carico di lavoro è aumentato », protestava un responsabile dell'amministrazione.

(4) Sebbene l'intera politica sia finalizzata a raggiungere il pareggio in bilancio, si prevede comunque un margine di deficit — come qualcuno ha ammesso — ma non un deficit così pesante come quello registrato nel primo anno di riforma.

(5) Da alcune interviste, sia con i manager locali sia con i medici generici, è emersa una sovrapposizione di ruoli tra le due categorie. L'impressione, tuttavia, è che si stesse andando verso una separazione dei ruoli per quel che concerne la contrattazione, rendendo così i consigli meno dipendenti dai suggerimenti dei medici generici.

(6) « Ci passano il conto del loro modo costoso di lavorare... », ha affermato un portavoce di contea; « Quello che mi preoccupa è che durante questi anni abbiamo dovuto assistere a richieste cliniche la cui unia soluzione era l'impiego di più risorse, senza che le liste di attesa venissero accorciate. Poi, quando abbiamo pagato una fattura extra legata alla produttività, il problema si è risolto in un anno... ».

(7) « Invece di occuparsi dei problemi quotidiani di gestione e di contabilità, dovrebbero impegnarsi a fondo nella rappresentanza politica e nella responsabilità locale », afferma un informatore.

(8) È stata di recente condotta un'indagine sui comportamenti dei pazienti e di tutti i centri di assistenza di base. Anche se interessante, ha tuttavia carattere provvisorio.

(9) Negli Stati Uniti, mentre quest'an-

no la spesa del SSN non supera il 7,5 del PNL, la spesa sanitaria supererà comunque il 15% del PNL, con una tendenza al rialzo pari all'1% annuo. Nel contempo, questo sistema mantiene 90 milioni di cittadini americani senza assicurazione o privi di un'assicurazione adeguata. Il modello statunitense si presenta come il paradigma del mercato sanitario libero.

(10) È utile sottolineare che questi approcci aumentano in misura significativa i costi di transazione, fino al 7-10% del costo complessivo nell'assicurazione privata classica (ved. Spese ADESLAS 1992 - Belenes R., 1993).

#### BIBLIOGRAFIA

- BELENES R., *Mercados de Seguros Sanitarios*. Paper presented in the « XII Jornadas de Economía de la Salud », Granada, 2-4 giugno 1993.
- BRYMAN A., *Research Methods and Organization Studies*. London: Unwin Hyman, 1989.
- BURGUESS R.G. (ed.), *Field Research: A Source Book and Field Manual*. London: Allen & Unwin, 1982.
- DAY P. & KLEIN R., *Britain's Health Care Experiment*. Health Affairs, 103 ( ), 23-43.
- DEUTSCHER I., *Words and deeds: social science and social policy*. Social Problems, 13 (1966), 233-254.
- GEORGE V & WILDING P., *Ideology and Social Welfare*. London: Routledge and Kegan Paul, 1985.
- GLASER B.G. & STRAUSS A.L., *The discovery of grounded theory Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine, 1967.

HAM C., *The New National Health Service Organization and Management*. London: Nahat, 1991.

HAYEK, F.A., *Studies in Philosophy, Politics and Economics*. London: Routledge & Kegan Paul, 1951.

JUDGE K., *America's uninsured and underinsured*. BMJ, 302 ( ) 1163-4.

LEES, D.S., *Health through Choice*. Institute of Economic Affairs, 1961.

MARINKER M., *Fit the Practice in the 1990s?*. London: the MSD foundation, 1989.

SALTMAN R.B., *Emerging Trends in the Swedish Health System*. Guia Sanitaria, 179 (1991), 2-19.

SALTMAN, R.B. & VON OTTER C., *Planned Markets and Public Competition Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Buckingham: Open University Press, 1992.

SALTMAN, R.B. & VON OTTER C., *Implementing Public Competition in Swedish County Councils*. A Case Study, Helsinki: EHMA, 1990s.

SALTMAN R.B., *Patient Choice and Patient Empowerment A Conceptual Analysis*. SNS Occasional Paper, 40 (August, 1992).

TITMUSS R.M., *Commitment to Welfare*. London: Allen & Unwin, 1968.

VANG J. & WENNSTROM G., *Health Care Systems at the Crossroads The Swedish Health Care System in a International Perspective*. Services Studies, 6 (1990).

WALKER R., *Applied Qualitative Research*. Hants: Gower, 1985.

YOUNG K. & MILLS L., *Public policy research: a review of qualitative methods*. London: Social Science Research C, 1980.

**Sanità e impresa**

Sezione 5<sup>a</sup>

# IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ IN SANITÀ: IL PREMIO EUROPEO GOLDEN HELIX AWARD

di Manuela Brusoni

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

**SOMMARIO:** 1. Perché il premio - 2. Che cosa significa « migliorare la Qualità in Sanità »: una proposta metodologica - 3. Processo/criteri di selezione - 4. La partecipazione - 5. Considerazioni conclusive.

*Si è conclusa con la premiazione del vincitore europeo la prima edizione del Golden Helix Award, al quale ha partecipato e ben figurato un gruppo veneto, vincitore della selezione italiana. Si è trattato di un'esperienza positiva e stimolante, sia per i partecipanti, sia per gli organizzatori. Di seguito ne viene fornito un sintetico resoconto.*

## 1. Perché il premio

L'esperienza vissuta negli anni trascorsi in ambiente economico e produttivo dimostra il ruolo importante giocato a livello mondiale dai premi per la Qualità, non solo per la diffusione e la divulgazione dei concetti e dei criteri cardine della Qualità stessa, ma anche ai fini di una revisione critica di strategie e filosofie aziendali, nonché di uno stimolo al cambiamento, alla crescita e ad una positiva competizione nel mondo imprenditoriale.

Se l'Europa, rispetto ai precursori a livello mondiale, ha storicamente avuto una posizione di attesa nei confronti dei temi della Qualità Totale (QT), l'Italia in particolare ha meno di altri paesi investito in programmi di miglioramento della QT, pur sostenendo una cultura e una tradizione solidissima e strutturata nell'ambito del controllo della qualità di prodotto.

Tuttavia, l'avvicinarsi a determinate problematiche in tempi successivi ad altri può costituire un vantaggio, poiché consente di riflettere sulle esperien-

ze e sugli eventuali errori dei precursori, di realizzare e proporre strategie, tecniche e azioni perfezionate.

E certamente oggi in Italia il particolare bisogno di idee ed energia coordinate deve alimentarsi di metodologie adeguate e innovative per promuovere una positiva tensione verso il rilancio, coinvolgendo il tessuto imprenditoriale e produttivo, ma soprattutto la componente complementare della vita nazionale, costituita dai servizi pubblici. Tra questi il più critico è il settore dei servizi sanitari che, per la rilevanza della sua funzione, suscita, a torto o a ragione, un insieme di giudizi stratificati e consolidati nel tempo. Il basso livello di qualità diffusamente percepito in tema di sanità è in grado di oscurare la bontà e l'eccellenza di molte organizzazioni e di molti professionisti.

Proprio con lo spirito di stimolare e riconoscere i miglioramenti della Qualità in ambito sanitario è stato indetto il premio Golden Helix Award, il primo riconoscimento europeo che premia il miglioramento della Qualità nella sanità. Nato dalla collaborazione di Hewlett-Packard e

EHMA (European Healthcare Management Association), coinvolge a livello europeo le principali istituzioni che operano nell'ambito della Sanità e sui temi della Qualità (vedi figura 1).

La filosofia e la logica che hanno guidato l'ideazione e la realizzazione del premio hanno le radici nella sperimentazione concreta dei promotori ed in un insieme di valori condivisi, sostanziati nei seguenti obiettivi:

a) diffondere la cultura della qualità del servizio e dell'azienda nel settore della sanità;

b) dare la giusta visibilità agli esempi di buon funzionamento e di miglioramento dei servizi sanitari;

c) consentire al maggior numero di persone di confrontare esperienze, strategie, metodologie, risultati finalizzati ad una crescita omogenea del sistema.

## 2. Che cosa significa « migliorare la qualità in sanità »: una proposta metodologica

Se il vero cuore del concetto di qualità nelle aziende di servizi è la soddisfazione del cliente, nel settore sa-

nitario il cliente più importante è il paziente e il miglioramento della qualità deve avere come fine ultimo una migliore terapia e assistenza.

Tutto il personale di una struttura sanitaria, sia esso medico, paramedico, amministrativo e tecnico, deve essere coinvolto nel processo di miglioramento di ogni aspetto della propria attività, con l'obiettivo di creare un miglior servizio per il paziente. « Qualità » significa soddisfare i bisogni reali e quindi definire i requisiti della propria attività e modificare o eliminare tutto ciò che non è conforme a questi requisiti. Questo dovrebbe tradursi, per esempio, in esami più veloci ed accurati dai laboratori, liste di attesa più brevi, servizi più orientati al paziente, accesso più agevole per i visitatori dei pazienti, qualità più elevata nel catering ospedaliero.

Spesso, tuttavia, e ciò è un rischio reale nelle organizzazioni sanitarie, le energie in esame non riescono a canalizzarsi in azioni costruttive o a fare massa critica per raggiungere risultati stabili. Infatti una generica tensione verso il miglioramento non è di per sé sufficiente a innescare un processo stabile e non velleitario, ma necessita di una « quadratura » mentale, di una sequenza di riflessioni ed azioni stabilmente strutturate in schemi condivisi. Si sono volutamente trascurati in questa sede una serie di aspetti importantissimi, determinanti per l'ottenimento dei risultati e, dal punto di vista logico, prioritari rispetto alle metodologie operative, quali ad esempio il coinvolgimento, il clima aziendale, l'idea condivisa di azienda, che consentano ad un gruppo di persone di essere sinergiche e polarizzate verso obiettivi comuni.

Benché consapevoli di tali aspetti, gli organizzatori hanno ritenuto di dover porre l'accento più fortemente sugli aspetti metodologici e procedurali centrali di un progetto di miglioramento della qualità, intesi a raffor-

zare l'attitudine delle persone al « problem solving ». Si è quindi proposto il tradizionale schema « PDCA », rileggendolo dal punto di vista del professionista sanitario e ponendo accenti particolari laddove emergono le debolezze specifiche del sistema.

Si riportano schematicamente i punti chiave:

1) Il fuoco dell'attenzione va posto sul paziente, che invece nei modelli tradizionali spesso non viene collocato nella posizione centrale di guida del processo decisionale e delle scelte. Certamente nei servizi sanitari il cliente diretto può essere sia il paziente, sia un collega di un dipartimento dell'organizzazione, o addirittura la comunità locale o chi finanzia. Ma indipendentemente da chi possa essere l'immediato beneficiario del miglioramento realizzato, è il paziente colui che deve in definitiva percepire il beneficio delle azioni di miglioramento introdotte.

2) Si definisce e si chiarisce il concetto di processo, che è fondamentale per lo sviluppo della qualità: l'analisi dei singoli processi di diagnosi e di cura diventa l'unità logica tramite cui si indaga il funzionamento di un reparto, di una divisione, di un ospedale.

Ricollegare a processi (e sottoprocessi) azioni e risultati, consente di comprendere l'efficacia ed il valore dei cambiamenti introdotti.

3) Si identificano le persone, non come posizioni in pianta organica, ma come individui responsabili di azioni e fonti di proposte creative e componenti essenziali del miglioramento.

4) Ci si abitua a utilizzare tutti, ed in modo massiccio, un metodo razionale e strutturato del lavoro (il PDCA), una precisa logica che deve diventare un « abito mentale », un modo automatico di avvicinarsi ai problemi.

Il metodo PCDA sta ad indicare:

P = Plan, pianificare bene prima di iniziare, selezionare l'argomento

del progetto, raggiungere una piena competenza dei processi costitutivi, determinare gli obiettivi del Progetto di miglioramento della Qualità.

D = fare ciò che si è deciso: dare attuazione alle azioni di cambiamento del processo.

C = Check, verificare i risultati attraverso i criteri pianificati: misurare gli effetti dei cambiamenti e verificare la stabilità dei miglioramenti.

A = Act, standardizzare e ripartire con nuovo ciclo PDCA: standardizzare, controllare il nuovo processo, misurare i risultati e documentare le conclusioni.

Per una più articolata presentazione della metodologia si veda il box 1.

Due sono i punti critici da sottolineare ogni volta che si applicano alla sanità i metodi dello sviluppo organizzativo:

1) la scarsa abitudine a misurare, cioè a tradurre le valutazioni qualitative in precisi indicatori quantitativi e a raccogliere dati in base a questi;

2) la scarsa abitudine a formalizzare e a documentare gli aspetti organizzativi del servizio, collaterale alla « prestazione » sanitaria.

Come in tutti i processi innovativi, anche nel caso del premio Golden Helix Award è stato fondamentale riuscire a raggiungere le esperienze significative già realizzate. Pertanto si è cercato di dare larga diffusione all'iniziativa tramite il bando rivolto a chiunque lavori in un'organizzazione che eroga servizi sanitari in un paese europeo, e stia lavorando, individualmente o in team, ad un progetto di miglioramento di qualità. Per organizzazione sanitaria si intendono ospedali, cliniche, laboratori, strutture territoriali, strutture di servizi (es.: soccorso), sia pubbliche che private.

Inoltre il premio si rivolge non solo a coloro che hanno già avviato e completato un progetto che riguarda le tematiche specifiche, ma anche a

quanti pur non avendo ancora avviato il progetto, possono essere incentivati.

### 3. Processo/criteri di selezione

I tempi che scandiscono le fasi del premio Golden Helix in Italia sono sintetizzati nella figura 2. La logica sottesa alla selezione dei progetti presentati prevede tre momenti distinti di valutazione, i cui criteri, uniformi a livello europeo, sono stati discussi, chiariti e messi a punto dal Comitato di valutazione italiano, per meglio adeguarli alle esigenze della nostra realtà.

Più in dettaglio, la prima fase di selezione si propone di esprimere un giudizio globale del progetto, elaborato sulla base della documentazione presentata dai partecipanti nella forma codificata dal bando. La valutazione prevede la scomposizione del giudizio in cinque punti che rispecchiano i momenti fondamentali dello svolgimento del progetto.

Come si può vedere dalla figura 3, il primo punto si propone di valutare il momento di analisi del processo di miglioramento e le modalità con cui tale miglioramento è stato raggiunto.

Il secondo punto pone l'accento sugli aspetti di raccolta dei dati e di misurazione del processo, ai fini di evidenziare la strategia di documentazione e la coerenza del momento informativo rispetto alla tipologia delle attività analizzate.

Al terzo punto si prendono in considerazione i fattori legati al personale, la composizione ed il clima del gruppo di lavoro ed i livelli di coinvolgimento attivati.

Il quarto punto si propone di evidenziare lo spazio e la rilevanza attribuiti nel progetto di miglioramento ai clienti sia interni sia esterni, alle loro necessità ed opinioni nonché alla loro soddisfazione. Infine il quinto punto richiede una valutazione d'in-

sieme del progetto che sintetizzi l'impressione complessiva. Alla fine di tale fase si redige la graduatoria dei progetti.

Nella seconda fase, ristretta al gruppo dei sei finalisti selezionati è prevista una presentazione diretta e più dettagliata, di ciascun progetto da parte del capo progetto. In tal modo si rende possibile la valutazione di ogni progetto da parte degli altri gruppi. I criteri utilizzati mirano a premiare la chiarezza del progetto, la sua trasferibilità e la potenzialità di cross-fertilization rispetto ad altre realtà. Si veda a tal proposito, il dettaglio fornito dalla scheda di figura 4.

Infine la terza fase prevede la valutazione globale da parte del Board italiano, del progetto presentato e discusso in plenaria. Come si può vedere anche dalla figura 5, si ripercorrono i punti chiave della valutazione del progetto, utilizzati già nella prima fase di selezione (figura 3), riesaminandoli alla luce della maggior ricchezza di informazioni accumulate anche a seguito della fase di presentazione diretta.

### 4. La partecipazione

All'edizione 1993, sezione italiana, hanno aderito circa 190 progetti da tutta Italia, di cui 31 hanno inviato un elaborato entro i termini previsti. Il gruppo organizzatore, positivamente sorpreso dalla risposta elevata, ha tratto da ciò un ulteriore stimolo a diffondere l'iniziativa, anche a motivo dello standard di livello europeo dimostrato da parte di tanti italiani. La selezione finale europea, vinta dal gruppo spagnolo, ha ospitato anche i progetti finalisti di Italia, Francia, Svezia, Germania e « Resto d'Europa » (vedi box 2). Si ritiene interessante fornire una breve descrizione di ciascuno dei sei progetti finalisti della selezione italiana, da un lato per contribuire a dare visibilità ad iniziative di positivo impatto econo-

mico e sociale, dall'altro per suscitare riflessioni e spunti per il miglioramento di contesti analoghi.

Si presentano i progetti secondo l'ordine cronologico di arrivo e di catalogazione all'ufficio organizzativo del premio.

#### 1) *Qualità e Servizio*

Il progetto è stato messo a punto dall'amministratore straordinario dell'USL 27 di Bologna, dott. Mauro Messori nell'ottobre 1991.

Nell'ambito di un'esigenza più ampia di miglioramento della gestione complessiva dell'Unità sanitaria locale, sia da un punto di vista tecnico-amministrativo, sia per gli aspetti dell'erogazione dei servizi socio-sanitari, l'obiettivo caratterizzante il progetto è la sperimentazione di un approccio nuovo nell'erogazione di alcuni servizi socio-sanitari, più attento ai bisogni dei clienti interni ed esterni.

A tal proposito è stato costituito nel febbraio 1992 un « Gruppo Qualità », composto da 5 persone (due medici, due sociologi, un amministrativo). Tale gruppo viene poi, di volta in volta, ampliato inserendo altre figure professionali direttamente coinvolte nei diversi sottoprogetti in cui si suddivide il progetto complessivo.

Le linee di intervento seguite dal gruppo qualità sono state:

— ricerca sul campo finalizzata a misurare il grado di soddisfazione degli utenti, degli operatori, dei medici dell'USL;

— esame dei reclami e di alcuni casi significativi, come spunto per azioni di miglioramento.

Al momento della presentazione del progetto (inizio '93), dei 13 sottoprogetti avviati, 5 risultavano già conclusi.

Alla seconda fase del premio venne presentato un sotto-progetto specifico « L'appalto del servizio di pulizia ». Tale progetto mostra la realizzazione di un sistema di monito-

raggio del livello di sanificazione ambientale raggiunto dai servizi di pulizia appaltati all'esterno. Il risultato dell'attività di controllo effettuata mostra una riduzione quasi completa, in tutte le aree monitorate, dei segnalatori presenti: polvere, macchie, rifiuti.

2) *Progetto di miglioramento dell'uso di albumina umana e di altre soluzioni di proteine plasmatiche in pazienti ospedalizzati*

Il progetto è stato attivato dal dott. Giuliano Mariotti, della Direzione sanitaria dell'Ospedale S. Chiara di Trento alla fine del 1990.

Lo spunto del progetto deriva dall'osservazione del progressivo aumento dell'acquisto di albumina e di proteine plasmatiche (PPS) dal 1985 in poi. Dato il costo relativamente elevato dell'albumina e l'uso spesso inappropriato che se ne fa, si sono intravisti spazi di razionalizzazione di tale processo ed in particolare si è individuato come obiettivo la riduzione del consumo non appropriato di albumina negli ospedali pubblici dell'USL C5.

Il gruppo di lavoro sul buon uso dell'albumina, composto inizialmente da sette persone (5 medici — chirurgia, medicina, rianimazione, radiologia/emodialisi — un farmacista e un medico della Direzione sanitaria che ha il ruolo del coordinatore) si è arricchito di volta in volta di altri medici. Il progetto viene sviluppato dal gruppo di lavoro nelle seguenti fasi:

- 1) definizione delle indicazioni d'uso dell'albumina;
- 2) raccolta dei dati, nel corso di un anno, sul consumo di albumina;
- 3) analisi della modalità di prescrizione: se l'uso dell'albumina è ritenuto inappropriato, si definisce lo standard di riduzione ed una nuova scheda che fornisca dati sull'appropriatezza d'uso;

4) raccolta dei dati, nel corso di un anno, sul consumo di albumina mediante la nuova scheda;

5) valutazione dell'eventuale revisione.

Nella terza fase è stato stabilito uno standard di riduzione del consumo di albumina del 50%.

I risultati preliminari raccolti consentono di concludere che, in seguito all'introduzione della prima scheda (che obbligava ogni medico prescrittore a compilare la scheda per la richiesta giornaliera dal gennaio 1991 al gennaio 1992) vi è stata una riduzione dell'acquisto di albumina del 20-25%; in seguito all'introduzione della seconda scheda per la richiesta di albumina (che indicava l'appropriatezza d'uso), si è avuta un'ulteriore riduzione dell'acquisto di albumina. In particolare è evidenziata una riduzione importante di consumo di albumina di circa il 50%. Infine si è potuto rilevare che ben 47 medici ritengono che la seconda scheda abbia influito sulla loro prescrizione, e 40 di questi dichiarano di aver ridotto il consumo.

3) *La concentrazione dei laboratori di analisi dell'USL 36 di Lugo di Romagna*

L'USL 36 di Lugo di Romagna nel 1988 cominciò a studiare la possibilità di concentrare tutti i laboratori in uno solo centralizzato. La situazione era la seguente: un ospedale a Lugo con c.a. 500 posti letto ripartiti su 15 reparti, un laboratorio analisi ed un centro trasfusionale e cinque ospedali periferici (c.a. 300 posti letto), ciascuno con almeno due reparti, un laboratorio analisi e un servizio di radiologia. Al laboratorio di Lugo già allora facevano capo le attività ambulatoriali di Cotignola, Bagnara, del centro Tossicodipendenti (SERT) e di altri Servizi territoriali.

Il progetto di concentrazione dei laboratori analisi tendeva a raziona-

lizzare gli spazi, le risorse, il personale, al fine di ottenere una risposta di qualità superiore per l'utente, e nello stesso tempo un contenimento dei costi ed un miglioramento della modalità di risposta. Infatti la distribuzione territoriale dei laboratori aveva come effetto la differenza nell'esecuzione delle analisi, da laboratorio a laboratorio, con modalità di refertazione difforme, con tipologia di analisi che variava da punto a punto e cadenza di esecuzione e riposta dissimile per analisi identiche. Inoltre la recettività dei singoli laboratori creava tempi di attesa differenti per le prenotazioni, con mobilitazione della domanda da un punto all'altro. Si creavano disagi per la popolazione costretta e spostarsi da un laboratorio all'altro, e disagi per la lettura dei referti da parte dei clinici. D'altra parte, sul fronte amministrativo, la Unità sanitaria locale n. 36 non era in grado di fare fronte agli alti costi per mantenere aggiornate le strumentazioni dei diversi laboratori, ed inoltre era improponibile la standardizzazione delle metodiche.

A tale importante progetto di cambiamento ha partecipato la Direzione sanitaria e tutto il personale dei laboratori di analisi coinvolti sotto la guida del primario del laboratorio di analisi di Lugo, dott. Lodi, e con il coordinamento della dott.ssa Paola Zaffagnini. Questi i benefici attesi dal progetto:

- azzeramento delle liste d'attesa per esami di laboratorio presso i Centri Unificati di Prenotazione (CUP);
- uniformità del tipo di prestazioni su tutto il territorio comprensoriale;
- riduzione degli errori e scomparsa della disomogeneità nella risposta;
- consegna del referto in tempo clinicamente utile e pertanto riduzione dei tempi di degenza;
- risparmio di personale.

Tra i risultati più significativi del processo di concentrazione si possono citare i seguenti:

— il tempo di consegna degli esami è stato progressivamente ridotto fino ad ottenere la refertazione di oltre il 70% degli esami richiesti entro le ore 14 del giorno stesso, con conseguente riduzione del numero di urgenze e delle giornate di ricovero;

— la stampa dei referti avviene con le stesse modalità e in tempo reale grazie ai cinque terminali del computer centrale di laboratorio, appositamente installati negli ospedali periferici. La gestione informatizzata ha inoltre permesso di distribuire ovunque un referto unico, uguale in ogni ospedale del comprensorio, e privo di allegati;

— le liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono passate dai molti giorni ai tre di legge. Per il laboratorio centrale in particolare non esiste attesa, ma l'accettazione è aperta dalle 7 del mattino alle 19 di sera per il giorno immediatamente successivo. Il fabbisogno di personale è diminuito, al momento, di 8 unità di cui 2 medici, 1 biologo, 2 tecnici, 2 infermieri professionali e 1 ausiliario, non sostituiti dopo pensionamento.

#### 4) *Verso la qualità totale del servizio fornito dal laboratorio di patologia clinica*

Le considerazioni sulla necessità di passare dal controllo di qualità della prestazione all'impostazione di un processo organizzativo completo per la qualità totale del servizio, unite alle critiche, alle lamentele ed ai suggerimenti degli utenti hanno indotto il dott. Luca Pinna Pintor, della Fondazione Arturo Pinna Pintor di Torino a studiare un programma di gestione della Qualità Totale del Servizio.

Si sono individuati inizialmente i problemi ricorrenti utilizzando un re-

gistro informale degli eventi avversi. Da questa analisi è emersa la presenza di problematiche legate a:

— esami errati/errori grossolani;  
— tempi di refertazione troppo lunghi;

— esami « persi » (prescritti e non refertati).

Si è quindi percorso a ritroso il ciclo di traduzione del dato analitico alla ricerca di tutti i fattori in grado di influenzare le problematiche prese in esame. Le fasi in cui è stato scomposto il processo al fine del progetto di miglioramento sono:

- 1) richiesta del test;
- 2) accettazione del paziente;
- 3) prelievo;
- 4) fase preanalitica;
- 5) fase analitica;
- 6) refertazione e consegna referti.

Per ciascuna fase, esaminate le potenziali fonti di problemi, se ne sono individuati e proposti i correttivi in modo articolato, sul fronte di una maggiore raccolta di informazioni di input, miglioramento del comfort e sicurezza ambientale per pazienti ed operatori, riduzioni dei tempi di processo, maggiori attenzioni alla codifica e all'informatizzazione, ove possibile. Sono stati raggiunti e mantenuti buoni risultati nel contenimento dell'errore casuale e sistematico e nell'individuazione e correzione degli errori grossolani sfuggiti alle maglie del controllo di qualità classico, portando l'incidenza dell'errore totale da un 3-4% allo 0,5%.

L'interfacciamento della strumentazione di laboratorio con l'elaboratore centrale, oltre a ridurre gli errori dovuti alla trascrizione dei risultati, si è dimostrata una misura molto efficace nella riduzione dei tempi di consegna dei referti, che nei reparti dotati di terminali avviene ora in tempo reale.

Risultati meno brillanti si sono ottenuti nella riduzione della quota di esami prescritti e non eseguiti, dove

probabilmente esiste ancora un buon margine di miglioramento.

#### 5) *Il controllo delle infezioni ospedaliere in un ospedale chirurgico*

Partendo dall'evidenza che le infezioni da ferita chirurgica rappresentano, in ordine di frequenza, la seconda causa di infezione ospedaliere e che sono, inoltre, un'importante causa di mortalità, morbosità ed aumento dei costi ospedalieri, la dott.ssa Rossana Reale, della Direzione sanitaria del Centro traumatologico ortopedico di Torino ha individuato, insieme ad altri due componenti della Direzione sanitaria, la necessità di individuare ed attuare strategie ad hoc per rendere omogenei e finalizzati gli interventi d'azione in tema di infezioni. Come prima azione si è condotta un'osservazione, mirata ai tre momenti fondamentali della chirurgia:

- pre-operatorio
- intra-operatorio
- post-operatorio

e comprensiva delle tecniche assistenziali sia mediche sia infermieristiche. Parallelamente si sono effettuati studi specifici per la rilevazione delle infezioni della ferita chirurgica, ai fini di costruire un quadro statistico della realtà.

Da questa prima fase (fine 1990/inizio 1991) è emerso che:

— il tasso di prevalenza totale relativo alla presenza di infezioni della ferita chirurgica è risultato essere relativamente sovrapponibile a quello ottenuto nel 1983 dallo studio di Prevalenza Nazionale (CTO: 16% - SIPIO: 12%); tale risultato è stato però considerato sottostimato per la difficoltà riscontrata nel reperimento dei dati necessari alla compilazione della scheda di osservazione;

— è stata evidenziata la mancanza di protocolli omogenei di impostazione della profilassi antibiotica.

Più in dettaglio:

— assenza di protocollo per l'esecuzione, la conservazione e l'invio ai laboratori degli esami colturali batteriologici;

— marcata disomogeneità di protocolli (peraltro non codificati) relativi alla preparazione degli operandi;

— presenza del prontuario d'uso dei disinfettanti ed antisettici, ma suo errato utilizzo;

— disomogeneità nell'effettuazione della sterilizzazione del materiale;

— presenza di protocolli non codificati ed incompleti per le procedure di pulizia e disinfezione ambientale ad alto rischio;

— necessità di revisione delle norme comportamentali.

Dopo aver stilato un elenco di priorità di intervento rispetto ai punti evidenziati, si sono attuate alcune azioni:

— è stato redatto il protocollo per l'attuazione della chemioprolifassi antimicrobica mirata;

— per verificare il rispetto del protocollo è stato attuato un sistema di controllo tramite il servizio di farmacia;

— per l'esecuzione, conservazione ed invio dei campioni microbiologici si è redatto un protocollo spiegato durante incontri e con il supporto di materiale fotografico;

— si è rivisto il protocollo di preparazione del paziente all'intervento;

— si è raccomandato l'utilizzo del prontuario d'uso dei disinfettanti.

Grandi energie ha chiesto il superare le resistenze culturali al cambiamento ed ha richiesto di ricorrere a momenti d'incontro e spiegazione. Per maggiore chiarezza si è anche ricorso ad un cartellone riassuntivo. Tutto questo ed un insieme di altre innovazioni tecniche nella sterilizzazione ha consentito di pervenire ad un tasso di prevalenza totale di infezioni della ferita chirurgica pari al 9,7%.

## 6) *Qualità totale in cardiologia*

Il Servizio di cardiologia dell'O-

spedale di Este ha iniziato la propria attività nel 1988. Superata la fase organizzativa iniziale si è rapidamente palesata una grave discrepanza fra buona dotazione di mezzi diagnostici con parallela crescente domanda ed impossibilità di giungere ad un adeguato utilizzo delle apparecchiature e conseguentemente di fare fronte alla domanda in modo sufficiente per l'inadeguatezza del personale, medico e paramedico, peraltro all'epoca non modificabile nel numero.

Il progetto è iniziato con lo scopo di aumentare e meglio qualificare l'offerta diagnostica strumentale del Servizio di cardiologia, incrementando il numero di alcune prestazioni (ecocardiografia, Holter ecg da sforzo) ed introducendone delle nuove così da consentire una migliore espressione delle risorse umane e strumentali già disponibili ed eccessivamente penalizzate dalla quotidiana esecuzione di un numero elevato di tracciati ECG grafici.

Constata l'impossibilità di giungere allo scopo attraverso:

1) aumento organico medico e/o paramedico;

2) riduzione del numero di tracciati ECG quotidianamente eseguiti; si è convenuto di agire su altre componenti. Inizialmente le linee di azione identificate furono:

a) più razionale utilizzo e distribuzione del personale medico e/o paramedico;

b) più ampio e razionale utilizzo delle potenzialità strumentali;

c) standardizzazione di modalità e tempi di accesso, esecuzione e refertazione della diagnostica;

d) modularità dell'offerta, ossia rapido adeguamento di essa alle variazioni, in più ed in meno, della domanda.

È così iniziato il progetto: « Qualità totale in cardiologia » che si è rivolto, più o meno contemporaneamente, a due settori paralleli e complementari:

— elettrocardiografia;

— altre tecniche diagnostiche (ecocardiografia in particolare).

Le due linee di intervento sono state tenute distinte in quanto la prima, tranne che nella refertazione, è pratica riservata al personale infermieristico, con numeri elevati; mentre le seconde sono tecniche nelle quali l'apporto medico è determinante, con numeri molto più contenuti, ma per le quali ugualmente è indispensabile un supporto paramedico. Sono così nati due progetti.

### *L'esecuzione di un ECG richiede troppo tempo*

Si sono identificate due cause principali:

— l'incapacità del complesso infermiere-paziente a sfruttare completamente la potenzialità dell'apparecchio, ossia tempi di preparazione nettamente superiori a quelli dell'elettrocardiografo con conseguenti pause di inattività del medesimo;

— la compilazione, da parte dell'elettrocardiografo, di una seconda copia, per altro irrinunciabile, comportava tempi eccessivi (2') rispetto alla durata totale dell'esame.

In varie fasi sono stati adottati alcuni provvedimenti: l'attività è stata concentrata in un unico locale, è stato aumentato il numero degli spogliatoi (da 1 a 2) e ridistribuiti gli addetti. Si è sostituita la pasta conduttrice degli elettrodi con acqua ed alcool e la copia con fotocopia. In tal modo si è ridotto di 3' il tempio medio per ECG. Considerato il livello di attività di 14.000 tracciati/anno ciò equivale ad un risparmio di 700 ore.

### *Il numero di procedure diagnostiche è inadeguato per i mezzi disponibili*

In questo caso si è intervenuto a livello di personale infermieristico e medico. Il primo è stato progressivamente esonerato da varie pratiche di



segreteria (accettazione del paziente e consegna del referto), riservando solo il compito della prenotazione e della preparazione delle liste e delle cartelle dei pazienti (trasferito alla sera del giorno precedente l'esame). Anche i calendari degli esami sono stati rivisti ed è stata introdotta una modularità nell'offerta.

Ai medici sono stati affidati compiti di accettazione e consegna del referto, sempre contestuale all'esame, ed effettuato con sistema computerizzato.

In tal modo si sono ottimizzate le procedure, ridotti i tempi ed i tempi morti; sono divenuti meno numerosi e frequenti i contatti del paziente con il personale. È nettamente calato il numero di pazienti che non si presentano o non ritirano il referto dell'esame. Le prestazioni sono passate complessivamente da 22.938 nel '90 a 35.425 nel '93. Sono state introdotte nuove tecniche e si è potuto dare sempre più spazio all'aggiornamento ed alla ricerca.

Il gruppo del progetto, coordinato dal dott. Federico Corbara, è composto da altri quattro medici e da cinque infermieri, tutti appartenenti al Servizio di cardiologia dell'Ospedale civile di Este.

### 5. Considerazioni conclusive

Il premio ha fornito un'occasione privilegiata per poter osservare in presa diretta uno spaccato della situazione dei servizi sanitari in Italia ed interpretati secondo le logiche ed i criteri della Qualità Totale. Ciò consente alcune riflessioni sullo stato dell'arte relativamente alla comprensione e all'applicazione dei concetti e delle metodologie della Qualità, nonché sui risultati ottenuti.

In primo luogo si è potuto rilevare come l'idea di un premio consenta di far emergere dall'anonimato un insieme svariato di persone con forti motivazioni al miglioramento dei servizi.

Il successo ottenuto all'interno dei gruppi sembra attribuibile in larga misura all'abbandono delle gerarchie e alla valorizzazione della leadership di chi ha dimostrato di avere elevate capacità professionali e di ricerca del nuovo. D'altra parte una delle spinte principali alla partecipazione si è rivelata essere il desiderio di « guadagnare in immagine », di raggiungere insomma una maggior stima e credibilità in un contesto (il proprio ambiente organizzativo interno e l'ambiente sanitario nazionale) in cui normalmente non si valorizzano tanto gli eventi — organizzativi, di « processo », di servizio globale — eccellenti, quanto piuttosto, il singolo atto/prestazione d'impatto emotivo.

Si è rilevato, inoltre, una diffusa curiosità per il confronto, per lo scambio di idee, per la verifica della propria visione della qualità e per le potenzialità, in termini di risultati, che le diverse posizioni possono produrre.

Sembra essere interessante proporre una considerazione, a conclusione della prima esperienza italiana del Golden Helix Award. La capacità personale di leadership e di coinvolgimento è risultata vincente anche dove la struttura è ancora rigida e la conoscenza metodologica più debole e limitata.

Il suggerimento che ne se ne può derivare, la cui ovvietà è mitigata dall'evidenza di quanto spesso esso venga disatteso, consiste quindi nel lavorare sulle persone e sul gruppo, non solo sui singoli individui, nella consapevolezza che una reale crescita ed un reale miglioramento non possono più derivare solo dal carisma e dall'eccellenza individuali, pur fondamentali nel raggiungere la qualità del prodotto (la singola prestazione), bensì dallo svolgimento organizzato e coordinato di processi assistenziali, dal « gioco di squadra » insomma, unica leva realmente efficace per la qualità del « sistema aziendale » e del servizio erogato.

#### Figura 1 - La giuria del premio

La giuria del premio Golden Helix Award è presieduta da Simone Veil, e comprende personalità del mondo scientifico economico e della sanità.

In tutta Italia le istituzioni che hanno partecipato sono:

- Istituto superiore di sanità;
- Ministero della sanità, Servizio centrale di programmazione sanitaria;
- AICO, Ass. italiana per la Qualità;
- CeRGAS, Università Bocconi;
- CNR, Istituto di medicina sperimentale;
- Italsie, Divisione medicale

#### Figura 2 - Timing del premio

Settembre 1993	Pubblicità del bando sulla stampa nazionale
Settembre/ottobre	Invio della scheda di presentazione del progetto alla mailing list (primari, amministratori straordinari, direttori sanitari, direttori amministrativi)
Entro il 30 novembre	Invio ai richiedenti dell'Application Pack
Entro fine dicembre	Invio degli elaborati alla segreteria del premio
Febbraio/marzo 1994	Selezione e audit dei sei finalisti
Fine marzo	Scelta del vincitore italiano e premiazione
Inizio giugno	Scelta del vincitore europeo e premiazione

**BOX 1**

**Pianificare:** la scelta del progetto.

I progetti di miglioramento della Qualità nascono in genere dalla consapevolezza che le cose non vengono fatte bene come dovrebbero. Per questo motivo, prima di varare un progetto probabilmente esiste già la consapevolezza del perché lo si sceglie e dei miglioramenti che si ritiene possano essere introdotti. Tuttavia, è essenziale porsi formalmente queste domande per trovare poi delle risposte adeguate, sia in termini qualitativi che quantitativi. Tali risposte costituiranno un punto di riferimento che consentirà di mantenere il progetto focalizzato e coerente con i suoi scopi, consentendo inoltre di misurarne i progressi.

Le risposte saranno anche un valido punto di partenza per mettere a punto una metodologia sistematica di documentazione del progetto.

**Pianificare:** il riesame del processo iniziale.

È opportuno descrivere dettagliatamente, utilizzando, se possibile, dei diagrammi per evidenziare i sottoprocessi, gli input e gli output, il processo iniziale, così come si svolge secondo le modalità usuali.

Stabiliti dei parametri di riferimento chiari, a fronte di questi si potrà poi misurare il processo iniziale e tutti i miglioramenti conseguiti successivamente. È buona regola « filtrare » e ridurre gli « Indicatori della Qualità », se possibile, ad uno o due, comunque mai più di tre. Poiché devono essere anche quantificabili bisogna definire quali misurazioni e quali unità di misura si intendono utilizzare.

**Pianificare:** il programma del progetto.

Quanto maggiore è il numero di persone coinvolte in un progetto, tanto più è necessario che le persone svolgano i propri compiti e ottemperino alle proprie responsabilità nei tempi prestabiliti. È opportuno, quindi, stendere un programma che prenda in considerazione gli altri impegni delle persone, ma che stabilisca in modo chiaro gli obiettivi del progetto. L'analisi dei percorsi critici è un utile metodologia per garantire il rispetto dei tempi programmati e per sottolineare l'interdipendenza dei componenti del gruppo di progetto.

**Pianificare:** quantificare il processo iniziale.

Dopo la descrizione del processo iniziale e la definizione degli indicatori si raccolgono e si analizzano i dati rilevanti correlandoli alle varie fasi del processo. A tale scopo è di grande utilità rappresentare il processo mediante un diagramma diffuso consuntabile dall'intero gruppo.

Ad esempio, un semplice diagramma di flusso riprodurrebbe il processo operativo di un reparto radiologico mostrerebbe i casi sottoposti all'attenzione del reparto, le immagini diagnostiche che escono dal reparto per essere refertrate, le lastre rifiutate dal medico radiologo e i casi successivamente risottoposti al personale clinico.

**Pianificare:** analizzare il processo iniziale.

A questo punto, si è in grado di determinare quali sono

i principali difetti del processo per approntare l'azione correttiva necessaria.

Analizzando i dati attentamente, è possibile identificare le cause alla radice del problema. Se, ad esempio, un processo registra ritardi apparentemente causati da apparecchiature inaffidabili, è necessario verificare anche se il personale che utilizza tali apparecchiature è addestrato in modo adeguato, se la funzionalità delle apparecchiature è adeguatamente documentata e se le apparecchiature vengono utilizzate per lo scopo cui sono preposte. A volte per individuare le cause alla radice del problema, può essere necessario richiedere la consulenza di un esperto esterno al gruppo del progetto.

**Pianificare:** approntare un piano per l'azione correttiva.

Si stabilisce chi dovrà occuparsi di fare che cosa e quando per riuscire ad ottenere il miglioramento auspicato. Per quanto tempo si dovrà protrarre questo sforzo? Quali dati aggiuntivi saranno necessari per portarlo a termine?

**Fare:** implementare l'azione correttiva.

È importante procedere all'applicazione di una soluzione per volta, introducendo dapprima l'azione correttiva su piccola scala in modo da poter individuare relazioni causa-effetto evidenti. Anche le modifiche apparentemente irrilevanti apportate ad un processo importante possono generare sottili differenze sotto altri aspetti. Possono anche presentare degli inconvenienti, come ad esempio una riduzione nella qualità di alcune parti del processo quando ci si concentra sul miglioramento di altre parti. Con una gestione adeguata, questi inconvenienti possono essere prontamente eliminati.

È necessario documentare tutto ciò che viene fatto in fase di implementazione: il piano, la divulgazione del piano, l'eventuale formazione richiesta, le azioni intraprese e l'effetto sul processo dopo che sono stati apportati i cambiamenti. Ancora, è essenziale documentare la reazione del cliente alla nuova realtà.

**Controllare:** controllare gli effetti.

Attendere che i cambiamenti introdotti sortiscano il loro effetto è essenziale per capire se i correttivi hanno dato luogo ad un miglioramento. Tutti i dati raccolti in questa fase, assieme alle eventuali implicazioni dei cambiamenti apportati (ad esempio i costi), sono cruciali per riuscire a convincere i colleghi della validità della nuova metodologia.

Poiché nella misurazione del « prima e dopo » si confrontano grandezze congruenti è importante utilizzare gli stessi Indicatori della Qualità applicati nella fase di pianificazione.

**Controllare:** cosa fare se i cambiamenti introdotti non sortiscono alcun miglioramento.

Se i cambiamenti introdotti non hanno sortito un miglioramento significativo, bisogna incanutito chiedersi: « Siamo davvero arrivati alla causa che sta alla radice del problema? ». Se la risposta è negativa, bisogna tornare indie-

tro ad eseguire una nuova analisi del processo iniziale. Se la risposta è affermativa, si torna indietro e si riprende in considerazione il piano dell'azione correttiva.

Si può procedere con la fase successiva solo quando si ottenga un miglioramento stabile della Qualità.

**Agire:** standardizzare e controllare il nuovo processo.

A questo punto si può estendere il piano su scala più ampia per far sì che ciascuno esegua il processo modificato in modo coerente e sistematico. In questa fase, è probabile che vengano messe alla prova le vostre capacità comunicative e di persuasione!

**Agire:** tenere sotto controllo il nuovo processo.

Da questo momento si attua un'attività di misurazione continua del processo per far sì che il miglioramento venga mantenuto nel tempo. Poiché ci vuole del tempo prima che gli effetti di un cambiamento si evidenzino interamente, il processo va tenuto sotto controllo per un periodo di tempo appropriato.

**Agire:** imparare dall'esperienza.

Le conclusioni tratte dal progetto devono essere accuratamente documentate: l'esperienza ricavata da un Progetto di Miglioramento della Qualità è un beneficio non meno importante dei miglioramenti misurabili apportati al processo.

**Agire:** stendere un riepilogo.

Se il progetto ha portato dei benefici, probabilmente potrà aiutare altri professionisti operanti nella sanità a migliorare il servizio offerto ai loro clienti.

Le informazioni, però sono utili solo se sono disponibili in un formato facilmente accessibile. Può bastare un breve riepilogo (una pagina) che indichi gli obiettivi del progetto, le eventuali difficoltà incontrate e i risultati in termini di cambiamento percepito dai clienti (rigorosamente misurato), oltre che di vantaggi per il gruppo.

## BOX 2

### Principali dati dell'edizione 1993 I sei finalisti europei Miglioramento della profilassi antibiotica

Il vincitore della prima edizione del Golden Helix Award faceva parte dello Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcellona.

L'obiettivo del gruppo di progetto consisteva nel ridurre il tasso di infezione e, quindi, le complicazioni chirurgiche tramite un'appropriata applicazione della profilassi antibiotici. I risultati sono stati eccezionali: tra il 1991 e il 1993 il tasso di efficienza (costo della profilassi utile/costo della profilassi totale) è passato dal 5,4% all'83,2%.

### Miglioramento della qualità del servizio nelle prestazioni ambulatoriali

Tra i miglioramenti conseguiti su un arco di due anni dal reparto di assistenza ambulatoriale del Singleton Hospital di Swansea (Galles), si segnala: il passaggio della percentuale dei laboratori che iniziano puntualmente la loro attività dal 52% all'85% e l'aumento del tasso di produttività del reparto del 30%.

### Igiene in corsia

Un progetto messo a punto dall'Institut Calot, di Berk-sur-Mer (Francia) ha contribuito ad aumentare l'efficienza del servizio di pulizia reso dagli operatori specializzati, migliorando gli standard igienici e riducendo i costi dei materiali di consumo.

### L'efficienza individuale in ostetricia

Un gruppo della Clinica Universitaria di Monaco di Baviera è riuscito ad innalzare gli standard qualitativi durante il parto, dopo aver dato ai singoli ostetrici la possibilità di analizzare le proprie prestazioni e confrontarle con i dati equivalenti dell'ospedale e del Land.

### Intervento tempestivo sul dolore muscolo-scheletrico

I finalisti svedesi hanno scoperto che intervenendo tempestivamente su pazienti che non avevano mai presentato in precedenza questa sintomatologia si possono ridurre i rischi legati all'insorgere di dolori muscolo-scheletrici cronici e l'assenteismo sul lavoro.

### La Qualità Totale in cardiologia

Il Reparto cardiologico dell'Ospedale civile di Este è riuscito a migliorare del 34% la produttività degli esami ECG, aumentando il numero di spogliatoi per i pazienti e consegnando immediatamente il referto medico.

# UN PROGETTO (\*) QUALITÀ PER IL SERVIZIO SANITARIO

di Giovanni Frosi, Achille Brambilla

IBM SEMEA

Franco Prandi

U.s.l. n. 9 Reggio Emilia

SOMMARIO: Introduzione - Il progetto - L'approccio metodologico - La prima fase - La seconda fase - Conclusione.

(\*) Il Progetto illustrato di seguito è risultato vincitore dell'edizione 1994 del Golden Helix Award (di cui si parla anche nell'articolo precedente) per « l'approccio metodologico, la completezza della visione dei processi, il valore dei risultati specifici ».

## Introduzione

È possibile ricercare la qualità in un servizio pubblico ed in particolare in quello sanitario?

« ...Con il progetto Qualità, processo di medio-lungo periodo, vogliamo creare le condizioni per coniugare la tutela degli interessi dei nostri utenti con le aspirazioni di tutti noi a lavorare meglio, ad essere partecipi di un grande processo di rilancio dei Servizi Sanitari » (1).

« L'USL 9 avvia un progetto di Qualità Totale improntato sull'obiettivo di un cambiamento complessivo e diffuso nell'organizzazione focalizzato alla soddisfazione del cliente-paziente » (2).

In Italia, il sistema dei servizi sembra ancorato alle carenze che da sempre lo caratterizzano, in particolare il Sistema dei Servizi Sanitari è spesso oggetto di critiche feroci per le disavventure in cui alcuni cittadini incappano. Tuttavia non mancano iniziative che mirano a migliorare i rapporti fra la struttura pubblica erogatrice di servizio e i cittadini, che raramente vengono percepiti come Clienti del servizio e, per questo, non adeguatamente considerati.

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato istituito allo scopo di fornire un servizio globale, ispirato alle necessità locali sia per gli aspetti di educazione e promozione della salute, sia per tutte le necessarie attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che il territorio richiede. Ciò si dovrebbe realizzare attraverso il funzionamento di una rete di USL alle quali, tuttavia, è spesso mancata un'identificazione chiara degli obiettivi ed un'adeguata articolazione delle attività per conseguirli.

Sotto il profilo strutturale, ogni unità locale del SSN è articolata in Servizi dotati di autonomia organizzativa che si occupano delle condizioni fisiche e psichiche dei

cittadini, delle loro condizioni sociali, ambientali e dei contesti organizzativi interni. L'autonomia dei servizi e il loro diverso orientamento (verso l'efficacia quelli più prettamente sanitari, verso l'efficienza quelli amministrativi) conferiscono all'USL una caratteristica di policentrismo del suo governo che accentua i problemi di funzionamento e quindi di risultati così come appaiono al pubblico (3).

Molto spesso l'iniziativa del singolo costituisce il motore di un cambiamento che difficilmente pervade tutta un'organizzazione dell'ente sanitario teso a soddisfare esigenze talvolta contrastanti.

Ciò è emerso anche da un'indagine organizzativa realizzata nella USL 9 all'inizio del Progetto Qualità allo scopo di sondare le caratteristiche culturali dell'organizzazione in cui stava per essere calata un'esperienza nuova, unica nel settore, pervasiva di tutte le sue strutture e che necessita di consenso e adesione per ottenere risultati positivi.

Per porre rimedio, almeno in parte alle ataviche carenze e sfruttando gli spazi di manovra consentiti dai vincoli posti dalla programmazione a livello statale e regionale, l'USL 9 di Reggio Emilia ha voluto affrontare la sfida di una rilettura del proprio atteggiamento verso i propri compiti istituzionali.

Si tratta di una USL della regione Emilia-Romagna il cui bacino d'utenza attualmente si aggira intorno alle 175.000 unità, ma con molte estensioni rispetto a numerose prestazioni che vengono erogate a cittadini di altre Province e Regioni italiane. Nell'azienda USL 9 operano circa 3.000 dipendenti, quasi equamente distribuiti tra il Servizio di assistenza ospedaliera e gli altri Servizi Sanitari. L'USL 9 ha presentato il bilancio consuntivo 1992 di circa 380 miliardi di lire.

## Il progetto

Il progetto, voluto e sostenuto dall'Amministratore Straordinario, si colloca in un contesto organizzativo ben disposto verso sperimentazioni e innovazioni. Negli ultimi anni la USL 9 ha attivato diversi progetti organizzativi che vanno dalla contabilità « industriale » per centri di costo, alla gestione per budget che ne fanno una struttura avanzata verso la trasformazione degli enti sanitari in vere e proprie aziende.

Il Progetto Qualità si basa fundamentalmente su tre aspetti:

— La qualità dei rapporti con il Cliente-Utente in termini di soddisfazione dei suoi bisogni non solo sanitari ma anche di accoglimento delle sue istanze umane: quindi non solo tecnica clinica dell'atto sanitario ma anche assistenza e facilità di accesso ai servizi.

— La qualità dell'Organizzazione, in termini di efficienza della struttura e di efficacia delle operazioni.

— La qualità dell'apporto individuale, l'impegno di ciascun operatore per realizzare sia la qualità dell'organizzazione sia la qualità dei rapporti con l'utenza.

Per ottenere questi risultati il Progetto Qualità si articola su diverse direttrici:

— Il coinvolgimento degli operatori che lavorano nell'USL attraverso la costante informazione, la comunicazione degli obiettivi e la preparazione ad affrontare correttamente le problematiche attraverso un adeguato programma di formazione; ma anche il coinvolgimento di istituzioni che operano sul territorio in stretta collaborazione con i Servizi Sanitari (le organizzazioni sindacali degli operatori del comparto, i medici convenzionati, gli enti locali).

— L'analisi e la revisione dei processi di funzionamento della USL, il coordinamento dei servizi nel realizzare interventi sanitari sul territorio.

— La semplificazione dei processi di contatto con l'utenza.

— La chiara strutturazione degli obiettivi ed una costante attenzione all'allineamento tra questi e le iniziative intraprese.

## L'approccio metodologico

Un'iniziativa come questo Progetto Qualità non poteva essere calata dall'alto con una serie di prescrizioni e progetti preconfezionati. Dal punto di vista metodologico, quindi, si è pensato di affrontare il complesso delle attività da svolgere lavorando in gruppi focalizzati, costituiti da specialisti appartenenti ai diversi servizi dell'USL affiancati da consulenti Ibm Semea.

Ciascun gruppo ha avuto inizialmente momenti di fa-

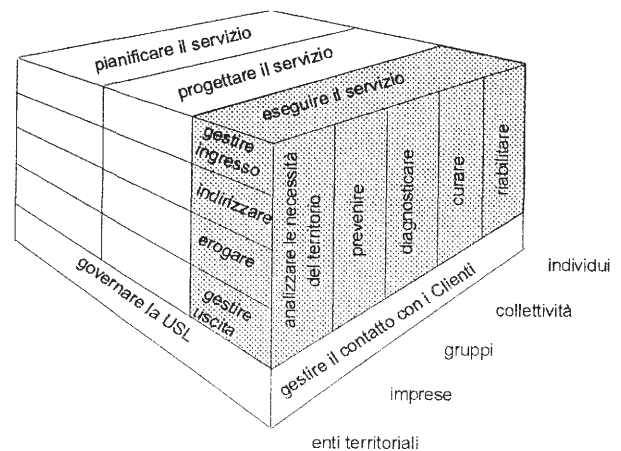
miliarizzazione del linguaggio e delle metodiche, quindi ha proceduto attraverso analisi e discussioni all'individuazione delle opportune soluzioni. Obiettivo primario non è stato il raggiungimento di risultati operativi ma la creazione di una mentalità e predisposizione verso la Qualità capace di generare risultati duraturi e di perpetuare l'attività nel tempo, anche dopo il primo momento di entusiasmo iniziale.

Un primo gruppo ha operato intorno all'impostazione generale del Progetto ed alla realizzazione di un'analisi conoscitiva dell'ambiente attuata mediante interviste strutturate e questionari proposti a dirigenti e dipendenti.

Un altro gruppo ha affrontato la fase più complessa di individuazione di un modello dei processi dell'USL che potesse rappresentare tutto ciò che avviene in un'organizzazione così articolata.

## La prima fase

È stato proposto un primo modello ad alto livello che rappresenta sia la dimensione progettuale, sia quella operativa, sia quella relativa ai percorsi attraversati dagli utenti.



Successivamente il modello è stato meglio focalizzato sui processi che più da vicino rappresentano le operazioni dell'USL:

— Prevenire situazioni di rischio o danno sanitario e ambientale.

— Prestare assistenza di base.

— Fornire prestazioni diagnostiche e specialistiche ambulatoriali.

— Prestare assistenza ospedaliera.

— Intervenire in situazioni di emergenza.

A questi processi sanitari si affiancano processi interni che garantiscono il funzionamento dell'organizzazione:

— Gestire le risorse umane

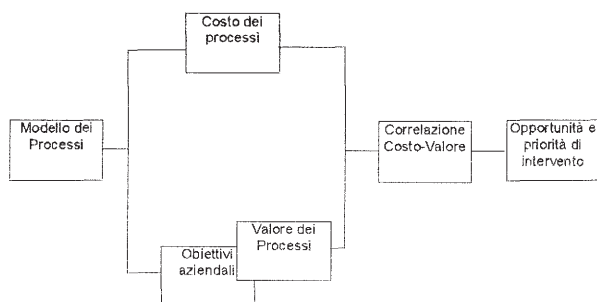
- Gestire le risorse strumentali
- Gestire le informazioni
- Gestire gli aspetti finanziari.

Caratteristica importante di questi processi è la trasversalità rispetto ai Servizi Istituzionali che costituiscono organizzativamente la USL. Alcune attività riguardano infatti diversi centri appartenenti a strutture sanitarie non sempre tra loro coordinate e collegate.

Amministrare la USL	
Prevenire	Gestire le risorse umane
Fornire assistenza di base	
Fornire prestazioni diagnostiche e specialistiche	Gestire le risorse strumentali
Intervenire in Emergenza	Gestire le informazioni
Fornire assistenza ospedaliera	Gestire gli aspetti finanziari

Individuati i maggiori processi di funzionamento dell'USL, i loro contenuti e i relativi confini, si è reso necessario poter individuare delle iniziative di miglioramento ma soprattutto attribuire delle priorità a queste iniziative.

Semplificazione dei Processi Aziendali  
"6 Step"



Seguendo il percorso di una metodologia sperimentata con successo in molti ambiti aziendali (la metodologia di Semplificazione dei Processi Aziendali nota anche come « 6 Step » dal numero dei moduli che la compongono (4), si è preceduto, dopo l'individuazione dei processi, a valutare la struttura complessiva delle risorse utilizzate da queste attività per produrre i relativi risultati.

Sono state analizzate, pertanto, tutte le componenti di costo delle singole attività al fine di ottenere un indice di consumo delle risorse per ciascuno dei processi. Il lavoro effettuato è consistito nella realizzazione di un modello di riclassificazione dei costi e della loro attribuzione ai processi anziché ai centri di costo o di responsabilità.

In questa fase sono state individuate le classi di costo fondamentali elaborandole dai principali capitoli della contabilità per centri di costo dell'USL:

- il Personale dipendente;
- le Convenzioni;
- gli Ammortamenti;
- i Beni di consumo;
- i Servizi acquistati.

La metodologia consente e propone di valutare anche elementi di costo non sempre e non direttamente monetizzabili come:

- l'insoddisfazione dei clienti;
- l'inefficienza dovuta a scarsa qualità;
- la performance nei confronti delle aspettative dei clienti.

Il terzo modulo della metodologia prevede, successivamente, che si attribuisca un valore ai processi valutando il relativo contributo al conseguimento dei risultati aziendali. Si è resa necessaria, pertanto, una ricognizione degli obiettivi ed una loro chiara definizione:

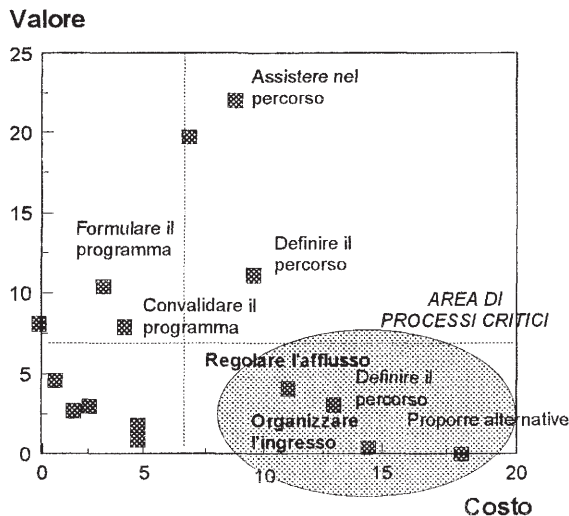
- far percepire l'eccellenza dei servizi erogati;
- migliorare l'immagine;
- equilibrare l'impegno delle risorse finanziarie;
- mantenere i livelli assistenziali;
- fornire assistenza sanitaria in modo efficace;
- sviluppare e qualificare i servizi;
- aumentare negli operatori il senso di appartenenza all'organizzazione.

Questa attività ha richiesto diversi momenti di discussione, necessari per chiarire gli obiettivi e per attribuire ai processi il loro valore in relazione agli obiettivi. Risultato non secondario da sottolineare è stata la possibilità di interpretare meglio l'orientamento dell'Unità sanitaria locale e omogeneizzare tra i responsabili delle diverse attività la reciproca visione del cammino aziendale.

La correlazione tra il costo ed il valore dei processi consente infine di rappresentarli su un piano suddiviso in quattro settori:

- l'area dei processi ad alto costo e basso contributo ai risultati: su questi processi è sicuramente prioritario intervenire per limitare il consumo di risorse o per riallineare i risultati agli obiettivi;
- l'area a basso costo ed alto valore: su questi processi occorre considerare se l'investimento di risorse risulta adeguato al ritorno di cui queste attività sono potenzialmente capaci;
- l'area ad alto costo ed alto valore che occorre continuamente bilanciare;
- l'area a basso costo e basso valore i cui processi potrebbero essere obsoleti o estranei ai fini ultimi dell'azienda.

**Matrice delle Priorità e delle Opportunità**

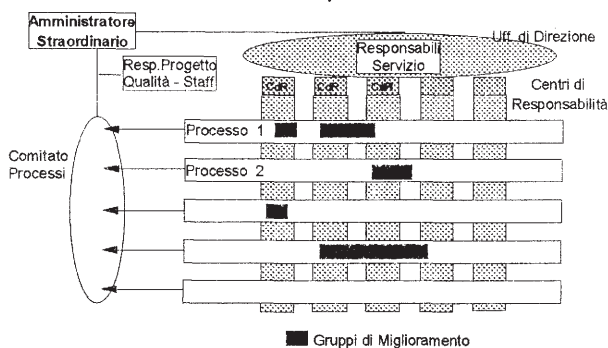


Utilizzando questo strumento di lettura della realtà aziendale, il comitato manageriale, l'Ufficio di Direzione dell'USL, può assumere decisioni strategiche sull'assetto futuro dell'azienda sanitaria.

Le decisioni riguardano l'attivazione di progetti di miglioramento che vengono affidate a strutture stabili di supervisione dei processi: un Comitato Processi costituito dai Responsabili di Processo scelti tra i Responsabili di Servizio, ed i Gruppi di miglioramento costituiti da esperti dei singoli processi allo scopo di realizzare l'innovazione.

La responsabilità su di un processo trasversale rispetto ai servizi consente ai componenti del Comitato Processi di confrontarsi più frequentemente tra di loro e comunque di mantenere l'attenzione su tutti i processi in modo collegiale.

**Il funzionamento del "sistema di processi"**



In base all'analisi effettuata rispetto ai costi ed al valore dei processi, sono emerse, come aree prioritarie quelle

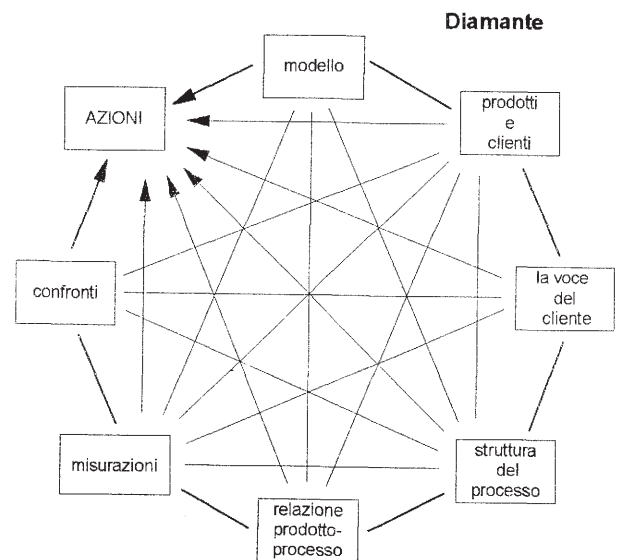
di gestione dell'accesso dei cittadini ai servizi, quindi sono state scelte per le prime attività di analisi e ricerca di innovazione:

- l'accesso alle Prestazioni Diagnostiche e Specialistiche;
- l'accesso all'Ospedale dal Pronto Soccorso.

**La seconda fase**

Sulle aree risultate prioritarie sono stati attivati altrettanti gruppi di lavoro che hanno preceduto all'analisi di processi, alla loro misurazione ed alla progettazione di interventi specifici di trasformazione.

La metodologia di analisi e di realizzazione del cambiamento su queste aree di attività dell'USL si basa su uno schema a 8 moduli denominato « Diamante » che consente di attivare iniziative di analisi della situazione di partenza improntate sulla misurazione e rappresentazione dei fenomeni, e di realizzare il disegno delle nuove modalità di approccio con attenzione primaria alle aspettative ed ai giudizi del cliente. Ogni iniziativa di analisi ed di misurazione del processo può dare origine ad azioni di trasformazione delle attività improntate alla logica del miglioramento continuo o dell'innovazione radicale. Tra gli strumenti disponibili con la metodologia si trovano la modellazione statica e la simulazione dinamica del processo, i fondamenti della statistica per il trattamento delle misure e tecniche di benchmarking che consentono di generare azioni di miglioramento a partire dai risultati di un confronto analitico con processi simili.



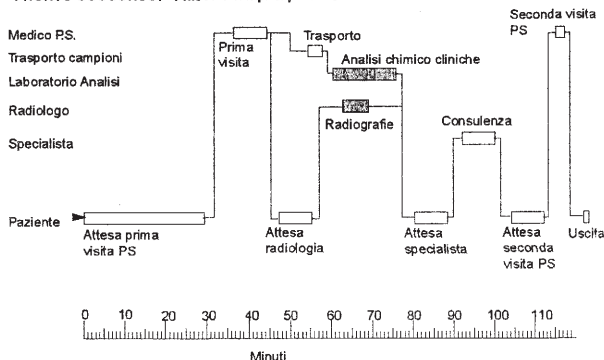
Ad esempio, per quanto riguarda il settore delle prestazioni diagnostico-specialistiche sono state effettuate

misurazioni dettagliate sulle attività al fine di valutare il fenomeno delle liste di attesa per visite ed esami. Inoltre, per meglio adeguare il processo alle esigenze dell'utenza, è stato eseguito un sondaggio a campione presso gli utenti del servizio di prenotazione, allo scopo di sondare l'atteggiamento verso innovazioni come la prenotazione telefonica, la consegna dei referti a domicilio e la distribuzione in diverse località degli uffici di prenotazione.

Per quanto concerne, invece, il processo di intervento in emergenza, è stato analizzato e misurato tutto il percorso, dalla presentazione al Pronto Soccorso alla decisione di una destinazione, passando attraverso consulenze specialistiche, esami clinici, interventi medici specifici.

Mediante un'opportuna metodologia ed uno strumento di rappresentazione originale (5), il processo è stato analizzato sotto il profilo temporale per identificare, tra tutti i passaggi, quelli in cui il paziente è costretto a lunghe e disagiate attese che non aggiungono valore al trattamento sanitario.

PRONTO SOCCORSO: Flusso e tempi di processo



In base all'analisi effettuata, sono state assunte decisioni che riguardano la logistica del servizio, l'attribuzione di risorse infermieristiche e mediche, la relazione di collaborazione con gli altri reparti ospedalieri.

## Conclusione

Il Progetto Qualità, attivato a alcuni mesi, alla data ha visto, finora, il coinvolgimento di circa 200 persone toccate da diverse iniziative di formazione. Cinque gruppi di specialisti e responsabili di settore o servizio sono coinvolti in attività di analisi di processo e nella realizzazione di iniziative di trasformazione. Il livello di collaborazione e di confronto tra esperti provenienti da di-

versi servizi è molto elevato e le riunioni producono risultati di alto contenuto tecnico e organizzativo.

I progetti attivati riguardano:

- l'area di attività della prenotazione delle prestazioni specialistiche, nella quale si sta provvedendo anche ad una informatizzazione che snellisca il compito degli operatori, velocizzi le operazioni per gli utenti, ponga le basi per l'accettazione di prenotazioni telefoniche ed infine consenta di controllare, meglio e continuamente, il processo, attraverso misurazioni e valutazioni;

- l'effettuazione delle visite e degli esami, allo scopo di razionalizzare l'utilizzo delle strutture e consentire un recupero sui tempi di attesa;

- la distribuzione dei referti, con la possibilità di recapitarli a domicilio e/o concentrare la distribuzione in luoghi più facilmente accessibili;

- la gestione del Pronto Soccorso, dove si ricerca la possibilità di ridurre l'impatto delle attese da parte dei cittadini che accedono in situazione di emergenza. Si studia, inoltre, l'eventualità di strutturare soluzioni alternative all'accesso ospedaliero per le urgenze sanitarie;

- alcuni interventi nelle aree amministrative, per meglio supportare le attività sanitarie.

Il prossimo periodo prevede che vengano realizzate altre soluzioni già individuate sui processi prioritari. L'attività dei gruppi, istituiti per realizzare i progetti, non si esaurisce con la fase progettuale: l'approccio scelto è stato, al contrario, quello di un presidio continuo dei processi, con una loro costante misurazione ed una continua ricerca di soluzioni migliorative sia nei confronti dell'efficienza organizzativa e della riduzione dei costi, sia per quanto riguarda la ricerca della soddisfazione dei clienti-utenti.

In tutte le fasi del Progetto sono state e rimangono fondamentali ed indispensabili la motivazione ed il sostegno dei dirigenti che hanno sempre assicurato presenza e contributi decisionali determinanti.

## BIGLIOGRAFIA

- (1) ATTI DEL CONVEGNO, *La Qualità Totale nei Servizi sanitari*. Reggio Emilia, 10 dicembre 1992.
- (2) Delibera n. 105 del 13 luglio 1992 per l'attivazione del Progetto Qualità USL 9.
- (3) ATTI DEL CONVEGNO INTERNAZIONALE, *L'azienda sanità*. Bologna, ottobre 1986.
- (4) BERCHI R., FONTANAZZA M., *La semplificazione dei processi aziendali*. ETAS libri, febbraio 1991.
- (5) LANZA C., *Time-Charts*. Rivista di Meccanica Internazionale. ETAS periodici, dicembre 1992.



# CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE ISTITUTO DI STUDI SULLE REGIONI

INCONTRO DI STUDIO

## Concorrenza e servizi sanitari nazionali

25 maggio 1994

*Consiglio Nazionale delle Ricerche - « Aula Marconi »  
Roma, P.le Aldo Moro, 7 - ore 9,30*

Molti paesi occidentali stanno oggi riorganizzando i propri sistemi sanitari, spesso attraverso l'introduzione di meccanismi pro-competitivi. Obiettivi delle riforme sono una maggiore soddisfazione delle esigenze dei pazienti ed il miglioramento della qualità dell'assistenza, nonché l'aumento dell'efficienza, nel quadro di una politica di contenimento della spesa.

È ancora presto per valutare gli effetti delle riforme. Anche nel caso del Servizio sanitario nazionale italiano, sono ancora incerte le conseguenze derivanti dall'applicazione del decreto legislativo n. 502 del 1992 e delle sue recenti modifiche, anche in relazione all'evoluzione del quadro politico nazionale.

Nell'organizzare questo seminario sulla concorrenza nella sanità, l'Istituto di studi sulle Regioni vuole contribuire al dibattito sul nuovo modello di servizio sanitario in via di attuazione in Italia. Il seminario affronta tali problematiche sotto il profilo economico-finanziario, tenendo conto dello stato dell'arte in materia di concorrenza nella sanità e delle esperienze di altri paesi.

### Programma

ore 09,30 *Registrazione dei partecipanti*  
ore 10,00 *Apertura dei lavori*  
ore 11,30 *Coffèe break*  
ore 13,30 *Interruzione dei lavori*  
ore 14,30 *Prosecuzione dei lavori*  
ore 18,30 *Chiusura dei lavori*

### LE RELAZIONI

#### **Modelli concorrenziali e riforme dei sistemi sanitari: una prospettiva internazionale**

Antonio Bariletti - Università di Firenze

#### **Modelli relazionali tra i servizi sanitari nazionali e i fornitori di prestazioni**

George France - Istituto di studi sulle Regioni - C.N.R. Roma

#### **La concorrenza nel settore ospedaliero**

Marco Meneguzzo - Ce.R.G.A.S. - Università « L. Bocconi » - Milano

#### **Il ruolo del medico di base in un mercato interno sanitario**

Piervincenzo Bondonio - Università di Torino

#### **Concorrenza e negoziazione fra assicurazioni e S.s.n.**

Vittorio Mapelli - Istituto di economia sanitaria - Milano

#### **Pluralismo di erogazione e livelli uniformi di assistenza**

Nerina Dirindin - Università di Torino

#### **Concorrenza ed equità nella sanità**

Elena Granaglia - Università di Roma « La Sapienza »

#### **Regime tariffario e regolazione degli scambi tra enti sanitari**

Franco Rossi - Istituto di economia sanitaria - Milano

#### **La questione finanziaria nell'evoluzione del S.s.n. 1980-92**

Ernesto Veronesi - Studio Veronesi - Vignola, Modena

#### **Concorrenza e Servizio sanitario nazionale: un'agenda per la ricerca scientifica dei prossimi anni**

Severino Sterpi - Università Cattolica Sacro Cuore - Milano

Coordinerà i lavori: Mario Rey - Università di Torino

*Segreteria organizzativa: Stefania Calisi e Milena Gugliemi - tel. 06/3216061-3-9*

*Istituto di Studi sulle Regioni - C.N.R.: Lungotevere delle Armi, 22 - 00195 Roma - tel. 06/3216061-3-9 - fax 06/3216071*

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

## RECENSIONI

S. Longhini, A. Boezio,  
D. Vignotti  
*Andersen Consulting*

**La sanità italiana  
in un'Europa che cambia**

Sole 24 Ore ed., 1994  
pp. 168

« La sanità italiana in un'Europa che cambia » presenta i risultati relativi alla realtà italiana, emersi dalla ricerca « The future of Healthcare in Europe » che Andersen Consulting ha condotto in collaborazione con Burston Marsteller.

Lo studio, condotto su un campione di circa 3.000 esperti del settore tra amministratori pubblici, direttori di ospedale, medici, infermieri, dirigenti di compagnie di assicurazione e di case farmaceutiche di 10 paesi europei, ha l'obiettivo di anticipare le sfide future e i cambiamenti previsti per coloro che operano nel settore sanitario.

Per anni i servizi sanitari nazionali ed i governi dei paesi europei hanno cercato con difficoltà di far fronte a due necessità apparentemente inconciliabili: da un lato, costanti pressioni per offrire ai cittadini un'assistenza sanitaria sempre più qualificata; dall'altro, l'imperativo di mantenere i costi ad un livello accettabile sia per lo stato che per i contribuenti.

Conciliare qualità e contenimento dei costi è la grande sfida che si prospetta per il sistema sanitario italiano e per i sistemi sanitari di tutti i paesi industrializzati.

Alcune delle previsioni emerse dallo studio e analizzate nel libro sono:

— Progressiva decentralizzazione della gestione delle attività clinico-sanitarie con un contestuale aumento dell'autonomia delle USL e degli ospedali, e una loro maggior specializzazione.

Gli ospedali rafforzeranno la loro posizione competitiva implementando programmi mirati a ridurre i costi e a incrementare la qualità dei servizi erogati. Le strategie cui si farà ricorso per il raggiungimento di tali obiettivi prevedono politiche mirate a promuovere maggiore efficienza, l'attuazione di progetti di « reingegnerizzazione » dei processi ospedalieri e investimenti in tecnologie informatiche.

— Ulteriore crescita della spesa sanitaria a ritmi superiori rispetto ai tassi di inflazione ed agli indici di crescita economica.

Questo viene spiegato soprattutto dalla mancanza di una risposta adeguata da parte delle autorità di Governo alle forti pressioni che i sistemi sanitari dovranno affrontare, quali il generale invecchiamento della popolazione, la variazione del mix di patologie, le maggiori aspettative da parte del cittadino e l'innovazione tecnologica.

— Diminuzione della quota di spesa sanitaria a finanziamento pubblico e aumento del contributo delle assicurazioni private.

Questo è spiegato in parte dal fatto che, soprattutto in Italia, i cittadini non sono disposti ad accettare un ulteriore aumento della pressione fiscale e contributiva per finanziare il sistema sanitario pubblico. Di conseguenza una parte di cittadini dovrà sostenere maggiori costi diretti a fronte di esigenze sanitarie particolari, contri-

buire in modo significativo alle spese specialistiche e usufruire di minori sovvenzioni al momento dell'acquisto di determinati prodotti farmacologici.

Il libro, oltre a indicare le strategie e i provvedimenti operativi che potranno essere adottati in Italia e nei vari paesi europei nel prossimo quinquennio, approfondisce temi specifici quali: l'organizzazione e la gestione ospedaliera, il finanziamento delle strutture e il controllo dei costi, la qualità dei servizi ospedalieri, l'impatto delle tecnologie informatiche e il coinvolgimento della CEE nelle problematiche sanitarie.

Strutturato in modo da guidare il lettore lungo un percorso logico, il libro dapprima descrive le pressioni che il sistema sanitario italiano e quelli dei paesi europei dovranno affrontare nel breve periodo. Successivamente analizza le probabili strategie che le autorità di Governo attueranno per contrastare le problematiche emergenti; e in ultimo esamina le implicazioni e le nuove responsabilità che si proporranno agli operatori in un contesto caratterizzato da forti mutamenti.

Il libro affronta inoltre l'impatto che le tecnologie informatiche avranno sulle modalità di erogazione dei servizi sanitari. Vantaggi significativi in termini di supporto al processo decisionale e ai processi operativi amministrativi e clinico sanitari sono infatti attesi dall'utilizzo di sistemi informativi.

L'esigenza di avere accesso ai dati sanitari determinerà la diffusione di una nuova generazione di reti informatiche che consentiranno il collegamento tra i diversi reparti ospedalieri, la condivisione di informazioni tra il personale sanitario e l'identificazione delle cure più idonee da erogare al paziente.

Il capitolo conclusivo del libro affronta invece il futuro ruolo della CEE in ambito sanitario, sottolineando l'importanza di un intervento comunitario per quanto riguarda la definizione di standard comuni per la valutazione della qualità dei servizi erogati, l'armonizzazione delle tecnologie informatiche utilizzate e le attività di formazione e addestramento professionali.

In allegato viene descritta la metodologia seguita nel condurre il progetto.

Lo studio ha coinvolto l'Italia insieme con Benelux, Danimarca, Francia, Norvegia, Olanda, Regno Unito, Spagna e Svezia, è stato sviluppato attraverso tre fasi: un questionario compilato da 2.750 esperti nel campo sanitario; un'analisi della specifica realtà di ciascun paese partecipante all'indagine a cura di un panel nazionale di esperti; un'ulteriore analisi svolta da un panel internazionale, che ha preso in esame quanto emerso complessivamente a livello europeo.

Nel libro viene proposto il confronto tra quanto emerso tra gli esperti italiani e quanto emerso a livello europeo. In allegato sono inoltre descritte tramite schede di sintesi, le specifiche realtà dei vari paesi europei.

a cura di Livio Garattini

**Il Servizio sanitario  
inglese: organizzazione,  
servizi, finanziamento**

Kailash editore, 1993,  
pp. 239, Lire 32.000

Il problema di approfondire la conoscenza dei servizi sanitari stranieri, allo scopo di giungere ad una migliore comprensione del proprio sistema e di apportarvi opportuni correttivi, è di carattere generale e riguarda un po' tutti i paesi.

Il libro si colloca in questo contesto, con l'obiettivo esplicito di colmare una carenza di conoscenze su un sistema sanitario straniero di importanza rilevante per quello italiano: il « National Health Service » britannico (NHS). I motivi per cui quest'ultimo viene utilizzato come termine di riferimento per il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono molteplici. In particolare si tratta anche in questo caso di un servizio pubblico, ma con una storia decisamente più lunga e con un'ottima reputazione a livello internazionale. Il NHS è senza dubbio il sistema estero più spesso citato come riferimento nell'ambito delle riforme del nostro SSN.

Nel presentare il piano del lavoro, va sottolineato che la sua stesura è stata notevolmente condizionata dalle modalità di revisione del NHS, caratterizzate (in modo tipicamente inglese) dall'introduzione di continue riforme settoriali suggerite da analisi criti-

che di specifici problemi piuttosto che da riforme radicali come nel caso italiano; fa eccezione in tal senso solamente l'ultimo periodo, caratterizzato dalle riforme « thatcheriane ».

La prima parte, dedicata al quadro istituzionale, inizia con alcuni cenni storici sul NHS e fornisce, in particolare, una breve, ma esaustiva, sintesi del sistema esistente nel suo complesso; il periodo analizzato si estende fino alla fine degli anni '70.

Vengono anche descritti la struttura organizzativa e i meccanismi operativi del sistema riferiti alla fase immediatamente precedente alle radicali riforme degli ultimi anni; tale fase è caratterizzata dal tentativo di introdurre un approccio manageriale alla gestione del NHS. L'analisi continua con l'indicazione dei cambiamenti istituzionali previsti dalle ultime riforme e con il dibattito teorico suscitato dalle stesse.

Vengono infine analizzate le principali differenze del NHS inglese rispetto a quelli delle altre nazioni appartenenti al Regno Unito (Scozia, Galles e Irlanda del Nord).

L'esame del NHS si sposta poi dal versante formale a quello operativo. Vengono analizzati in dettaglio, sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo, i principali servizi erogati dal NHS: medicina di base, assistenza specialistica, assistenza ospedaliera. Tale descrizione è preceduta da una breve descrizione del percorso formativo previsto per i ruoli sanitari, fattore critico fondamentale per meglio comprendere le principali differenze fra il sistema italiano e quello britannico. Di particolare interesse risulta essere, per quanto riguarda la medicina di base, la possibilità per alcuni medici di avere a disposizione un budget per la copertura delle spese riguardanti il personale ausiliario e la struttura utilizzati dal medico, alcuni servizi ospedalieri erogati, gli assistiti e le prescrizioni farmaceutiche. Si tratta di un metodo originale che mette in contrapposizione gli interessi economici dei medici di base con quelli degli altri attori che spingono verso un'iperprescrizione (pazienti ansiosi, industria farmaceutica, altri professionisti sanitari).

Vengono inoltre illustrate sinteticamente le caratteristiche principali dell'altro ambito di erogazione dell'assistenza sanitaria nel Regno Unito: il settore privato.

La descrizione del sistema sanitario si conclude con un'analisi della gestione finanziaria, svolta seguendo i flussi dei fondi che alimentano il funzionamento del NHS. Dapprima vengono illustrate le fonti di entrata, poi i criteri e le modalità di ripartizione delle risorse a livello territoriale, infine la dinamica della spesa nelle sue diverse articolazioni.

Diversi fattori concorrono a mostrare come complessivamente la gestione finanziaria sia migliore in Inghilterra di quanto sia in Italia: l'uso limitato dei ticket, utilizzati semplicemente per rendere il cittadino consapevole dei costi delle prescrizioni farmaceutiche, la più efficiente allocazione delle risorse sul territorio, grazie anche al fatto che il potere centrale del sistema inglese è reale; il livello contenuto della spesa complessiva sul PIL rispetto agli altri paesi industrializzati.

Le conclusioni, infine, sono dedicate ad un confronto fra il NHS inglese e il SSN italiano per verificare quali siano le possibili lezioni da trarre dal modello inglese per il nostro sistema; l'analisi comparativa viene effettuata tenendo distinti gli argomenti trattati nelle diverse parti in cui il libro è articolato di due brevi capitoli. La pubblicazione, è completata da un'appendice composta. Il primo analizza l'assistenza territoriale, cioè l'insieme dei cosiddetti « servizi di comunità », molti dei quali erogati di concerto con i servizi socio-assistenziali. Il secondo descrive sinteticamente lo « stato di salute » della popolazione inglese sotto il profilo epidemiologico, effettuando alcuni confronti con la situazione italiana. Il libro si può considerare un utile strumento di lavoro per tutti coloro che sono interessati alle recenti riforme che interessano il nostro SSN e si sono ispirate a quelle inglesi: utenti, operatori, esperti e studenti. Si tratta infatti della prima pubblicazione completa sull'argomento, frutto di un'analisi bibliografica e « sul campo », durata più di due anni da parte degli autori (tutti ricercatori del CESAV dell'Istituto M. Negri).

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

G. GUERRA

**Psicosociologia  
dell'ospedale**

La nuova Italia  
Scientifica,  
Roma, 1993,  
pag. 175, L. 26.000

*Il sistema sanitario e l'ospedale in particolare sono investiti da un processo di cambiamento determinato da una pressione sociale e politica molto forte. Da una parte le preoccupazioni di ordine economico, che richiamano ad una razionalizzazione del sistema, dall'altra un diffuso allarme intorno alle capacità di risposta ai bisogni di salute rendono il cambiamento inevitabile. Tuttavia, se le finalità sembrano chiare e sufficientemente condivise, meno chiari sono i processi di sviluppo e soprattutto appare difficile affrontare le resistenze che sorgono di fronte alle prospettive di cambiamento. Appare pertanto necessario approfondire la riflessione proprio sulle ragioni di queste resistenze. A partire dall'analisi del sapere medico, il libro rivisita i tipici problemi organizzativi e di gestione del personale, cercando di leggere la direzione e il senso delle resistenze ai cambiamenti.*

*La medicina procede da tempo su basi sempre più « industrializzate », meccaniche, il che rende i medici spesso più simili a degli scrupolosi ingegneri del corpo che a « mediatori » di fatti naturali e clinici, attenti alla dimensione umana dell'ammalarsi. Ma anche il paziente non è esente da « colpe », spesso finisce per porsi come antagonista del medico con una propria cultura medica da contrapporre. È importante comprendere quindi, quali sono le regole del rapporto medico-paziente oggi. Queste regole le hanno costruite a volte i medici e gli ammalati e spesso i legislatori. Per questo il libro è stato scritto da due medici e un avvocato. Dove per ogni argomento vengono forniti, in modo completo e critico, i riferimenti clinici e normativi, a volte proponendo l'intero testo di legge.*

P. MARIOTTI  
G. MASARAKI, R. RIZZI

**I diritti dei malati**

Giuffrè, Milano, 1993  
pag. 323, L. 34.000

CRESA

**Aspetti economici  
della demenza senile**

Franco Angeli  
Milano, 1993  
pag. 127, L. 18.000

*Malattia generalmente a decorso lento, caratterizzata da diversi stadi di progressione e molteplicità eziologica, la demenza senile non ha mai trovato la giusta considerazione. Lo studio sviluppato dal Cresa mette in luce, nei limiti posti dalla scarsa disponibilità di informazioni epidemiologiche ed economiche a livello nazionale, come in Italia il fenomeno « demenza senile » sia rappresentabile come un iceberg, la cui parte sommersa è di gran lunga superiore a quella nota anche agli addetti ai lavori. Il lavoro fornisce un concreto contributo di chiarimento e riflessione, evidenziando l'importanza delle singole voci di costo collegate alla demenza, e in particolare, del ricovero in strutture protette e dell'assistenza domiciliare, ivi compresa quella svolta dai familiari.*

G. FINZI  
(a cura di)

**Le infezioni ospedaliere**

Ed. Sorbona  
Milano, 1993  
pag. 401, L. 58.000

*Le infezioni ospedaliere rappresentano un importante problema per tutta la collettività e in particolare per tutti coloro che operano in ospedale, per gli utenti e per gli amministratori, in quanto rappresentano oneri aggiuntivi sia sul piano umano (sofferenze malato) sia sul piano economico (aumento dei tempi di ricovero, aumento del consumo di farmaci e presidi) che sul piano della responsabilità giuridica. L'obiettivo di questo libro è di riunire tutte le informazioni più complete ed aggiornate in tema di prevenzione delle infezioni ospedaliere. Nel testo vengono affrontati in maniera organica argomenti quali: la pulizia, la disinfezione, l'antisepsi e la sterilizzazione in ospedale, ritornati di attualità anche per il ricorso sempre più frequente agli appalti a ditte esterne.*

*Il problema del controllo della spesa sanitaria si pone al centro dell'interesse dei politici, degli amministratori, dei medici e in generale dell'opinione pubblica. Il dibattito in corso è focalizzato a definire quali siano i criteri e le tecniche gestionali più appropriati per raggiungere l'obiettivo di un più puntuale contenimento e di una migliore qualificazione della spesa sanitaria. In questo contesto il sistema DRG rappresenta uno dei metodi più collaudati di classificazione e di misurazione dell'attività del prodotto ospedaliero e quindi costituisce un valido strumento per la razionalizzazione della programmazione sia a livello istituzionale (Stato, Regione) sia aziendale (singolo ospedale). Obiettivo di questo libro è quello di inserirsi nel dibattito in atto apportando un contributo di approfondimento critico e costruttivo in alcune tematiche principali ed in alcuni aspetti topici del problema relativo all'applicabilità del sistema DRG in Italia.*

R. MAZZUCCONI,  
P. MICOSSI, G. ZOPPEI

**Il Sistema DRG**

Ed. Corriere Medico  
Milano, 1993  
pag. 194, L. 36.000

S. CIAFFANELLI,  
L. D'ADDIO

**Guida per l'operatore tecnico addetto all'assistenza**

La Nuova Italia  
Scientifica  
Roma, 1993  
pag. 264, L. 32.000

*L'avvento del Welfare State ha sancito il riconoscimento dell'intervento pubblico sui bisogni privati e nel corso di questi anni sono state ideate, formate e sperimentate molte figure effettivamente in grado di rispondere alle più diverse richieste di assistenza, tra queste l'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA). A questo nuovo attore sociale spettano compiti estremamente delicati ed essenziali per il benessere dei malati che per le più svariate ragioni non ricevono le cure necessarie dal gruppo, sia a domicilio che all'interno delle strutture socio-sanitarie. Questo libro contiene il supporto necessario per affrontare professionalmente l'accudimento all'altro.*

*Nell'evoluzione possibile ed auspicabile del sistema dei servizi verso un assetto di rete rimane confermata l'importanza e l'insostituibilità della funzione di ricovero e cura come componente essenziale di un sistema di offerta che prevede e richiede un'articolazione dei servizi sul territorio, secondo dimensioni, specializzazioni e modalità gestionali e organizzative diversificate. L'ospedale appare infatti al centro di un processo evolutivo che lo vede da un lato trasformarsi da luogo della carità e dell'assistenza a luogo della scienza e della cura intensiva e, dall'altro, da punta di diamante di un sistema piramidale a polo importante — ma non unico — di un sistema a struttura reticolare.*

CENSIS

**Il futuro dell'ospedale**

Franco Angeli  
Milano, 1993  
pag. 000, L. 35.000

C. RUTA

**Sanità  
e Management**ETAS libri  
Milano, 1993  
pag. 185, L. 35.000

*L'autore raccoglie e sviluppa in questo testo i concetti chiave del suo pensiero: il paziente come « core » del sistema, da atto medico a processo di cura, da strutture divisionali a modulari, dall'organizzazione verticale alle product lines, controllo di processo on line e information technology, dal case mix al case management, superamento del DRG — dai Diagnosis Related Groups ai Process Related Groups — dal Cost accounting al Cost management.*

*Questo dossier su « Farmacopoli » prende le mosse dalla perizia ordinata dal pretore Guariniello sulla pericolosità di alcuni farmaci per poi passare ad illustrare il funzionamento del sistema farmaceutico mettendone in evidenza i vizi palesi e occulti. L'autore non si limita alla denuncia, ma avanza una proposta organica che tiene conto dei cambiamenti in atto.*

I. CAVICCHI

**Leggere attentamente  
le avvertenze. Proposte  
per una nuova politica  
del farmaco**EDIESSE, Roma, 1994,  
pag. 158, L. 14.000



## SPOGLIO RIVISTE

### **Struttura e organizzazione dei sistemi sanitari**

MILLER E.M., ZUCHERMAN S., GATES M.  
*How do Medicare Physician Fees Compare with Private Payers?*  
Health Care Financing Review, 1993, 14(3): 25-39

MELE E.  
*Rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e direttore sanitario della USL. La disciplina della dirigenza e il rapporto di lavoro del personale dipendente*  
Sanità Pubblica, 1993, 8/9: 1063-1074

BRAITHWAITE J.  
*Defining excellence in Health Service Management: evidence from an international study*  
International J. of Health Planning and Management, 1993, 8: 5-23

SKOCPOL T.  
*Is the time Finally Ripe? Health insurance Reforms in the 1990s*  
Journal of Health Politics, Policy and Law, 1993, 18(3): 531-550

MORONE J.M.  
*The Health care bureaucracy: small changes, big consequences*  
Journal of Health Politics, Policy and Law, 1993, 18(3): 723-740

MALLET J.O., CHAPERON J, WEBBER D.  
*La maîtrise des dépenses dans le système de santé allemand: le secteur ambulatoire*  
Journal d'Economie Medicale, 1993, 5(11): 265-279

CONTANDRIPOLUOS A.P., CHAMPAGNE F., BARIS E.  
*La remuneration des professionnels de santé*  
Journal d'Economie Medicale, 1993, 7/8(11): 405-421

KBERSTEIN W.  
*Reform & Reaction*  
Pharmaceutical Executive, 1993, 12(13): 40-70

HOLAHAN J., ZUCHERMAN S.  
*The future of Medicare volume performance standards*  
Inquiry, 1993, 3(30): 235-248

MAARSE H., ROOIJAKKERS D., DUZIJN R.  
*Institutional responses to Medicare's prospective payment system*  
Health Policy, 1993, 25: 255-270

FARRAR S.  
*NHS reforms and resource management: writer the hospital?*  
Health Policy, 1993, 26: 93-104

### **Valutazione economica delle attività sanitarie**

GILLIS K, WILLKE R., REYNOLDS R.  
*Assessing the validity of the geographic practise cost indexes*  
Inquiry, 1993, 3(30): 265-280

HAILEY D.  
*The influence of tecnology assessments by advisory bodies on Health Policy and practice*  
Health Policy, 1993, 25: 243-254

AMENT A., EVERS S.  
*Cost of illness studies in Health Care: a comparison of two cases*  
Health Policy, 1993, 26: 29-42

COYLE D., DRUMMOND M.  
*Does expenditure on pharmaceuticals give good value for money?: current evidence and policy implications*  
Health Policy, 1993, 26: 55-75

- LOWELL-SMITH E.  
*Alternative forms of ambulatory care: implications for patients and physicians*  
Social Science & Medicine, 1994, 2(38): 275-283
- FINKLER M.D., WIRTSCHAFTER D.D.  
*Cost-effectiveness and data envelopment analysis*  
Health Care Management Review, 1993, 3(18): 81-88
- Adult Day Health Care Evaluation Study*  
Supplement Sept. 1993, Medica Care, 9(31)
- LETSCH S., LAZENBY H., LEVIT K., COWAN C.  
*National Health expenditures, 1991*  
Health Care Financing Review, 1992, 2(14): 1-31
- Gestione dei servizi sanitari**
- LANGEWELL K.  
*Price Controls: On the One Hand... And on the Other*  
Health Care Financing Review, 1993, 3(14): 5-10
- GOLD M., CHU K., FELT S., HARRINGTON M., LAKE T.  
*Effects of Selected Cost-Containment Efforts: 1971-1993*  
Health Care Financing Review, 1993, 3(14): 183-226
- ROGAL D.L., GAUTHIER A.K., BARRAND N.L.  
*Managing the Health Care System Under a Global Expenditure Limit: a Workshop Summary*  
Inquiry, 1993, 30: 318-322
- CAREY K., STEFOS T.  
*Measuring impatient and outpatient costs: a costfunction approach*  
Health Care Financing Review, 1992, 2(14): 115-124
- NEWMAN K., COWLING A.  
*Management Education for Clinical Directors: an Evaluation*  
Journal of Management in Medicine, 1993, 5(7): 27-35
- SCHULTZ R., GIRARD C., ENIKEEV I., HARRISON S., XIEMIN M.  
*Management and Psychiatrists' job satisfaction: evidence from England, Germany, the Former USSR and China*  
Journal of Management in Medicine, 1993, 6(7): 40-56
- MARK A.  
*Researching the Doctor Manger Choosing Valid Methodologies*  
Journal of Management in Medicine, 1993, 4(7): 52-59
- AGOSTINI A.  
*SerT: modelli operativi a confronto. Un'indagine delle Marche*  
Prospettive sociali e sanitarie, 1993, 19: 6-9
- FUNSTEN R.  
*Improving accounts receivable: an introduction to the key functions*  
Topics in Health Care Financing, 1993, 1(20): 1-9
- MASLIA D., BOGGS R.  
*Using automation to control receivables: how computers can improve the revenue cycle*  
Topics in Health Care Financing, 1993, 1(20): 32-40
- HAMSHIRE D., ROSBOROUGH B.  
*The evolution of decision support in a managed care organization*  
Topics in Health Care Financing, 1993, 2(20): 26-37
- KATZ P.  
*Establishing a physician incentive system*  
Topics in Health Care Financing, 1993, 2(20): 53-64
- CLEMENT J., D'AUNNO T., POYZER B.  
*Hospital Corporate Restructuring and Financial Performance*  
Medical Care, 1993, 11(31): 975-986
- SLOAN F., GORDON G., COCKS D.  
*Hospital Drug Formularies and Use of Hospital Services*  
Medical Care, 1993, 10(31): 851-867
- AXT A., VAN DER WOUDE J., VAN DER DOES E.  
*Influencing Behaviour of Physicians Ordering Laboratory Tests: A Literature Study*  
Medical Care, 1993 9(31): 784-794
- SCOTT A., SHIELL A., FARNWORTH M.  
*The value of early discharge: dispelling some myths*  
Health Policy, 1993, 26: 81-91
- GRANT P.  
*Manage nurse stress and increase potential at the bedside*  
Nursing Administration Quarterly, 1993, 1(18): 16-22
- BLACK N., PETTICREW M., HUNTER D., SANDERSON C.  
*Day surgery: development of a national comparative audit service*  
Quality in Health Care, 1993, 3(2): 162-166
- SPENCER J.  
*Audit in general practice: where do we go from here?*  
Quality in Health Care, 1993, 3(2): 183-188
- HAMPTON G.  
*Have Health Care Professionals Adopted the Marketing Concept?*  
Health Marketing Quarterly, 1992, 1/2(10): 5-32
- SOLIMAN A.  
*Assessing the Quality of Health Care: A Consumerist Approach*  
Health Marketing Quarterly, 1992, 1/2(10): 121-142
- HOLDNAK B., HARSH J., BUSHARDT S.  
*An examination of leadership style and its relevance to shift work in an organization setting*  
Health Care Management Review, 1993, 3(18): 21-30

BURNS L., THORPE D.

*Trends and models in physician-hospital organization*  
Health Care Management Review, 1993, 4(18): 7-20

BAME S.

*Organizational characteristics and administrative strategies  
assiated with staff turn-over*  
Health Care Management Review, 1993, 4(18): 70-86

#### **Assistenza farmaceutica**

ROCHAIX L.

*Le suivi de la prescription pharmaceutique en Grande-Bretagne:  
Developpments recents et perspectives pour la France*  
Journal d'Economie medicale, 1993, 5(11): 243-250

CLEMENS K., GARRISON L.P., JONES A., MacDONALD F.  
*Strategic Use of Pharmacoeconomic Research in Early Drug  
Development and Global Pricing*  
Pharmaco Economics, 1993, 5(4): 315-322

KOOPMANSCHAP M., RUTTEN F.

*indirect Costs in Economic Studies: Confronting the  
Confusion*  
Pharmaco Economics, 1993, 6(4): 446-454

ANDERSSON F.

*Methodological Aspect of International Drug Price  
Comparisons*  
Pharmaco Economics, 1993, 4(4): 247-256

COEN D.

*Costo dei farmaci e scelte di terapia*  
Ricerca & Pratica, 1993, 52: 116-122

MONTANARO N., VACCHERI A., MAGRINI N., RASCHETTI R.

*Riquilificare la spesa farmaceutica pubblica*  
Prospettive sociali e sanitarie, 1993, 22: 7-9

SMITH D.

*The Effects of Copayments and Generic Substitution on the  
Use and Costs of Prescription Drugs*  
Inquiry, 1993, 2(30): 189-198

#### **Varie**

CARTER G., FARLEY D.

*How recalibration method, pricing and coding affect DRG  
weight*  
Health Care Financing Review, 1993, 2(14): 83-86

SCHLESINGER M., LEE T.

*Is Health Care Different? Popular Support of federal Health  
and Social Policies*  
Journal of Health Politics, Policy and Law, 1993, 3(18):  
551-628

SHEINGOLD S., RICHTER E.

*Are PPS payments adequate? Issues for updating and assessing  
rates*  
Health Care Financing Review, 1993, 2(14): 165-176

TOGNONI G.

*Il mercato dell'etica*  
Ricerca & Pratica, 1993, 53: 145-154

*A selection of abstracts of recently published articles on issues  
affecting management in medicine*  
Journal of Management in Medicine, 1993, 3(7)

# LA VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

di Mario del Vecchio

da *Mecosan* n. 1, 1992, pag. 22-26

## **I principi della valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie**

La tecnologia biomedica in un certo senso è sempre stata valutata almeno sotto il profilo rischio/beneficio. La comunità scientifica in senso lato si è sempre assunta la responsabilità di analizzare e « certificare » la validità delle innovazioni che entravano nella pratica medica tramite metodi e criteri di validazione che focalizzavano essenzialmente l'attenzione sugli aspetti squisitamente sanitari. Il superamento dei limiti insiti in un approccio « unidimensionale » trova una sua formalizzazione in un modello di analisi e valutazione conosciuto come « Technology assessment » (T.a.).

Il T.a. è un processo strutturato e multidimensionale di analisi e decisione rispetto alle tecnologie utilizzate o utilizzabili in campo sanitario:

a) strutturato nel senso che presuppone una raccolta e una analisi sistematica di dati e l'individuazione e utilizzazione di metodologie di analisi con definiti principi e metodi di validazione loro proprie;

b) multidimensionale per indicare una valutazione complessiva degli effetti ed impatti di una tecnologia sulle diverse dimensioni rilevanti del problema.

Proprio perché la valutazione deve essere condotta su dimensioni diverse, il T.a. deve essere visto come un processo che include diversi mezzi o modalità di valutazione e può essere suddiviso in quattro momenti fondamentali:

1) identificazione: si tratta di definire e descrivere la tecnologia oggetto della valutazione la quale può essere una tecnologia più « matura » o una nuova tecnologia che è ancora in via di diffusione, oppure una tecnologia esistente per la quale si vadano prospettando nuove aree di applicazione;

2) valutazione: consiste nel procedere materialmente alla valutazione secondo diverse metodologie e/o nel raccogliere i risultati di precedenti valutazioni;

3) sintesi: che deve essere basata sui risultati delle diverse valutazioni e dovrebbe altresì prendere in considerazione l'ipotesi di tecnologie alternative;

4) disseminazione delle informazioni e delle conoscenze prodotte sulla tecnologia oggetto di indagine.

Il momento dell'identificazione risulta particolarmente delicato in quanto si tratta di definire e applicare criteri per la scelta delle tecnologie da valutare. Questi normalmente dipendono dal posizionamento della tecnologia nel suo ciclo di vita, dalle potenzialità ipotizzate dal punto di vista sanitario e dal volume di risorse che si prevede verranno consumate dalla specifica tecnologia. Queste pre-valutazioni sono particolarmente difficili in quanto non possono basarsi semplicemente su dati attuali, ma richiedono una certa capacità di previsione rispetto alle condizioni future. Alcune tecnologie, ad esempio, possono non mostrare inizialmente una richiesta ingente di risorse,

ma a causa del loro alto potenziale di diffusione e del loro livello di utilizzo possono avere impatti economici più rilevanti di altre che richiedono investimenti iniziali più elevati.

Il momento della valutazione include diversi studi sui differenti aspetti che vengono ritenuti rilevanti per formulare un giudizio complessivo sulla tecnologia. Nella figura 1 sono state segnalate, a titolo indicativo, cinque possibili dimensioni di analisi, a seconda del caso concreto alcune di queste possono essere trascurate e altre aggiunte. Per alcune tecnologie potrebbe essere indispensabile una valutazione ad hoc sull'impatto organizzativo e del tutto superfluo considerare l'aspetto etico. I metodi utilizzati appartengono a discipline scientifiche diverse e se verrà trattata in particolare l'analisi economica, alcune notazioni verranno fatte anche sulla valutazione degli effetti sanitari.

La sintesi delle informazioni ottenute è un momento importante per fornire un quadro complessivo da utilizzarsi nel momento della decisione circa l'adozione di una tecnologia e la sua susseguente diffusione.

L'ultimo passo nel processo di valutazione è quello della diffusione delle informazioni generate, come queste vengano concretamente utilizzate a fini decisionali e come modifichino la diffusione e le modalità di utilizzo della tecnologia. Al di là dei differenti obiettivi di un T.a., se maggiormente orientati a fini conoscitivi o decisionali, un punto importante è che il risultato deve essere utilizzabile dall'interlocutore, per cui è necessario che contenga le sole informazioni rilevanti, sia facilmente comprensibile e sia tempestivo nel fornirle la valutazione degli effetti sanitari ha lo scopo di valutare l'efficacia sanitaria di una tecnologia, la sua rilevanza nel definire e modificare lo stato di salute di un soggetto, la presenza di eventuali rischi nel suo utilizzo. I metodi sono quelli della ricerca medica in senso lato e possono variare rispetto all'area di applicazione (prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione) o al livello di affidabilità (dalle osservazioni non controllate, con grande rischio di distorsioni, agli esperimenti clinici controllati e randomizzati, sicuramente i più affidabili, ma non sempre possibili da un punto di vista etico o dell'impegno economico).

Senza voler entrare nel merito del complesso problema dei metodi di validazione scientifica in campo medico è opportuno in questa sede sottolineare due aspetti di particolare criticità.

Il primo riguarda l'oggettiva difficoltà di stabilire l'effettiva efficacia sanitaria di una tecnologia, come testimoniato dalle dispute scientifiche che hanno sempre accompagnato i processi di diffusione e i non rari casi di tecnologie diffuse che si sono in seguito dimostrate inefficaci. Collegato a questo vi è poi l'aspetto della indispensabile autonomia professionale del medico nelle scelte attuate sulla base delle proprie competenze e convinzioni. I due aspetti si legano nel senso che lo sforzo verso una migliore identificazione dell'efficacia sanitaria non può essere disgiunto da un'attenzione particolare rispetto alle condizioni che consentono una diffusione e un utilizzo delle conoscenze generate (influenza sui comportamenti degli operatori).

Il secondo concerne la trasferibilità dei risultati. Se una tecnologia viene adottata sulla base di alcune evidenze scientifiche è importante che venga utilizzata in condizioni il più possibile prossime a quelle che hanno consentito il formarsi di un giudizio positivo. I fattori che possono modificare le performances ottenute in condizioni ottimali (efficacy) rispetto a quelle di concreto utilizzo (effectiveness) sono molteplici e vanno dai quadri di esordio considerati, alle competenze professionali necessarie, alle condizioni organizzative, ai quadri epidemiologici. Il problema di una razionale utilizzazione e quindi di una tecnologia « adeguata » al contesto in cui viene ad inserirsi è stato spesso sottovalutato, ma non per questo è risultato meno cruciale nel determinare i benefici conseguibili tramite l'utilizzo di una determinata tecnologia.

Tradizionalmente la valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie è stata prevalentemente focalizzata sugli effetti sanitari, ignorando quasi del tutto le conseguenze sul piano economico. Se l'evoluzione precedentemente descritta ha imposto

maggiore attenzione agli aspetti economici, ciò non deve fare dimenticare che la valutazione di tipo sanitario costituisce un prius rispetto a ogni analisi sotto il profilo economico, nel duplice senso che le modificazioni dello stato di salute sono la ragione principale per l'utilizzo di una tecnologia e che una valutazione di tali modificazioni è indispensabile per ogni ragionamento di tipo economico.

Un primo aspetto da sottolineare è che la valutazione economica in senso stretto bene si adatta al caso di una tecnologia nuova in quanto risulta, da una parte adeguatamente determinata l'alternativa di riferimento (tecnologia o procedura consolidata che si propone di sostituire) e dall'altra maggiormente delimitato lo scopo che si intende perseguire (vantaggi differenziali rispetto alla situazione corrente). Se prendiamo ad esempio gli analizzatori automatici di chimica clinica, questi rappresentano una tecnologia a così larga diffusione che, a meno di non voler valutare singole sottoclassi o addirittura singoli apparecchi, risulterebbe difficile individuare una plausibile alternativa di riferimento.

Bisogna inoltre considerare che l'analisi economica necessita dell'individuazione di una o al massimo alcune aree di applicazione poiché i giudizi circa la convenienza possono essere formulati solo in relazione all'introduzione rispetto a un certo protocollo diagnostico-terapeutico. Tale condizione è più facilmente rintracciabile per le tecnologie terapeutiche (es. litotripsia), ma di più difficile « costruzione » per quelle diagnostiche.

Per queste ultime il problema viene spesso superato limitandosi alla valutazione dei risultati su un piano strettamente tecnico.

Infatti se le valutazioni economiche devono comparare costi e risultati, nel caso delle tecnologie ad uso diagnostico sorgono alcune peculiari difficoltà nella definizione di questi ultimi. Infatti l'efficacia (risultati derivanti dall'introduzione e applicazione) di tali tecnologie può essere valutata a diversi livelli:

- 1) performances di tipo meramente tecnico, legate a singoli processi di funzionamento della macchina;
- 2) accuratezza dei risultati prodotti, come esito congiunto dei processi di cui al punto precedente;
- 3) modificazione delle diagnosi cliniche a seguito delle nuove o diverse informazioni prodotte dalla tecnologia in questione;
- 4) modificazioni nel processo terapeutico indotte dalle eventuali modificazioni nelle diagnosi;
- 5) effetti in termini di variazione dello stato di salute del paziente;
- 6) utilità generate per la società nel suo complesso.

Ciò che la distinzione proposta tende a sottolineare è l'idea che i miglioramenti nelle tecnologie diagnostiche non devono essere considerati un fatto positivo in sé, ma che questi vanno valutati in relazione alle modificazioni che sono in grado di apportare all'intero iter diagnostico-terapeutico.

In altre parole si tratta di tenere adeguatamente presente il carattere strumentale delle tecnologie in questione rispetto al perseguimento di finalità di più ampio respiro.

DONABEDIANA.  
*Evaluating the quality in medical care.*  
Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44 (part 2): 166-206.

TORRANCE G.W.  
*A generalized cost-effectiveness model for the evaluation of health programs.*  
Hamilton, McMaster University, Faculty of Business, Research report 101, 1970.

COATES J.  
*Technology assessment: the benefits... the costs... the consequences.*  
Futurist 1971; 5: 225-231.

COCHRANE A.L.  
*Effectiveness and efficiency - random reflections on health services.*  
London, The Nuffield Provincial Hospital Trust 1972.

- KLARMAN H.E.  
*Application of cost-benefit analysis to the health services and the special case of technologic innovation.*  
International Journal of Health Services 1974; 4(2): 325-52.
- Office of Technology Assessment Development of medical technology: opportunities for assessment.*  
Washington DC: US Government Printing Office, 1976.
- GREER A.L.  
*Advances in the study of diffusion of innovation in health care organizations.*  
The Milbank Memorial Fund Quarterly 1977; 55: 505-532.
- Office of Technology Assessment, US Congress. Assessing the efficacy and safety of medical technologies.*  
Washington DC, US Government Printing Office, 1978.
- STOCKING B.  
*The image and the reality: a case study of the impacts of medical technology.*  
London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
- ALTMAN S., BLENDON R.  
*Medical technology: the culprit behind health care costs?*  
Hyattsville, Maryland: National Center for Health Services Research and Bureau of Health Planning, 1979.
- Committee on Technology and Health Care. Institute of Medicine. Medical technology and the health care system.*  
Washington, DC: National Academy of Sciences, 1979.
- WEINSTEIN M.C.  
*Economic evaluation of Medical procedures and technologies: progress, problems and prospects.* In: Wagner J (ed.). Medical technology.  
Washington, US Government Printing Office, 1979.
- SWETS J.A., PICKETT R.M., WHITEHEAD S.F., GETTY D.J., SCHNUR J.A., SWETS J.B., FREEMAN B.A.  
*Assessment of diagnostic technologies.*  
Science 1979; 205(4407): 753-9.
- FINEBERG H.V., HIATT H.H.  
*Evaluation of medical practices: the case for technology assessment.*  
The New England Journal of Medicine 1979; 301(20): 1086-91.
- EDDY D.M.  
*Screening for cancer: theory, analysis and design.*  
Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1980.
- Office of Technology Assessment, US Congress. The implications of cost-effectiveness analysis of medical technology/background paper 1: methodological issues and literature review.*  
Washington DC, US Government Printing Office, 1980.
- BANTA H.D., BEHNEY C.J.  
*Policy formulation and technology assessment.*  
Milbank Memorial Fund Quarterly 1981; 59: 445-79.
- BANTA H.D., BEHNEY C.J.  
*Toward rational technology in medicine.*  
New York, Springer Verlag, 1981.
- WEINSTEIN M.C.  
*Economic assessment of medical practices and technologies.*  
Medical Decision Making 1981; 1(4): 309-30.
- BANTA H.D., KEMP K.B. (eds.)  
*The management of health care technology in nine countries.*  
New York, Springer Publishing Company, 1982.
- Office of Technology Assessment Strategies for medical technology assessment.*  
Washington, DC: US Government Printing Office, 1982.
- CULYER A.J., HORISBERGER B.  
*Medical and economic evaluation: a postscript.* In: CULYER A.J., HORISBERGER B. *Economic and medical evaluation of health care technologies.*  
Berlin, Springer-Verlag, 1983.
- EVANS R.W.  
*Health Care technology and the inevitability of resource allocation and rationing decisions.*  
Journal of American Medical Association 1983; 249: 2041-2053, 2208-2219.
- WILLIAMS A.  
*The role of economics in the evaluation of health care technologies.* In: CULYER A.J., HORISBERGER B. *Economic and medical evaluation of health care technologies.* Berlin, Springer-Verlag, 1983.
- WAGNER J.L.  
*The feasibility of economic evaluation of diagnostic procedures.*  
Soc Sci and Medicine 1983(a); 17(13): 861-9.
- BANTA H.D.  
*Embracing or rejecting innovations: clinical diffusion of health care technology.* In: REISER S.J., ANBAR M. (eds). *The machine at the bedside.* London, Cambridge University Press, 1984.
- DOUBILET P., ABRAMS H.L.  
*The cost of underutilization.*  
New England Journal of Medicine 1984; 310: 95-101.
- CARR-HILL R.  
*The evaluation of health care.*  
Social Science and Medicine 1985; 21: 367-75.

FEENY D.

*Neglected issues in the diffusion of health care technologies: the role of skills and learning.*

International Journal of Technology Assessment in Health Care 1985; 1: 681-692.

GREER A.L.

*Adoption of medical technology: the hospital's three decision-systems.*

International Journal of Technology Assessment in Health Care 1985, 1: 669-680.

GUYATT G., DRUMMOND M.F.

*Guidelines for the clinical and economic assessment of health technologies: the case of magnetic resonance.*

Int J Technol Assessment in Health Care 1985; 1: 551-66.

STOCKING B.

*Initiative & inertia, case studies in the NHS London.*

The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1985.

GUYATT G., DRUMMOND M.F., FEENY D., TUGWELL P., STODDART G., HAYNES R.B., BENNET K., LABELLE R.

*Guidelines for the clinical and economic evaluation of health care technologies.*

Soc sci Med 1986; 22: 393-408.

FEENY D., GUYATT G., TUGWELL P.

*Health care technology: effectiveness, efficiency & public policy.*

Montreal: The Institute for Research on Public Policy, 1986.

DRUMMOND M.F., STODDART G., TORRANCE G.

*Methods for the economic evaluation of health care programmes.*

Oxford, Oxford University Press, 1987.

HUTTON J.

*Economic appraisal of health technology: a review of the current state of the art in EC countries.* In: DRUMMOND M.F. (ed). *Economic appraisal of health technology in the European Community.* Oxford, Oxford Medical Publications, 1987.

JENNETT B.

*Assessment of clinical technologies: importance for provision and use.*

Int J Technol Assessment in Health Care 1988; 4: 435-45.

JOHANSEN K.S.

*WHO concept on health technology assessment.*

Health Policy 1988; 9: 349-51.

GLASSER J.H., CHRZANOWSKI R.S.

*Medical technology assessment: adequate questions, appropriate methods, valuable answers.*

Health Policy 1988; 9: 267-76.

LENNARSON GREER A.

*The state of the art versus the state of the science: the diffusion of new medical technologies into practice.*

International Journal of Technology Assessment in Health Care 1988; 4: 5-26.

ASCARI E., PRANDINI B.

*Il laboratorio di emergenza.*

Cortina, 1988.

CONGRESS OF THE UNITED STATES - OFFICE OF THE TECHNOLOGY ASSESSMENT

*The Quality of Medical Care.*

Off. Tech. Ass, Usa 1988.

FRANCE G.

*Il controllo delle tecnologie mediche alla luce della sentenza n. 992/88 della Corte costituzionale.*

Tratto da: Nomos, n. 3/89, 1988.

GODDARD M., HUTTON J.

*The costs of radiotherapy in cancer treatment.*

University of York, 1988.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - ASSESSORATO ALLA SANITÀ

*Tecnologia e sanità (2 volumi).*

Regione Emilia-Romagna, 1988.

STOCKING B. (a cura di)

*Expensive Health Technologies. Regulatory and Administrative Mechanism in Europe.*

Oxford Medical Publ., 1988.

BUI DANG HA DOAN

*The future Health and Health Care systems in the Industrialized societies.*

Praeger, New York, 1988.

CHIESA A., GASPAROTTI R., MAROLDI R. (a cura di)

*Planning considerations in diagnostic imaging and radiation therapy*

Tratto da: Fifth inter. Symposium on the Planning of radiol. Dep., Firenze 20-23 aprile 1988.

EDDY D.

*Selecting technologies for assessment.*

International Journal of Technology Assessment in Health Care 1989; 5: 485-501.

PIPERNO A. (a cura di)

*Innovazioni finanziarie e organizzative nei sistemi sanitari.*

Franco Angeli, 1989.

MARIANI L.

*I servizi di ingegneria clinica negli ospedali*

Tratto da: Ricerca « Progetto di una rete di servizi di ingegneria clinica », università di Padova, regione Veneto 1989.



- CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE, in collaborazione regione Friuli, USL 1 Trieste  
*Le tecnologie avanzate in sanità*  
Tratto da: Atti del seminario di Trieste, 20-21 ottobre, Consiglio sanitario nazionale 1990.
- OTTONE G. (a cura di)  
*Progetto Leonardo. La gestione manageriale delle Unità Operative e dei Servizi Ospedalieri di Diagnostica strumentale*  
Tratto da: Corso Nazionale per la formazione per medici ospedalieri. Irfogemeo, Torino 1990.
- BARAGHINI G.F.,  
*Definizione di indici quali-quantitativi quale ausilio ad una gestione budgettaria di un laboratorio di analisi*  
Tratto da: Gestione per Budget & sanità, Modena 25-26 gennaio 1990.
- HALES T.B.  
*The Hospital Laboratory, Strategy, Equipment, Management and Economics.*  
Ellis Horwood, Chichester 1990.
- EDDY D.  
*Designing a practice policy, standards, guidelines and options.*  
Journal of the America Medical Association 1991; 226: 3077-3084.
- LAUPACIS A., FEENY D., DETSKY A., TUGWELL P.  
*How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations.*  
Canadian Medical Association Journal 1991; 146: 473-481.
- KIRCHBERGER S.  
*The diffusion of two Technologies for Renal Stone Treatment Across Europe*  
B. Stocking, London 1991.
- REGIONE EMILIA ROMAGNA  
*Tecnologia e sanità. Regolamento per la gestione delle attrezzature sanitarie, tecnico-economiche e dell'inventario delle USL.*  
Classificazione e Inventario.
- AA.VV.  
*Metodologie di gestione dei contratti di manutenzione per apparecchiature e sistemi biomedicali.*  
Tratto da: Seminario specialistico CSEA, Torino, 11-10-1991.
- MAISEY M.N., HUTTON J.  
*Guidelines for the evaluation of radiological technologies.*  
London. British Institute of Radiology, 1991.
- ZYLAK C.J., GAFNI A.  
*A methodologic overview of the evaluation of costs and benefits in diagnostic radiology.*  
1992; 27(6): 483-8.
- DEBER R.B.  
*Translating technology assessment into policy: conceptual issues and tough choices.*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care 1992; 8(1): 131-7.
- HERZLINGER E.  
*Creating New Health Care Ventures. The Role of Management.*  
Aspen, 1992.
- DONALDSON M., SOX H. (a cura di)  
*Setting priorities for Health Technology Assessment. A model Process.*  
National Academy, 1992.
- BATTISTA R.N.  
*Health care technology assessment: linking science with policy making.*  
Canadian Medical Association Journal 1992; 146(4): 461-2.
- EDDY D.M.  
*Manual for assessing health practices and designing practice policies: the explicit approach.*  
Philadelphia, The American College of Physicians, 1992.
- ADVISOR GROUP ON HEALTH TECNOLOGY  
*Assessing the effects of health technologies.*  
Development London: Department of Health, 1992.
- GOODMAN C.  
*It's time to rethink health care technology assessment.*  
International Journal of Technology/Assessment in Health Care 1992; 8: 335-358.
- AIM, SIP  
*Consensus and Strategy for Promoting Health Care Telematics in Europe. Consensus Project 18006.*  
Aim, Sip Telemedicina, 1993.
- CENSIS  
*La Ricerca Biomedica in Italia*  
Franco Angeli, 1993
- FALCITELLI G. (a cura di)  
*Ingegneria Clinica, Tecnologie sanitarie e Sistemi sanitari locali nei programmi della cooperazione italiana.*  
Franco Angeli, 1993.
- GRUPPO 17° APPARECCHI ELETTROMEDICALI DELL'ASSOC. NAZ. DELLE INDUS. ELETTROTECNICHE  
*Indagine sugli investimenti del Sistema sanitario nazionale in attrezzature Tecnico-Scientifiche*  
Anie, Confindustria, 1993.
- BRAVAR D. (a cura di)  
*Proceedings of the clinical engineering workshop: development, assessment and maintenance of medical instrumentation, 1993.*
- DRUMMOND M.F., BRANDT A., LUCE B., ROVIRA J.  
*Standardizing methodologies for economic evaluation in health care.*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care 1993; 9(1): 26-36.
- DRUMMOND M.F.  
*Evaluation of health technology: economic issues for health policy and policy issues for economic appraisal.*  
In stampa su Social Science and Medicine.

# TESI DI LAUREA

*Tesi di laurea presentata all'università « L. Boccini », Corso di laurea in Economia Aziendale, A.A. 1993-1994, Relatore: Elio Borgonovi*

## **“VALUTAZIONE ECONOMICA DI TECNOLOGIE INNOVATIVE NEL SETTORE DELLA FISICA SANITARIA: IL PROGETTO ADROTERAPIA”**

**di Monica Brugnoli**

In questi ultimi anni l'esigenza di un vaglio critico delle innovazioni tecnologiche in campo sanitario si è fatta via via più pressante; il divario crescente tra le sempre più numerose possibilità offerte dal progresso scientifico e tecnologico e ciò che invece è economicamente realizzabile con le risorse a disposizione richiede con urgenza la definizione e la messa a punto di politiche volte all'adozione ed alla diffusione delle tecnologie sanitarie.

Al fine dunque di utilizzare al meglio le scarse risorse disponibili, in diverse occasioni è stata sottolineata la necessità di introdurre strumenti di analisi e valutazione che consentano di evitare la diffusione su larga scala di tecnologie non ancora riconosciute scientificamente valide.

Lo strumento che senza alcun dubbio ha maggiormente contribuito a far sì che la strada della « razionalizzazione del sistema » venisse imboccata è stato il Technology Assessment, un processo strutturato e multidimensionale di analisi e decisione che permette di valutare complessivamente effetti ed impatti di una tecnologia sanitaria sulle diverse dimensioni rilevanti del problema. Attraverso tale strumento è quindi possibile verificare che cosa comporterà l'introduzione di una nuova tecnologia a livello economico, tecnico, sanitario, etico-sociale, organizzativo e così via: questo permette di studiare con attenzione tutte le dimensioni che verranno interessate dai cambiamenti introdotti dall'inserimento nella struttura sanitaria dell'innovazione tecnologica e di esprimere una valutazione completa ed esauriente che indaghi tutti gli aspetti rilevanti del problema.

Il processo di valutazione diventa tuttavia ancor più complesso nei casi in cui l'innovazione tecnologica non può essere inserita in una struttura sanitaria già operante, ma è necessario edificare un centro esclusivamente predisposto per accoglierla: tutto ciò implica, oltre alla costruzione di impianti e attrezzature anche la creazione delle strutture in cui possano essere inseriti, la formazione e l'addestramento di personale specializzato e la definizione di meccanismi di integrazione e coordinamento che consentano di gestire al meglio il nuovo sistema nel suo complesso.

Sono questi i temi che fanno da cornice logica al problema della valutazione globale del *Progetto Adroterapia*: esso prevede infatti l'inserimento in una nuova struttura

di una tecnologia per il nostro Paese innovativa (ma che anche negli altri stati viene utilizzata da non molti anni), la creazione di un know-how specifico, la preparazione del personale addetto e la definizione di una rete di rapporti di collaborazione con altre unità.

Al fine di realizzare una valutazione completa ed esauriente del progetto, che indaghi tutte le dimensioni prima considerate, sono stati individuati tre livelli di analisi:

- 1) la valutazione complessiva della tecnologia;
- 2) la valutazione economica dei vantaggi apportati alle diverse patologie da tale tecnologia innovativa rispetto a quella precedentemente utilizzata;
- 3) la valutazione di tutti gli aspetti dell'introduzione della tecnologia nell'ambito ospedaliero inteso come sistema.

Scopo del Progetto Adroterapia è quello di portare in Italia le più moderne tecniche di terapia dei tumori, le quali fanno uso di fasci di protoni, neutroni e ioni leggeri, complessivamente indicati col nome di adroni. I fasci ben collimati di protoni e ioni permettono un trattamento di tumori e di malformazioni cerebrali « conforme » al bersaglio che si vuole distruggere; ciò consente di risparmiare i tessuti sani circostanti meglio di quanto sia possibile fare con le radiazioni convenzionali, che utilizzano fasci di elettroni e fotoni. Questa proprietà degli adroni è particolarmente importante nell'irraggiamento di tessuti vicini ad organi critici (ad esempio, occhio, cervello, colonna vertebrale, gonadi); inoltre tali particelle potrebbero apportare notevoli vantaggi nel campo dell'oncologia pediatrica.

Al fine di identificare con precisione le neoplasie che potrebbero trarre i maggiori vantaggi dalla teleterapia con adroni, tutte le patologie con indicazione potenziale a tale tipo di terapia sono state suddivise in quattro categorie a priorità decrescente.

In particolare nella categoria A sono state incluse le lesioni vicine ad organi critici che possono essere trattate soltanto con protoni: dai dati epidemiologici raccolti dai Registri Tumori si ricava che per tutta l'Italia ci si attende di dover sottoporre a trattamento 450-670 pazienti di tale gruppo all'anno.

Utilizzando criteri restrittivi, si è ricavato che, considerando le quattro categorie, complessivamente potrebbero essere sottoposti a terapia con protoni circa 3.000 pazienti all'anno; ecco perché sarà necessario edificare un grande Centro di Adroterapia, la cui sede sarà a Novara, in grado di trattare circa un migliaio di pazienti, ma in parallelo dovranno essere collocati in alcuni ospedali presenti sull'intero territorio nazionale degli acceleratori compatti per protoni (gli STAC) che si occupino dei restanti. Tutti i pazienti del gruppo A dovrebbero comunque essere curati nel Centro di Adroterapia.

Da un punto di vista medico dunque non vi sono più né dubbi, né perplessità circa i benefici apportati dagli adroni; al contrario, si sono dovute e si dovranno nell'immediato futuro affrontare diverse verifiche sotto il profilo tecnico, economico ed organizzativo.

Per quanto riguarda le verifiche tecniche, sono stati in primo luogo studiati ed analizzati i tre diversi tipi di acceleratori che vengono attualmente utilizzati per la produzione dei fasci di protoni: i ciclotroni, i sincrotroni ed i sincrociclotroni. Valutati vantaggi e svantaggi di ogni macchina rispetto alle altre due si è optato per la costruzione di un sincrotrone, proprio perché ritenuto lo strumento più adatto per raggiungere gli obiettivi prefissati. Allo stato attuale, tuttavia, gli studi stanno proseguendo per definire con precisione sia le specifiche dell'acceleratore sia quelle di tutte le altre macchine che verranno utilizzate nel Centro.

Passando poi a verificare il progetto da un punto di vista economico, è necessario soffermarsi a riflettere su alcuni temi di importanza rilevante.

In primo luogo si è effettuata una valutazione economica dei vantaggi apportati alle diverse patologie da tale tecnologia innovativa rispetto a quella precedentemente

utilizzata: va subito sottolineato, tuttavia, che il confronto con la radioterapia convenzionale — unico strumento per la cura dei tumori che abbia caratteristiche simili a quelle della teleterapia con adroni, ma che si differenzia da quest'ultima per l'utilizzo di particelle di diverso tipo, quali elettroni e fotoni — è effettuabile soltanto per le patologie che non appartengono alla categoria A precedentemente citata: per tali neoplasie, infatti, non esistono allo stato attuale concrete e reali possibilità di cura, ma solo terapie palliative.

Un confronto sui costi diventa quindi significativo solo per le patologie attualmente curabili con la radioterapia convenzionale: in tali casi, attraverso l'analisi costi-efficacia, utilizzata per la valutazione sia di alternative simili, sia di alternative molto diverse fra loro, ma che tuttavia provocano i medesimi effetti, si avrà la possibilità di individuare con precisione quale metodologia sia contemporaneamente più efficace da un punto di vista medico e conveniente da un punto di vista economico.

Proprio per tale motivo è stato necessario verificare i costi della radioterapia convenzionale; in seguito, ricavato il costo medio, stimato e previsionale, ma già abbastanza significativo, di un trattamento di terapia con adroni, lo si è confrontato col costo medio di un trattamento di radioterapia convenzionale: il rapporto nei costi è risultato essere di due a uno, ma i vantaggi clinici dati dalla terapia con adroni per alcune neoplasie giustificano ampiamente tali costi aggiuntivi da sostenere.

Nel caso invece delle lesioni vicine ad organi critici, trattabili soltanto con protoni, non è possibile attuare alcun tipo di confronto: possono quindi essere effettuate soltanto analisi costi-benefici o costi-utilità prospettiche.

La valutazione economica dovrà poi necessariamente proseguire con una verifica complessiva dell'opportunità di realizzare il Centro, al fine di allocare razionalmente le risorse a disposizione; sono già stati presentati diversi argomenti a favore della realizzazione, ma sarà necessario anche nei prossimi mesi approfondire il confronto con le possibilità alternative di impiego delle risorse.

Abbiamo già sottolineato che il Centro di Adroterapia non sarà una struttura a sé stante ed isolata, ma sarà inserito all'interno di una rete di unità che si occuperanno di radioterapia con adroni. In quasi tutti gli ambiti indagati dall'economia aziendale si è notata, soprattutto nell'ultimo decennio, una tendenza a costituire reti di imprese e a promuovere collaborazioni tra aziende che operano all'interno di uno stesso settore: questi accordi possono infatti favorire lo sfruttamento di sinergie, lo scambio di know-how, la riduzione dei costi di ricerca e sviluppo e dei costi che sorgono durante il processo produttivo.

In campo sanitario si stanno muovendo soltanto i primi passi verso questa direzione e la creazione della Rete Italiana Adroterapia (RITA) potrà senza alcun dubbio costituire in futuro un esempio da imitare.

Tale rete si propone di collegare, attraverso strumenti informatici, tutte le unità che si occuperanno di adroterapia in Italia; questo permetterà una forte interazione tra tutti gli operatori e la collaborazione consentirà un continuo ed intenso scambio di conoscenze e competenze.

L'obiettivo principale è quello di far sì che i centri periferici possano effettuare una prima selezione dei pazienti da sottoporre al trattamento con protoni e inviino, in un secondo tempo, i pazienti non trattabili con l'acceleratore compatto al Centro di Adroterapia principale, ma solo dopo aver elaborato il piano di trattamento.

La creazione di questa rete imporrà tuttavia ulteriori verifiche da un punto di vista organizzativo: temi quali la gestione dei rapporti interpersonali e la creazione del consenso avranno importanza determinante e costituiranno, insieme alle necessità di incentivare e coordinare sempre più la ricerca in campo oncologico i nodi critici di questa collaborazione: tuttavia, se si sapranno rispettare i principi della trasparenza e dell'equità e se saranno garantite a tutti i collaboratori pari opportunità, sarà possibi-

le ottenere da ciascun membro un forte impegno, grazie al quale verranno apportati contributi determinanti.

La realizzazione di un progetto di tale importanza sta richiedendo l'investimento di ingenti risorse umane e finanziarie; nei prossimi sei anni inoltre gli sforzi dovranno essere ulteriormente intensificati al fine di portare a termine la costruzione del Centro nei tempi stabiliti: solo così infatti sarà possibile iniziare a trattare i pazienti nell'anno 2000, come previsto dalla « scala dei tempi » recentemente preparata.

La volontà e l'impegno dimostrati dai tanti e preziosi collaboratori che stanno lavorando in questa fase progettuale sta portando in tempi brevi al raggiungimento di importanti risultati.

L'augurio è che l'entusiasmo e la capacità di lavorare insieme emersi proprio nella fase progettuale restino vivi anche nel momento in cui il Centro inizierà la sua attività e che l'esempio del Progetto Adroterapia apra la strada alla riduzione delle numerose barriere che troppo spesso in campo medico si interpongono tra professionisti impegnati nella ricerca di una risposta agli stessi quesiti.



**Osservatorio**

# LA MISURAZIONE DELLA COMPLESSITÀ RELATIVA DELLE PROCEDURE DI CHIRURGIA GENERALE

di Carlo Ramponi

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

Coordinatore del gruppo di lavoro per la definizione dei pesi degli interventi chirurgici, presso l'Assessorato regionale della Sanità della Regione Emilia-Romagna

Ad integrazione di quanto pubblicato sul n. 8 di **Mecosan**, si pubblica l'elenco completo delle procedure chirurgiche di competenza delle Chirurgie Generali.

Tali indici sono particolarmente importanti per la definizione dei DRGs chirurgici.

Gli utilizzi e gli sviluppi futuri di questo lavoro potrebbero essere:

a) la possibilità di proporre valutazioni di efficienza, confrontando le attività chirurgiche, espresse tramite il nomenclatore e misurate attraverso i pesi stessi, con le risorse necessarie alla loro produzione (salvando così la contabilità dei costi con gli indicatori di attività espressi se-

condo un lessico accettato dai professionisti medici);

b) la possibilità di proporre valutazioni di appropriatezza clinica attraverso l'elaborazione statistica delle « costellazioni » di codici utilizzati per singolo caso trattato;

c) la possibilità di confrontare metodiche consolidate con metodiche innovative, dal punto di vista dell'efficienza produttiva, ma anche dal punto di vista degli effetti sul paziente (valutazioni di outcome);

d) la possibilità di esprimere, attraverso indicatori di sintesi, i fabbisogni di risorse a fini della gestione budgetaria di unità operative e dell'intera azienda ospedaliera, o U.s.l.;

e) la possibilità d'uso come base per la definizione di un sistema motivazionale in grado di (o di contribuire a) distinguere le inefficienze dalle efficienze, e di separare l'efficienza fine a se stessa dalla qualità del servizio erogato e della prestazione professionale;

f) la possibilità di costruire un sistema di prezzi per le attività chirurgiche erogate in regime libero professionale, o in regime convenzionale.

*Si ringrazia la dott.ssa B. Curcio, G. Virgilio, M. Vizzioli e tutto il gruppo di lavoro dell'Assessorato Regionale alla Sanità della regione Emilia-Romagna per aver consentito alla pubblicazione integrale del documento.*

Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio	Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio
615 Ablazione completa di una tasca pleurica	15	175.00	308 Altri pongaggi di una arteria digestiva	11	200.00
616 Ablazione o abrasione pleurica per pneumotorace	15	100.00	70 Ampulloduodenectomia con reimpianto coledoco wirsunghiano	6	180.00
552 Agobiopsia della parete toracica	15	10.00	200 Amputazione del retto per via addomino perineale	4	180.00
626 Allacciatura della vena porta e/o delle sue branche di origine	11	120.00	201 Amputazione del retto per via perineale	4	100.00
282 Allacciatura isolata della aorta addominale o delle iliache	11	100.00	437 Amputazione di coscia	12	60.00
313 Allacciatura isolata di una arteria digestiva	11	60.00	439 Amputazione di gamba e tibio-tarsica	12	60.00
314 Allacciatura isolata di una arteria iliaca interna	11	90.00	438 Amputazione di ginocchio	12	60.00
250 Allestimento di colostomia temporanea	4	60.00	440 Amputazione tarsica e transmetatarsica	12	60.00
330 Altre anastomosi porto-cava radicolari	11	180.00	436 Amputazioni e disarticolazioni delle dita del piede (uno o più dita)	12	15.00
328 Altre anastomosi porto-sistemiche troncolari	11	200.00	435 Amputazioni e disarticolazioni delle dita della mano (una o più dita)	12	20.00
298 Altre rivascolarizzazioni renali	11	200.00	290 Anastomosi arteriosa spleno-renale	11	200.00
632 Altri bendaggi gastrici	16	100.00	63 Anastomosi bilio digestiva con protesi	6	120.00
569 Altri interventi di riparazione plastica della trachea toracica	15	250.00	61 Anastomosi bilio-digestiva coledoco-digiunale	6	120.00
			60 Anastomosi bilio-digestiva coledoco-duodenale	6	100.00

Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio	Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio
54 Anastomosi colecisto-digestive	6	60.00	vento di Ferguson) ed interventi di plastica del pavimento pelvico	5	40.00
55 Anastomosi colecisto-digiunale su ansa esclusa ad y (Roux)	6	100.00	218 Appendicectomia	4	50.00
329 Anastomosi coronaro-cava	11	180.00	122 Apposizione di un espansore	8	50.00
474 Anastomosi extra-intra cranica del sistema carotideo	11	150.00	318 Arteralizzazione dei corpi cavernosi o delle vene peniene per impotenza sessuale	11	150.00
403 Anastomosi linfo-venose	13	120.00	143 Asportazione allargata di tumore surrenalico con svuotamento linfonodale	10	180.00
323 Anastomosi mesenterico-cava con interposizione	11	200.00	95 Asportazione della ghiandola mammaria per ginecomastia	8	40.00
322 Anastomosi mesenterico-cava con ribaltamento della vena cava o della vena iliaca	11	200.00	134 Asportazione dell'areola mammaria	8	18.00
321 Anastomosi mesenterico-cava diretta	11	200.00	570 Asportazione di corpo estraneo intrabronchiale per via toracica	15	150.00
528 Anastomosi palliativa esofagea	2	120.00	142 Asportazione di feocromocitoma	10	140.00
238 Anastomosi palliativa senza exeresi sul colon	4	60.00	141 Asportazione di lesione di una ghiandola surrenale	10	120.00
320 Anastomosi porto-cava tronculare latero-laterale con interposizione	11	200.00	161 Asportazione di protesi erniaria	1	60.00
319 Anastomosi porto-cava tronculare termino-laterale o latero-laterale	11	200.00	93 Asportazione di tessuto mammario ectopico	8	28.00
327 Anastomosi porto-renale	11	180.00	130 Asportazione di un capezzolo soprannumerario	8	18.00
324 Anastomosi spleno-renale centrale con splenectomia	11	200.00	556 Asportazione endoscopica di un corpo estraneo dell'apparato respiratorio	15	75.00
326 Anastomosi spleno-renale distale con deconnessione	11	220.00	127 Autoplastica con sdoppiamento del seno restante per ricostruzione completa	8	150.00
325 Anastomosi spleno-renale latero-laterale	11	180.00	123 Autoplastica cutanea mammaria	8	60.00
429 Angiografia peroperatoria	11	30.00	126 Autoplastica e impianto protesico per ricostruzione completa	8	150.00
420 Angioplastica bilaterale con palloncino di arterie iliache o dell'aorta	11	120.00	125 Autoplastica miocutanea per ricostruzione completa con lembo del muscolo retto	8	150.00
425 Angioplastica con palloncino associata ad intervento chirurgico	11	20.00	124 Autoplastica miocutanea per ricostruzione completa con lembo del M. grande dorsale	8	150.00
421 Angioplastica con palloncino dei tronchi sovra-aortici	11	140.00	631 Bendaggio gastrico regolabile	16	120.00
418 Angioplastica con palloncino di arterie dell'arto inferiore	11	100.00	577 Bilobectomia polmonare	15	200.00
422 Angioplastica con palloncino di arterie viscerali	11	140.00	197 Biopsia chirurgica del canale anale	4	10.00
459 Angioplastica della biforcazione carotidea	11	160.00	196 Biopsia chirurgica della parete rettale	4	40.00
387 Angioplastica della vena cava	11	120.00	50 Biopsia della papilla per via duodenotomica	6	80.00
253 Angioplastica dell'aorta discendente	11	200.00	152 Biopsia della parete addominale o dell'ombelico	1	4.00
333 Angioplastica di allargamento di un'arteria dell'arto superiore	11	70.00	26 Biopsia epatica intraoperatoria	6	20.00
300 Angioplastica di allargamento di una arteria digestiva	11	200.00	25 Biopsia epatica per via laparoscopica	6	40.00
284 Angioplastica di allargamento di una arteria renale	11	200.00	137 Biopsia ghiandole surrenali durante intervento chirurgico	10	4.00
667 Angioplastica di allargamento isolata dell'aorta addominale e/o delle arterie iliache	11	150.00	5 Biopsia intraoperatoria del pancreas	7	40.00
380 Angioplastica di vena profonda di un'arto inferiore	11	90.00	554 Biopsia percutanea del mediastino	15	35.00
481 Angioplastica isolata di V1	11	150.00	550 Biopsia percutanea del polmone	15	35.00
419 Angioplastica monolaterale con palloncino di arteria iliaca	11	100.00	49 Biopsia peroperatoria delle vie biliari	6	60.00
456 Angioplastica per aggressione diretta della arteria carotide comune	11	120.00	553 Biopsia pleurica con ago	15	35.00
376 Angioplastica venosa profonda di un'arto superiore	11	100.00	551 Biopsia polmonare per altre vie (toracosopia e-o videotoracosopia)	15	90.00
430 Angioscopia	11	50.00	549 Broncoaspirazione endoscopica	15	25.00
655 Anoplastica con utilizzo di muscoli gracili (intervento di Pickrell)	5	150.00	449 By-pass aorto-carotideo	11	180.00
662 Anoplastica per stenosi anale	5	10.00	487 By-pass aorto-vertebrale	11	180.00
656 Anoplastica per trasposizione cutanea (inter-			451 By-pass carotido-carotideo	11	150.00
			476 By-pass carotido-vertebrale distale	11	180.00
			629 By-pass digiuno-ileale	16	100.00
			351 By-pass femoro distale estremo	11	170.00
			350 By-pass femoro distale (popliteo inferiore o tibiale alto)	11	150.00
			349 By-pass femoro-popliteo superiore o innesto breve anche di altri segmenti arteriosi	11	120.00



Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio	Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio
382 By-pass o trasposizione di vena profonda degli arti	11	130.00	207 Colectomia totale con o senza mucosectomia ed anastomosi ileo-anoale e confezionamento di reservoir rettale	4	250.00
352 By-pass sequenziale e multiplo	11	200.00	59 Coledocotomia con drenaggio esterno	6	80.00
338 By-pass succlavio-ascellare o omerale	11	150.00	58 Coledocotomia ideale	6	80.00
450 By-pass succlavio-carotideo	11	150.00	56 Coledocotomie con drenaggio interno	6	100.00
337 By-pass tra asse carotideo ed arteria ascellare o omerale	11	150.00	245 Colomiotomia	4	80.00
486 By-pass V1-carotideo	11	150.00	225 Colostomia con protesi	4	80.00
485 By-pass V1-succlaveare	11	150.00	224 Colostomia continente con lembo muscolare	4	120.00
658 Cerchiaggio anale	5	5.00	223 Colostomia laterale	4	40.00
84 Cervicotomia esplorativa con biopsia del tessuto paratiroideo	9	50.00	220 Colotomia con biopsia estemporanea peroperatoria	4	60.00
469 Chemodectomia con innesto carotideo	11	200.00	222 Colotomia esplorativa	4	60.00
468 Chemodectomia con legatura carotidea	11	130.00	221 Colotomia per escissione locale o causticazione di tumori ed emostasi	4	60.00
467 Chemodectomia isolata	11	120.00	219 Colotomia senza biopsia	4	40.00
297 Chirurgia arteriosa su rene trapiantato (quale che sia il procedimento adottato)	11	280.00	206 Colo-proctectomia totale	4	220.00
623 Chirurgia degli ascessi subfrenici per via toracica	15	120.00	515 Controllo Ph-metria e/o mamometria	2	4.00
610 Chirurgia della pseudo artrosi sternale	15	100.00	368 Crossectomia bilaterale	11	50.00
609 Chirurgia delle lesioni infette dello sterno	15	120.00	367 Crossectomia safena interna o esterna	11	30.00
611 Chirurgia delle malformazioni dello sterno	15	200.00	619 Decalillotage del cavo pleurico	15	100.00
404 Chirurgia di exeresi per linfedema di un arto	13	120.00	475 Decompressione di V2-V3-V4 intratrasversaria	11	180.00
295 Chirurgia diretta dei rami dell'arteria renale	11	280.00	614 Decorticazione polmonare (totale)	15	200.00
627 Chirurgia diretta delle varici esofagee (deconnessioni azygo-portali)	2	150.00	189 Degastroresezione	3	200.00
557 Chirurgia endo-tracheo-bronchiale con laser	15	45.00	146 Denervazione surrenale	10	80.00
294 Chirurgia ex-situ con auto-trapianto renale	11	280.00	628 Derivazione peritoneo giugulare	11	90.00
472 Chirurgia isolata della arteria carotide esterna	11	120.00	246 Detorsione di volvolo del sigma	4	60.00
383 Chirurgia restauratrice diretta della vena iliaca	11	150.00	463 Dilatazione chirurgica della arteria carotide interna	11	120.00
390 Chirurgia ricostruttiva della vena cava sottorenale	11	150.00	661 Dilatazione di una stenosi anale in anestesia	5	10.00
391 Chirurgia ricostruttiva della vena cava sovra-renal	11	180.00	532 Dilatazione endoscopica dell'esofago (metallica o pneumatica)	2	60.00
384 Chirurgia ricostruttiva dell'incontinenza valvolare profonda	11	150.00	69 Dilatazione trans-cistica o transcoledocica dello sfintere di Oddi	6	40.00
392 Chirurgia ricostruttiva di vena renale isolata	11	150.00	659 Disinserzione del coccige e degli elevatori	5	30.00
168 Chiusura di eventrazione post-operatoria parete addominale	1	80.00	522 Distruzione di tumore esofageo mediante elettrocoagulazione o altre metodiche	2	40.00
591 Chiusura di fistola bronchiale (bronco principale e lobare)	15	150.00	555 Distruzione endoscopica di tumore o granuloma della trachea	15	50.00
543 Chiusura di fistola esofago-tracheale	2	160.00	634 Distruzione o asportazione di un tumore profondo benigno o maligno dell'ano	5	40.00
173 Chiusura di gastrostomia	3	60.00	635 Distruzione o asportazione di un tumore superficiale benigno o maligno dell'ano	5	10.00
566 Chiusura di tracheotomia con plastica	15	45.00	213 Distruzione totale di tumori rettai con agenti fisici (elettrocoagulazione, ecc.)	4	60.00
41 Cistodigiunostomia	7	120.00	633 Deversione bilio-pancreatica	16	200.00
43 Cistoduodenostomia	7	100.00	433 Doppler peroperatorio	11	15.00
42 Cistogastrostomia	7	100.00	74 Drenaggio della loggia tiroidea	9	20.00
27 Colangiografia intraoperatoria per puntura diretta del fegato	6	20.00	15 Drenaggio di ascesso pancreatico	7	40.00
48 Colangiografia peroperatoria con manometria	6	20.00	249 Drenaggio di ascesso pericolico	4	40.00
47 Colangiografia peroperatoria senza manometria	6	4.00	601 Drenaggio di mediastinite suppurativa	15	100.00
52 Colectectomia	6	80.00	216 Drenaggio di un ascesso appendicolare	4	40.00
53 Colectostomia	6	40.00	44 Drenaggio esterno di pseudocisti pancreatica complicata	7	80.00
230 Colectomia segmentaria con anastomosi	4	100.00	57 Drenaggio trans-cistico della via biliare principale	6	40.00
231 Colectomia segmentaria senza anastomosi (Mikulicz)	4	80.00	540 Drenaggio trans-pleurico dell'esofago	2	40.00
235 Colectomia totale	4	200.00	9 Duodenopancreasectomia totale allargata con resezione venosa e arteriosa	7	300.00
			6 Duodenocefalopancreasectomia	7	260.00

Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio	Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio
7 Duodenopancreasectomia totale	7	260.00	312 Endoarteriectomia di una o più arterie digestive per via endo-aortica	11	200.00
8 Duodenopancreasectomia totale allargata con resezione venosa	7	260.00	293 Endoarteriectomia di una renale per via endo-aortica	11	200.00
432 Ecografia endoluminale	11	30.00	268 Endoarteriectomia iliaca	11	120.00
4 Ecografia intraoperatoria del pancreas	7	20.00	269 Endoarteriectomia iliaco-femorale	11	150.00
431 Ecografia peroperatoria	11	25.00	264 Endoarteriectomia isolata della aorta addominale	11	150.00
262 Embolectomia o trombectomia della aorta addominale o delle iliache comuni per via femorale retrograda	11	100.00	76 Enucleazione di moduli tiroidei multipli	9	80.00
263 Embolectomia o trombectomia della aorta addominale o delle iliache mediante approccio diretto	11	150.00	23 Enucleazione di tumore pancreatico	7	120.00
336 Embolectomia o trombectomia di arteria dell'arto superiore	11	60.00	75 Enucleazione di un nodulo tiroideo	9	40.00
303 Embolectomia o trombectomia di una arteria digestiva per via diretta	11	170.00	36 Epatectomia parziale atipica	6	120.00
304 Embolectomia o trombectomia di una arteria digestiva per via endo-aortica	11	200.00	62 Epaticodigiunostomia intra-ilare	6	180.00
287 Embolectomia o trombectomia renale per via endo-aortica	11	200.00	28 Epatotomia per drenaggio di ascesso o cisti	6	60.00
424 Embolizzazione per cateterismo di fistola artero venosa con materiali biologici o sintetici agli arti	11	110.00	29 Epatotomia per emostasi locale	6	100.00
234 Emicolectomia destra	4	120.00	194 Esame rettale trans-anale in anestesia	4	10.00
233 Emicolectomia sinistra con anastomosi	4	140.00	131 Escissione del capezzolo	8	18.00
232 Emicolectomia sinistra senza anastomosi (Hartmann)	4	120.00	643 Escissione di ragade con sfinterotomia ed anoplastica (parziale)	5	30.00
31 Emiepatectomia destra	6	240.00	521 Escissione di tumore benigno esofageo	2	120.00
30 Emiepatectomia sinistra	6	200.00	652 Escissione di un tramite fistoloso con trazione elastica	5	15.00
510 Emitiroidectomia retrosternale con incisione del manubrio dello sterno	9	130.00	637 Escissione di una marisca	5	5.00
509 Emitiroidectomia retrosternale per via cervicale	9	120.00	214 Escissione locale per via trans-anale di tumore del retto	4	60.00
649 Emorroidectomia chirurgica (sec. Langebeck)	6	20.00	175 Escissione parziale della parete gastrica per tumore	3	60.00
650 Emorroidectomia chirurgica (sec. Milligan-Morgan o Parks o Whitehead)	5	40.00	642 Escissione semplice di una ragade anale	5	5.00
647 Emorroidectomia con agenti fisici isolati od associati	5	5.00	541 Esclusione bipolare dell'esofago	2	100.00
536 Emostasi endoscopica (elettrocoagulazione o fotocoagulazione o laser o termocoagulazione)	2	60.00	523 Esofacectomia parziale con esofago-digiunoplastica o esofago-gastroplastica o esofago-colonplastica intratoracica	2	240.00
339 Endoaneurismorrafia obliterante di aneurisma in arteria dell'arto superiore	11	110.00	525 Esofacectomia senza toracotomia	2	170.00
353 Endoaneurismorrafia obliterante femorale o poplitea	11	100.00	524 Esofacectomia totale con esofago-digiunoplastica o esofago-gastroplastica o esofago-colonplastica cervicale	2	260.00
340 Endoaneurismorrafia ricostruttiva di arteria dell'arto superiore	11	160.00	530 Esofagocardiomiectomia extra-mucosa	2	100.00
354 Endoaneurismorrafia ricostruttiva femorale o poplitea	11	130.00	666 Esofagogastroduodenoscopia senza biopsia	3	40.00
265 Endoarteriectomia aorto-iliaca unilaterale o bilaterale	11	170.00	529 Esofagogastroplastica o esofago colon plastica senza resezione esofagea	2	240.00
267 Endoarteriectomia aorto-iliaco-femorale bilaterale	11	200.00	527 Esofagoplastica (con autotrapianto di ansa intestinale)	2	280.00
266 Endoarteriectomia aorto-iliaco-femorale unilaterale	11	180.00	514 Esofagoscopia per-operatoria	2	25.00
258 Endoarteriectomia dell'aorta toraco-addominale e dei suoi rami renali, digestivi, intercostali o lombari	11	300.00	518 Esofagostomia	2	80.00
311 Endoarteriectomia di una arteria digestiva	11	200.00	516 Esofagotomia esplorativa con o senza biopsia estemporanea per-operatoria	2	60.00
292 Endoarteriectomia di una arteria renale per via diretta	11	200.00	139 Esplorazione bilaterale delle ghiandole surrenali	10	80.00
			138 Esplorazione monolaterale di ghiandola surrenale	10	80.00
			544 Estrazione dicorpo estraneo dall'esofago per via cervicotomica	2	100.00
			531 Estrazione endoscopica di un corpo estraneo dall'esofago	2	60.00
			613 Exeresi allargata per tumore di Pancoast	15	260.00
			586 Exeresi allargata (lobectomia o pneumonectomia) per tumore broncopolmonare	15	240.00
			599 Exeresi completa di un tumore del mediastino	15	175.00
			600 Exeresi completa di un tumore del mediastino (allargata ai tronchi vascolari)	15	260.00

Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio	Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio
589 Exeresi di cisti idatidea polmonare complicata	15	175.000	660 Impianto di stimolatore (intervento per incontinenza anale)	5	30.00
588 Exeresi di cisti idatidea polmonare non complicata	15	160.00	140 Incisione della ghiandola surrenale	10	80.00
364 Exeresi di pacchetti varicosi superficiali	11	20.00	534 Incisione diatermica endoscopica di anello esofageo	2	60.00
507 Exeresi di un linfonodo cervicale a scopo diagnostico	15	28.00	638 Incisione e drenaggio di ascesso perianale	5	5.00
508 Exeresi di un linfonodo prescalenico	15	50.00	365 Incisione e trombectomia superficiale	11	15.00
598 Exeresi di un tumore del mediastino	15	150.00	416 Infiltrazione anestetica di gangli o plessi nervosi	11	20.00
90 Exeresi di una lesione del seno	8	20.00	645 Iniezioni sclerosanti di emorroidi	5	5.00
587 Exeresi polmonare bilaterale in un tempo	15	220.00	444 Innesti cutanei multipli a isole	12	15.00
585 Exeresi polmonare per biopsia per via toracotomica	15	120.00	443 Innesto cutaneo dermo-epidermico alla Tiersch	12	20.00
517 Faringostomia	2	40.00	334 Innesto protesico o by-pass di arteria dell'arto superiore	11	120.00
442 Fasciotomia estremità inferiore o superiore profonda	12	30.00	335 Innesto protesico o by-pass multiplo ad arterie dell'arto superiore	11	160.00
441 Fasciotomia estremità inferiore o superiore superficiale	12	15.00	378 Innesto protesico venoso profondo	11	120.00
546 Fibrobroncoscopia	15	60.00	489 Inserimento chirurgico di cateteri per derivazioni artero-venosa per emodialisi	11	40.00
513 Fibroesofagoscopia con biopsia e/o citologia e/o colorazione vitale	2	40.00	395 Interruzione parziale della vena cava per accesso diretto	11	120.00
512 Fibroesofagoscopia senza biopsia	2	25.00	379 Intervento per flebectasia giugulare	11	30.00
608 Fissaggio di volet costale	15	130.00	372 Intervento per varici recidive	11	60.00
498 Fistola artero venosa all'avambraccio con innesto rettilineo di safena autologa	11	120.00	66 Intubazione transtumorale della via biliare con protesi	6	100.00
497 Fistola artero venosa all'avambraccio con innesto rettilineo protesico	11	120.00	79 Istmetomia tiroidea	9	40.00
499 Fistola artero venosa all'avambraccio con loop protesica	11	120.00	151 Laparotomia esplorativa (con eventuale biopsia)	1	60.00
492 Fistola artero venosa braccio-omero cefalica	11	90.00	504 Laringotomia intercrico-tiroidea	15	45.00
495 Fistola artero venosa braccio-omero-basilica	11	120.00	405 Legatura del dotto toracico per via cervicale	13	90.00
496 Fistola artero venosa braccio-omero-omeroale	11	120.00	406 Legatura del dotto toracico per via toracica	13	150.00
500 Fistola artero venosa con innesto protesico o autologo al braccio	11	120.00	473 Legatura della arteria carotide esterna	11	60.00
491 Fistola artero venosa distale con trasposizione venosa	11	90.00	147 Legatura della arteria surrenale	10	80.00
493 Fistola artero venosa L-L omero-brachiale confluyente del gomito	11	90.00	46 Legatura dell'arteria epatica	6	80.00
490 Fistola artero venosa radiale o ulnare	11	90.00	355 Legatura di fistola artero-venosa	11	100.00
494 Fistola artero venosa retrograda	11	90.00	341 Legatura di fistola artero-venosa dell'arto superiore	11	90.00
501 Fistola artero-venosa a completamento di altre procedure vascolari	11	30.00	371 Legatura di perforanti sottofasciale (Linton o simili)	11	60.00
620 Frenotomia monolaterale per via toracica	15	100.00	648 Legatura elastica associata a crioterapia	5	5.00
178 Gastrectomia subtotale distale allargata per cancro	3	120.00	446 Legatura elastica di emorroidi	5	5.00
177 Gastrectomia polare superiore	3	120.00	454 Legatura isolata della arteria carotide comune	11	90.00
179 Gastrectomia polare superiore allargata per cancro	3	140.00	466 Legatura isolata della arteria carotide interna	11	90.00
183 Gastrectomia totale radicale allargata (milza, coda del pancreas)	3	220.00	478 Legatura isolata della arteria vertebrale distale	11	120.00
182 Gastrectomia totale radicale (R1-R2)	3	200.00	397 Legatura isolata della cava superiore o di un tronco anonimo	11	150.00
181 Gastrectomia totale semplice	3	180.00	332 Legatura isolata di arteria principale dell'arto superiore	11	50.00
184 Gastrodiagnostomia	3	80.00	488 Legatura isolata di V1	11	90.00
630 Gastroplastica verticale o orizzontale	16	150.00	385 Legatura semplice della vena cava inferiore o vena renale	11	90.00
172 Gastrostomia	3	40.00	374 Legatura semplice di vena profonda	11	60.00
169 Gastrostomia esplorativa con biopsia	3	60.00	363 Legatura semplice di vene superficiali	11	10.00
170 Gastrostomia esplorativa senza biopsia	3	40.00	356 Liberazione di arteria poplitea da compressione estrinseca	11	90.00
171 Gastrostomia per emostasi locale	3	60.00	305 Liberazione semplice di una arteria digestiva per compressione estrinseca	11	120.00
568 Greffe o protesi della trachea toracica	15	250.00			
417 Impianto di elettrodo midollare	11	50.00			

Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio	Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio
579 Lobectomia o bilobectomia con resezione-anastomosi o resezione angolare bronchiale	15	240.00	607 Mioplastica per perdita di sostanza parietale toracica	15	175.00
575 Lobectomia polmonare	15	200.00	657 Mioraffia retroanale (intervento di Parks)	5	60.00
576 Lobectomia polmonare per sequestrazione polmonare	15	200.00	535 Miotomia endoscopica	2	60.00
78 Lobectomia tiroidea unilaterale subtotale	9	80.00	410 Nefrectomia	14	80.00
77 Lobectomia tiroidea unilaterale totale	9	80.00	11 Pancreasectomia senza duodenectomia	7	200.00
80 Loboistmectomia	9	80.00	12 Pancreatico-digiunostomia latero-laterale	7	200.00
117 Mammoplastica di aumento con impianto protesico bilaterale	8	75.00	13 Pancreatico-digiunostomia termino-laterale	7	200.00
116 Mammoplastica di aumento con impianto protesico monolaterale	8	50.00	85 Paratiroidectomia semplice	9	100.00
115 Mammoplastica di aumento con lembo dermoadioso bilaterale	8	70.00	87 Paratiroidectomia subtotale	9	150.00
114 Mammoplastica di aumento con lembo dermoadioso monolaterale	8	40.00	86 Paratiroidectomia totale con reimpianto	9	170.00
97 Mammoplastica di riduzione bilaterale	8	140.00	606 Parietectomia toracica per patologia non tumorale	15	120.00
96 Mammoplastica di riduzione monolaterale	8	90.00	604 Parietectomia toracica per tumore e ricostruzione con protesi	15	175.00
91 Mammotomia (incisione semplice del seno)	8	8.00	605 Parietectomia toracica per tumore senza protesi	15	150.00
45 Marsupializzazione di pseudocisti pancreatica complicata	7	80.00	37 Pericistectomia di cisti idatidea del fegato	6	140.00
113 Mastectomia e svuotamento linfonodale della catena mammaria interna monolaterale	8	150.00	180 Piloroplastica	3	40.00
112 Mastectomia radicale allargata bilaterale	8	220.00	174 Piloromiectomia extramucosa	3	40.00
111 Mastectomia radicale allargata monolaterale	8	150.00	154 Plastica bilaterale per ernia inguinale	1	90.00
110 Mastectomia radicale bilaterale con svuotamento ascellare ed asportazione dei muscoli pettorali	8	200.00	158 Plastica di ernia ombelicale	1	60.00
108 Mastectomia radicale bilaterale con svuotamento ascellare ed asportazione del muscolo piccolo pettorale	8	180.00	159 Plastica di ernie rare	1	60.00
107 Mastectomia radicale con svuotamento ascellare ed asportazione di muscolo piccolo pettorale (Patey)	8	110.00	160 Plastica di ernie rare con protesi	1	90.00
105 Mastectomia radicale monolaterale con svuotamento ascellare e conservazione del muscolo pettorale (Madden)	8	100.00	135 Plastica di riduzione o aumento di anomalie di areola mammaria	8	28.00
109 Mastectomia radicale monolaterale con svuotamento ascellare ed asportazione dei muscoli pettorali	8	130.00	157 Plastica per ernia crurale bilaterale con protesi per via inguinale	1	90.00
103 Mastectomia semplice bilaterale	8	90.00	166 Plastica per ernia diaframmatica non iatale per via addominale	18	90.00
106 Mastectomia semplice bilaterale con svuotamento ascellare e conservazione dei muscoli pettorali	8	150.00	163 Plastica per ernia diaframmatica per via toracica	18	175.00
102 Mastectomia semplice monolaterale	8	60.00	162 Plastica per ernia iatale	18	100.00
99 Mastectomia totale sottocutanea bilaterale	8	90.00	155 Plastica per ernia inguinale e crurale associate con protesi per via inguinale o sovrainguinale	1	75.00
101 Mastectomia totale sottocutanea bilaterale con ricostruzione protesica immediata	8	110.00	156 Plastica per ernia inguinale o crurale associate uni o bilaterale con protesi per via mediana	1	90.00
100 Mastectomia totale sottocutanea con ricostruzione protesica immediata monolaterale o con skin expander	8	75.00	153 Plastica per ernia inguinale e crurale monolaterale	1	60.00
98 Mastectomia totale sottocutanea monolaterale	8	60.00	164 Plastica per eventrazione diaframmatica con plicature del diaframma	18	90.00
120 Mastopessia bilaterale	8	90.00	165 Plastica per eventrazione diaframmatica con protesi	18	90.00
119 Mastopessia monolaterale	8	60.00	578 Pleurolobectomia	15	200.00
548 Mediastinoscopia	15	100.00	573 Pleuropneumonectomia	15	220.00
596 Mediastinotomia anteriore o posteriore	15	100.00	547 Pleuroscopia o toracoscopia	15	80.00
651 Messa « a piatto » di una fistola anale (sottocutanea - sottomucosa)	5	10.00	571 Pneumonectomia	15	200.00
664 Metastasectomia epatica	6	80.00	572 Pneumonectomia con linfoganglionectomia mediastinica	15	220.00
			574 Pneumonectomia dopo exeresi parziale del polmone	15	220.00
			289 Pontaggio aorto o iliaco-birenale	11	270.00
			288 Pontaggio aorto o iliaco-renale	11	200.00
			254 Pontaggio aorto-aortico o aorto-iliaco a partire dall'aorta toracica discendente	11	270.00
			306 Pontaggio aorto-epatico	11	200.00
			255 Pontaggio aorto-femorale a partire dall'aorta toracica discendente	11	280.00

Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio	Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio
307 Pontaggio aorto-mesenterico superiore	11	200.00	193 Reintervento per fistola dopo chirurgia gastrica	3	80.00
279 Pontaggio axillo-bifemorale	11	170.00	460 Resezione anastomosi della arteria carotide interna	11	160.00
278 Pontaggio axillo-femorale	11	150.00	560 Resezione anastomosi della trachea (tumore o stenosi iatrogena) per via cervicotomica	15	180.00
277 Pontaggio crociato femoro-femorale	11	120.00	301 Resezione anastomosi di una arteria digestiva	11	200.00
276 Pontaggio crociato iliaco-femorale	11	150.00	285 Resezione anastomosi di una arteria renale	11	200.00
275 Pontaggio o sostituzione iliaco-femorale per via otturatoria	11	180.00	482 Resezione anastomosi di V1	11	160.00
273 Pontaggio o sostituzione protesica aorto-bifemorale	11	200.00	583 Resezione atipica polmonare (periferica o tumorectomia)	15	150.00
271 Pontaggio o sostituzione protesica aorto-bisiliaca	11	180.00	584 Resezione capitonage polmonare (bolle di enfisema)	15	130.00
270 Pontaggio o sostituzione protesica aorto-iliaca unilaterale	11	170.00	621 Resezione del diaframma	15	120.00
272 Pontaggio o sostituzione protesica aorto-iliaco-femorale	11	200.00	167 Resezione del grande epiploon	1	20.00
274 Pontaggio o sostituzione protesica iliaco-femorale	11	150.00	205 Resezione del retto con abbassamento retrorettale e trans-ale del colon	4	180.00
428 Posizionamento di catetere arterioso per trombolisi farmacologica	11	15.00	202 Resezione del retto con anastomosi per via addominale	4	160.00
14 Posizionamento di drenaggio peripancreatico	7	40.00	203 Resezione del retto con anastomosi per via sacro-coccigea	4	180.00
396 Posizionamento di filtro cavale per via periferica	11	90.00	204 Resezione del retto con anastomosi transanale	4	180.00
595 Posizionamento di uno o più drenaggi toracici	15	40.00	399 Resezione della cava superiore o di una anonima	11	150.00
409 Prelievo dei due reni da cadavere per trapianto	14	150.00	386 Resezione della vena cava inferiore	11	100.00
407 Prelievo di rene da cadavere per trapianto	14	90.00	64 Resezione della via biliare principale per tumore del coledoco	6	200.00
373 Prelievo di segmento venoso per Patch	11	20.00	65 Resezione della via biliare principale per tumore ilare	6	220.00
408 Prelievo di un rene da vivente per trapianto	14	110.00	412 Resezione dello stellato	11	80.00
360 Prelievo di vena o preparazione di safena in situ per innesto arterioso	11	40.00	519 Resezione di diverticolo esofageo cervicale	2	80.00
506 Puntura concitologia di una adenopatia cervicale	15	4.00	520 Resezione di diverticolo esofageo toracico	2	120.00
89 Puntura o agobiopsia percutanea del seno	8	4.00	581 Resezione di due segmenti polmonari	15	180.00
51 Puntura peroperatoria della via biliare	6	20.00	582 Resezione di più segmenti polmonari	15	200.00
104 Quadrantectomia con svuotamento ascellare	8	100.00	580 Resezione di segmento polmonare	15	175.00
94 Quadrantectomia semplice della mammella	8	40.00	618 Resezione di rumore della pleura	15	180.00
462 Reimpianto della arteria carotide interna sulla arteria carotide comune	11	160.00	461 Resezione e innesto della arteria carotide interna	11	160.00
296 Reimpianto di arteria polare in corso di chirurgia aorto-iliaca	11	80.00	381 Resezione e innesto protesico di vena profonda degli arti	11	130.00
361 Reimpianto di arto inferiore	11	300.00	446 Resezione ed anastomosi della arteria carotide comune	11	150.00
344 Reimpianto di arto superiore	11	300.00	447 Resezione ed innesto autologo della arteria carotide comune	11	160.00
88 Reimpianto di tessuto paratiroideo	9	70.00	448 Resezione ed innesto protesico della arteria carotide comune	11	160.00
149 Reimpianto di tessuto surrenale in corso di altro intervento	10	40.00	176 Resezione gastro-duodenale	3	100.00
484 Reimpianto di V1 in arteria carotide comune	11	150.00	236 Resezione ileo-cecale	4	100.00
483 Reimpianto di V1 in arteria succlavia	11	150.00	402 Resezione innesto della vena cava superiore	11	180.00
477 Reimpianto di V2-V3-V4 sull'asse carotideo	11	180.00	563 Resezione iterativa della trachea	15	250.00
309 Reimpianto diretto di una arteria digestiva sull'aorta (esclusa mesenterica inferiore)	11	200.00	558 Resezione parziale angolare della trachea cervicale (tumore)	15	100.00
150 Reimpianto tessuto surrenale	10	80.00	559 Resezione parziale angolare della trachea toracica (tumore)	15	150.00
452 Reimpianto della carotide sulla succlavia	11	150.00	526 Resezione segmentaria dell'esofago	2	120.00
71 Reinterventi sulla via biliare per calcolosi residua	6	100.00	603 Resezione totale di una costa (ad eccezione della prima)	15	75.00
72 Reinterventi sulla via biliare per riparazione del coledoco	6	160.00	602 Resezione totale o parziale della prima costa	15	100.00
73 Reinterventi sulla via biliare per riparazioni della via biliare ilare	6	240.00	260 Resezione-anastomosi della aorta addominale o delle iliache comuni	11	180.00
663 Reinterventi sull'ano per emorragie	5	5.00			

Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio	Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio
562 Resezione-anastomosi della trachea (tumore o stenosi iatrogena) per via toracotomica o cervicosternotomica con abbassamento laringeo	15	250.00	24 Sequestrectomia pancreatica	7	120.00
561 Resezione-anastomosi della trachea (tumore o stenosi iatrogena) per via toracotomica o cervico-sternotomica senza abbassamento laringeo	15	240.00	33 Settoriectomia epatica destra (VI-VII segmento)	6	180.00
252 Resezione-anastomosi dell'aorta discendente	11	250.00	32 Settoriectomia epatica sinistra (II-III segmento)	6	160.00
208 Rettopessia per via addominale	4	80.00	68 Sfinteroplastica transduodenale	6	90.00
209 Rettopessia per via perineale	4	40.00	654 Sfinteroraffia associata a miorafia degli elevatori	6	90.00
195 Rettoscopia con biopsia estemporanea peroperatoria	4	20.00	22 Sfinterotomia della papilla minore pancreatica	7	80.00
199 Rettotomia per drenaggio di ascesso perirettale o del Douglas	4	60.00	644 Sfinterotomia isolata	5	30.00
198 Rettotomia per escissione locale o elettrocoagulazione di un tumore per via perineale o laparotomica	4	80.00	67 Sfinterotomia transduodenale con o senza biopsie	6	80.00
118 Revisione di impianto protesico mammario	8	15.00	415 Simpatiectomia lombare	11	60.00
502 Revisione parziale di fistola artero venosa	11	90.00	413 Simpatiectomia toracica per via dorsale, sovraclaveare o ascellare o toracoscopica	11	90.00
191 Ricanalizzazione del duodeno con anastomosi gastroduodenale	3	120.00	414 Simpatiectomia toracica per via toracotomica	11	110.00
192 Ricanalizzazione del duodeno con interposizione di ansa efferente	3	140.00	672 Sistema impiantabile con catetere endoperitoneale	17	50.00
237 Ricanalizzazione intestinale dopo intervento di Hartmann	4	140.00	668 Sistema impiantabile in arteria viscerale	17	100.00
229 Riconfezione di colostomia	4	60.00	669 Sistema impiantabile in vena del distretto portale	17	100.00
136 Ricostruzione del complesso areola-capezzolo	8	60.00	670 Sistema impiantabile della giugulare interna	17	70.00
471 Ricostruzione della arteria carotide interna per via cervicale	11	200.00	671 Sistema impiantabile per puntura della succlavia	17	60.00
121 Ricostruzione protesica del seno	8	50.00	261 Sostituzione protesica della aorta addominale o delle iliache comuni	11	200.00
129 Riduzione del volume del capezzolo bilaterale	8	36.00	257 Sostituzione protesica della aorta toracica discendente o toracica-addominale con reimpianto diretto o indiretto di arterie renali e/o digestive e/o intercostale e/o lombari	11	300.00
128 Riduzione del volume del capezzolo monolaterale	8	18.00	302 Sostituzione protesica di una arteria digestiva	11	200.00
434 Rilevazione cruenta della pressione	11	5.00	286 Sostituzione protesica di una arteria renale	11	200.00
210 Rimozione di corpo estraneo del retto	4	30.00	256 Sostituzione protesica semplice dell'aorta toracica discendente	11	180.00
357 Riparazione combinata di arteria e vena dell'arto inferiore	11	180.00	20 Splancnectomia bilaterale	7	120.00
343 Riparazione combinata di arteria e vena dell'arto superiore	11	180.00	19 Splancnectomia destra	7	80.00
358 Riparazione di due arterie di gamba	11	150.00	18 Splancnectomia sinistra per via addominale	7	60.00
542 Riparazione di fistola esofago-cervicale	2	120.00	17 Splancnectomia sinistra per via lombare	7	60.00
567 Riparazione diretta di fistola esofagotracheale iatrogena o acquisita (atresia esofagea esclusa)	15	175.00	10 Splenopancreasectomia sinistra	7	180.00
317 Rivascolarizzazione arteriosa distale per impotenza sessuale	11	180.00	145 Surrenalectomia bilaterale per via anteriore addominale	10	160.00
310 Rivascolarizzazione della arteria mesenterica inferiore in corso di chirurgia aorto-iliaca	11	80.00	144 Surrenalectomia monolaterale	10	120.00
315 Rivascolarizzazione di una arteria iliaca interna in corso di chirurgia aorto-iliaca	11	80.00	590 Sutura dei bronchi principali (lesioni traumatiche)	15	150.00
316 Rivascolarizzazione isolata di una arteria iliaca interna	11	180.00	247 Sutura del colon	4	60.00
291 Rivascolarizzazione renale a partire dalle arterie digestive	11	200.00	39 Sutura del fegato	6	100.00
370 Safenectomia bilaterale	11	75.00	388 Sutura della vena cava sottorenale	11	120.00
369 Safenectomia interna o esterna	11	50.00	389 Sutura della vena cava sovra-renale	11	150.00
533 Sclerosi endoscopica dell'esofago	2	75.00	299 Sutura di arteria digestiva per lesione traumatica	11	150.00
366 Sclerosi per-operatoria di varici	11	20.00	564 Sutura di ferita della trachea cervicale	15	60.00
35 Segmentectomia epatica multipla	6	160.00	565 Sutura di ferita della trachea toracica	15	150.00
34 Segmentectomia epatica unica	6	140.00	538 Sutura di ferita esofagea per via addominale	2	100.00
			537 Sutura di ferita esofagea per via toracica	2	120.00
			148 Sutura di ghiandola surrenale	10	80.00
			539 Sutura di lacerazione esofagea per via cervicale	2	80.00
			592 Sutura di lesione traumatica polmonare	15	120.00
			259 Sutura laterale della aorta addominale o delle iliache	11	120.00

Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio	Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio
453 Sutura laterale della arteria carotide comune	11	90.00			
465 Sutura laterale della arteria carotide interna	11	90.00	228 Trattamento di stenosi e prolasso di colostomia per via laparotomica	4	40.00
251 Sutura laterale dell'aorta toracica	11	150.00		4	100.00
283 Sutura laterale di una arteria renale	11	120.00	211 Trattamento di stenosi rettale con incisione o dilatazione	4	60.00
331 Sutura semplice laterale o terminale di arteria dell'arto superiore	11	70.00	641 Trattamento di una cisti del seno pilonidale con sutura e plastica	5	30.00
377 Sutura semplice laterale o terminale venosa profonda	11	80.00	640 Trattamento di una cisti del seno pilonidale con sutura semplice	5	15.00
398 Sutura semplice o angioplastica della vena cava superiore	11	150.00	639 Trattamento di una cisti del seno pilonidale per escissione senza sutura	5	10.00
40 Tamponamento emostatico del fegato	6	70.00	653 Trattamento di una fistola anale complessa	5	25.00
445 Tea con sutura diretta della arteria carotide comune	11	150.00	636 Trattamento di una trombosi emorroidaria esterna	5	5.00
457 Tea della biforcazione carotidea	11	150.00	244 Trattamento radicale di fistola colcutanea senza resezione	4	60.00
458 Tea della biforcazione carotidea con patch	11	160.00	242 Trattamento radicale di fistola colo-cutanea con resezione	4	160.00
480 Tea di V1 con angioplastica	11	160.00	240 Trattamento radicale di fistola colo-vaginale o colo-vescicale con resezione	4	180.00
479 Tea di V1 senza angioplastica	11	150.00	239 Trattamento radicale di fistola colo-vescicale o colo-vaginale	4	100.00
347 Tea femoro-poplitea breve	11	100.00	243 Trattamento radicale di fistola enterocologica senza resezione	4	100.00
348 Tea femoro-poplitea estesa	11	140.00	241 Trattamento radicale di fistola entero-colica con resezione	4	180.00
597 Timectomia per via cervicale	15	130.00	342 Trattamento ricostruttivo di fistola artero-venosa dell'arto superiore	11	150.00
511 Tiroidectomia retrosternale per via sternotomica o toracotomica	9	180.00	400 Trombectomia cavale superiore per accesso diretto	11	150.00
81 Tiroidectomia sub totale	9	100.00	401 Trombectomia cavale superiore per accesso periferico	11	100.00
82 Tiroidectomia totale	9	150.00	393 Trombectomia della vena cava per accesso diretto	11	120.00
665 Tiroidectomia totale con linfadenectomia	9	200.00	394 Trombectomia della vena cava per accesso periferico	11	90.00
624 Toracentesi	15	10.00	625 Trombectomia della vena porta e/o delle sue branche di origine	11	170.00
612 Toracoplastica	15	175.00	375 Trombectomia di vena profonda	11	80.00
594 Toracotomia con o senza resezione costale	15	100.00	455 Tromboembolectomia della arteria carotide comune	11	120.00
83 Totalizzazione di tiroidectomia dopo lobostmectomia	9	100.00	464 Tromboembolectomia della arteria carotide interna	11	120.00
190 Totalizzazione dopo gastroresezione	3	220.00	503 Tromboembolectomia per trombosi di fistola artero venosa	11	90.00
505 Tracheostomia	15	220.00	92 Tumorectomia mammaria (neoplasia maligna)	8	28.00
411 Trapianto di rene	14	220.00	470 Utilizzazione di shunt temporaneo	11	30.00
38 Trapianto ortotopico o eterotopico epatico	6	380.00	427 Utilizzo di dispositivo endoluminale « stent » in appoggio alla angioplastica con palloncino (compresa)	11	30.00
21 Trapianto pancreatico eterotopico	7	260.00	426 Utilizzo di laser o aterotomo preliminare all'angioplastica con palloncino	11	50.00
593 Trapianto polmonare	15	300.00	423 Utilizzo di laser o aterotomo o altro dispositivo per superare ostruzioni isolatamente	11	90.00
133 Trasposizione del capezzolo	8	18.00	188 Vagotomia associata a miotomia	3	100.00
617 Trattamento chirurgico del chilotorace esclusa la chirurgia del dotto toracico	15	175.00	186 Vagotomia selettiva	3	100.00
622 Trattamento chirurgico dell'ernia diaframmatica di tutti i tipi per via toracica	15	175.00	187 Vagotomia superselettiva	3	100.00
248 Trattamento chirurgico di peritonite acuta di origine colica	4	100.00	185 Vagotomia tronculare	3	80.00
217 Trattamento chirurgico di una peritonite appendicolare	4	80.00	2 Wirsungrafia intraoperatoria dopo resezione caudale	7	20.00
132 Trattamento dell'infossamento del capezzolo	8	28.00	3 Wirsungrafia intraoperatoria per via duodenotomica	7	60.00
359 Trattamento di aneurisma o stenosi anastomotica protesico-femorale	11	150.00	1 Wirsungrafia intraoperatoria tramite puntura diretta	7	20.00
226 Trattamento di ernia peristomale	4	100.00			
281 Trattamento di fistola aorto o iliaco-cavale	11	270.00			
280 Trattamento di fistola aorto o iliaco-digestiva	11	270.00			
16 Trattamento di fistola pancreatica esterna	7	140.00			
212 Trattamento di fistola rettale per via addominale	4	100.00			
215 Trattamento di fistola retto-vaginale	4	120.00			
345 Trattamento di malformazioni artero-venose della mano	11	180.00			
362 Trattamento di malformazioni artero-venose dell'arto inferiore	11	150.00			
346 Trattamento di malformazioni artero-venose dell'arto superiore	11	150.00			
545 Trattamento di recidiva di ernia iatale per via toracica	15	180.00			
227 Trattamento di stenosi e prolasso di colostomia per via extra-peritoneale					

# **RAGIUSAN**

**Rassegna giuridica della sanità**

Rivista mensile

di dottrina, giurisprudenza, documentazione  
di interesse socio-sanitario

*edita sotto gli auspici del Ministero della sanità*

N. 3 della Collana « **La legge delega** »

# **Il decreto legislativo n. 517/93 coordinato con il d.l.vo n. 502/92**

**Prodromi e riferimenti normativi del D.L.vo n. 517 del  
7 dicembre 1993. In appendice l'elenco degli aspiranti  
all'incarico di direttore generale delle aziende sanita-  
rie, articolato per regione di residenza dell'aspirante**

a cura di **Luigi D'Elia**



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

**Ragiusan** - Direttore responsabile: **Luigi D'Elia**

Publicazione registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 97/84 in data 10 marzo 1984  
Fotocomposizione: Giuseppe Fratini - Stampa « Grafica Ripoli » s.n.c. - Tivoli



**SDA BOCCONI**  
la business school

# *Il farmacista ospedaliero: ruolo dirigenziale*

**L**a struttura manageriale per la sanità pubblica è una realtà. Recenti provvedimenti legislativi in sanità indicano le figure manageriali in grado di introdurre innovazioni organizzative per gestire il processo di cambiamento nell'ospedale. Tra queste figure c'è il farmacista ospedaliero.

Il corso della durata di 6 giorni si effettuerà in due moduli di tre giorni ciascuno:

**dal 16 al 18 maggio 1994**

**dal 13 al 15 giugno 1994**

Per informazioni: SDA BOCCONI - Tel. 02/5836.6831



SDA BOCCONI - Divisione Amministrazioni Pubbliche - Via Bocconi, 8 - 20136 Milano

Desidero ricevere, senza alcun impegno, il materiale illustrativo relativo a:

IL FARMACISTA OSPEDALIERO: RUOLO DIRIGENZIALE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

94MECO

Spedire  
via  
Fax  
al n°  
02  
5836.6832