

Comitato scientifico

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

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

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

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

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

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

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

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Franco Sassi
Coordinatore generale

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

Marco Meneguzzo

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Federica Bandini

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Giovanni Fattore

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Corrispondenti esteri

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

Tel. 06/8073368-8073386 - Fax 06/8085817

Redazione

20136 MILANO - Via Bafilla, 18

Tel. 02/58363132-58363136 - Fax 02/89404523

Pubblicazione

— edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1982

— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.

— stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774/381700, Fax 0774/381700

— spedita in abbonamento postale 50% - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 60.000

— associata all' 

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **Processo di aziendalizzazione dei policlinici universitari**
- Sez. 1ª - **Saggi e ricerche**
- 8 **Funzionalità dell'azienda ospedale e appropriatezza della degenza: quadro di riferimento, strumenti di misurazione ed esperienze italiane**
di M. Venegoni, F. Toneatto
- 16 **Un modello di pianificazione strategica per la scelta dell'assetto istituzionale dei servizi socio-assistenziali**
di Francesco Longo, Roberta Montanelli
- 31 **Le tecnologie biomediche nel Servizio sanitario nazionale**
di Mario Del Vecchio
- Sez. 2ª - **Commenti**
- 46 **Il modello aziendale nel nuovo Servizio sanitario nazionale**
di Luca Anselmi
- 50 **La retribuzione accessoria e variabile nelle U.S.I. tra politiche contrattuali e scelte aziendali**
di Renato Ruffini
- 52 **Linee di indirizzo per l'applicazione delle nuove norme contrattuali relative alla incentivazione del personale non medico**
di Loredana Di Palo, Francesco Longo
- Sez. 3ª - **Esperienze innovative**
- 58 **Ospedalità privata per acuti nel Regno Unito**
di Lorenzo Mantovani
- 67 **L'introduzione del concetto di network in sanità: l'esperienza del Centro unico di prenotazione telefonica**
di Attilio Gugliatti, Emanuele Vendramini
- 76 **Controllo di gestione ed ingegneria clinica: due nuovi ed importanti strumenti al servizio delle aziende sanitarie**
di M. Lucchelli, M. Sivo, E. Porfido, F. Magni, N. Del Sorbo
- Sez. 4ª - **La sanità nel mondo**
- 82 **L'introduzione di elementi di mercato nella riforma sanitaria in Grecia**
di Manos Matsaganis
- 90 **Analisi della struttura sanitaria decentralizzata svizzera: l'esempio del Cantone Ticino**
di Christian Castelli
- 97 **La promozione della qualità negli ospedali pubblici ticinesi**
di Anna De Benedetti
- Sez. 5ª - **Sanità e impresa**
- 102 **Farmacoeconomia e imprese farmaceutiche in Italia: i risultati di un'indagine empirica**
di Mario Sorrentino
- Sez. 6ª - **Biblioteca**
- 116 **Novità bibliografiche**
- 118 **Spoglio riviste**
- 120 **Bibliografia monotematica**
- 126 **Tesi di laurea**

PROCESSO DI AZIENDALIZZAZIONE DEI POLICLINICI UNIVERSITARI

Oggi è in atto un profondo processo di cambiamento sia nel sistema sanitario sia nel sistema universitario (autonomia delle Università rimasta per ora incompleta, revisione delle «tabelle» delle Facoltà mediche, armonizzazione a livello europeo) che richiederebbero:

— una certa gradualità;
— modificazioni della «cultura» a livello centrale (sia del MURST che del Ministero della Sanità), a livello regionale e a livello decentrato (docenti, dirigenti delle Università e dei policlinici a gestione diretta, dirigenti delle aziende ospedaliere con presenza dell'Università, ecc.);

— soluzioni operative di una serie di problemi «pratici» che si conseguono cambiando le regole di funzionamento del S.S.N. e dell'Università.

I diretti «interessati» (Rettori, Presidi delle Facoltà mediche, Assessori regionali alla sanità, Direttori generali delle aziende ospedaliere, docenti delle facoltà mediche, primari e medici del S.S.N.) sono ovviamente interessati ad avere «soluzioni chiare e certe» per i problemi operativi, magari tramite provvedimenti di legge, ma tali soluzioni note non potranno esserci se non cambierà la cultura, il modo di affrontare i problemi ai vari livelli che consenta di rimuovere alcuni «vincoli esterni» che impediscono oggi di risolvere i problemi stessi.

Si chiedono soluzioni immediate per problemi «urgenti», ma il cambiamento della cultura «richiede» un tempo che non può essere troppo lungo ma nemmeno troppo breve.

Senza la ricerca di un equilibrio tra soluzioni formali e convenzioni tra università e S.S.N., norme di legge immediate e tempi necessari per cambiare la cultura dei diversi «attori», qualsiasi soluzione proposta porterà allo «scontro frontale» tra interessi diversi (Università e S.S.N., medici universitari e medici ospedalieri, policlinici universitari a gestione diretta o a gestione indiretta e aziende ospedaliere di alta specializzazione e aziende U.S.L.), alla pura affermazione del potere, scontro dal quale nel breve periodo qualcuno potrà uscirne vincente altri perdenti, però con il degrado progressivo di tutto il sistema nel medio periodo. Caduti vecchi equilibri, oggi i problemi sono chiari e gravi, mentre molte delle soluzioni proposte hanno il limite di esprimere o di tenere conto delle «esigenze di una parte» (quella dei policlinici e delle facoltà mediche) e non sempre dei vincoli e delle esigenze generali (del S.S.N. nel caso specifico) ponendo ad altri soggetti (MURST, S.S.N., Regioni) l'obbligo di trovare risposte. La conseguenza è una specie di alternativa «dicotomica» esplicita o implicita così riassumibile:

— si dica se si vuole mantenere i «policlinici universitari» e le facoltà di medicina e allora si soddisfino le loro esigenze di dotazione di personale e di fondi di ricerca;

— o si abbia il coraggio di dire chiaramente che in certe regioni o in certe città non si vuole la facoltà medica con tutte le conseguenze del caso.

Ma in una società articolata, con molti «soggetti in campo», le alternative dicotomiche portano poco lontano e non consentono di «contemperare» interessi diversi e tutti legittimi.

Occorre che ogni soggetto, come pone sul tavolo le proprie esigenze funzionali alla sopravvivenza e allo sviluppo, ponga sul tavolo anche modifiche dei propri comportamenti.

Linee guida

Per uscire dall'impasse delle troppe esigenze rispetto ai troppi vincoli occorre che le proposte operative mentre «chiedono qualcosa» prevedano di «dare in cambio qualcosa» lungo le seguenti linee guida:

1) senza un decisivo aumento del livello di «produttività» sia nella gestione dell'assistenza che nella ricerca e nella didattica dell'Università (nazionalizzazione del suo finanziamento) non sarà possibile avere risorse per tutti;

2) quando si chiede autonomia di funzionamento, occorre accettare re-

sponsabilità (comprese quelle dell'equilibrio economico) e accettare verifiche dei risultati ottenuti (di qualità e costo della ricerca, della didattica e dell'assistenza nel caso dei policlinici universitari);

3) chi chiede di avere autonomia decisionale deve accollarsi la responsabilità (e il rischio) di garantire l'equilibrio operativo ed anche economico. Quindi nel caso dei Policlinici a gestione diretta la responsabilità diretta e primaria è dell'Università, mentre nel caso di gestione indiretta la responsabilità è più equilibrata tra Università e Regioni secondo le clausole previste dalle convenzioni che saranno stipulate tra questi due soggetti;

4) oggi non è sufficiente evidenziare che la ricerca e la didattica hanno costi «aggiuntivi» all'assistenza (il che è vero) e chiedere che tali costi siano sostenuti dal sistema universitario o dal S.S.N. Poiché sia per l'uno che per l'altro le risorse sono «limitate e decrescenti» occorre fare anche proposte per ridurre i costi (dell'assistenza da un lato e della ricerca didattica dall'altro) e per reperire risorse aggiuntive (che non è facile, ma è una via obbligatoria);

5) le facoltà mediche e di conseguenza i Policlinici (specie a gestione diretta) devono in qualche modo scegliere una strategia di fondo tra le due alternative che nel breve periodo non sono nette, ma che nel lungo periodo portano a sistemi completamente diversi:

— quello di un sistema universitario, unitario con forti regole comuni (di fatto sostituire con una politica centralizzata pur in presenza di autonomie «gestionali» delle singole Università), il che richiede di avere come interlocutore privilegiato il MURST e linee di finanziamento della ricerca e della didattica sempre più autonome dalle regioni;

— quella di un sistema universitario che ha minori rigidità e uniformità sul fronte didattico-scientifico (e che si raccorda maggiormente alle esigenze del S.S.N., nel qual caso occorre un maggior grado di collaborazione e di coordinamento proprio con le regioni alle quali è stata trasferita la responsabilità di governo del sistema sanitario.

La scelta è più difficile per le facoltà mediche rispetto ad altre facoltà, ma è inevitabile, dato lo stretto collegamento che esiste tra laurea in medicina e occupazione nel S.S.N. (necessità quindi di programmare l'offerta in relazione alla domanda e ai modelli organizzativi della sanità che saranno sempre più «regionalizzati»), e la stessa relazione che esiste tra ricerca biomedica e sue applicazioni nel miglioramento dell'assistenza.

Per altre facoltà per le quali i risultati della ricerca e l'occupazione dei laureati sono polivalenti, esiste un minore (tanto minore quanto maggiore è la polivalenza) grado di parallelismo tra scelte dell'Università e scelte di struttura e di regole di funzionamento dei diversi settori nei quali troveranno sbocco i laureati.

Le condizioni di contesto in cui si muovono i policlinici

Le funzioni di ricerca e didattica (dell'Università) e quella di tutela della salute sono indubbiamente «funzioni pubbliche, di pubblica utilità e di pubblico interesse» a cui è necessario rispondere tenendo conto che in questi ultimi anni sono cambiate molte condizioni del contesto economico, sociale e istituzionale ed altre sono destinate a cambiare nel prossimo futuro:

1) nei sistemi pubblici vi è stato un deciso spostamento:

— dalla filosofia del «governo dell'offerta» che significava program-

mare la dotazione di strutture e il loro finanziamento, sistemi «autoreferenziali» (una volta creata una struttura questa permaneva anche se non serviva a nulla o produceva poco) e sistemi professionali sostanzialmente di cooptazione;

— alla filosofia della valorizzazione del ruolo della domanda, il che significa che le «strutture di offerta» (comprese le aziende ospedaliere, le facoltà mediche e i Policlinici) devono motivare la loro esistenza in relazione ai bisogni che sono in grado di soddisfare, ai «risultati» (scientifici, di formazione, di assistenza) che producono e sono sempre più sottoposte al confronto con altre strutture di offerta (tipicamente con aziende ospedaliere non universitarie);

2) il processo di «autonomia» dell'Università non è stato completato e comunque per ora si è tradotto prevalentemente nella creazione di una serie di vincoli di tipo finanziario. Tuttavia tale processo consente già da ora una serie di «spazi per scelte discrezionali» che le diverse sedi sfruttano in misura assai differente. In alcuni casi la mancanza di capacità di scelta e di capacità di innovazione viene giustificata con l'esistenza di vincoli che in realtà non esistono. Si deve peraltro dire che a ciò contribuiscono a volte, e in misura non marginale, anche gli organi centrali (Ministeri, organi di controllo, ecc.) che interpretano in termini restrittivi, burocratici e non sempre legittimi la nuova normativa imponendo autorizzazioni, deroghe, controlli e comportamenti «del passato»;

3) al contrario il processo di decentramento del S.S.N. è andato avanti e ora le Regioni hanno una elevata autonomia decisionale e una grande responsabilità sul piano dell'equilibrio economico del settore sanitario. Ed è inevitabile, oltre che naturale, che esse non siano disposte a farsi ca-

rico tout court delle esigenze (e del finanziamento) dei costi di ricerca e di didattica dell'Università se ciò non corrisponde ad esigenze della Regione in termini di miglioramento della qualità ed anche in termini di aumento della produttività dell'assistenza, in termini di formazione e aggiornamento dei medici e degli altri operatori sanitari (pre laurea o post laurea con attività di aggiornamento e formazione continua, in termini di collegamento, collaborazione, e segmentazione dell'attività con le altre strutture di offerta);

4) le risorse pubbliche, siano esse dell'Università o della sanità, sono decrescenti e ciò implica che il vincolo economico deve essere affrontato agendo sui livelli di efficienza organizzativa interna dei Policlinici, siano essi a gestione diretta o a gestione indiretta. Non sono più consentite logiche in cui si definiscono «modelli organizzativi», siano essi di ricerca e didattica, di assistenza o integrati in base ad «astratti» principi e criteri di efficacia, valore culturale e razionalità senza preoccuparsi della «fattibilità e sostenibilità economica», anzi chiedendo ad altri soggetti che «la fattibilità economica sia garantita con scelte coraggiose».

Di fronte alla limitatezza delle risorse, le esigenze e le richieste di qualcuno (soggetto fisico o istituzionale) ancorché legittime devono confrontarsi con le esigenze e le richieste di altri soggetti che a loro volta possono essere del tutto legittime e socialmente utili (è semplicistica la tesi che contrappone esigenze e richieste legittime e socialmente utili alla difesa di interessi illegittimità o addirittura illeciti, poiché è noto che in questo caso non si può usare la categoria logica della razionalità, ma solo quella del «potere fine a se stesso»).

Di fronte alla limitatezza delle risorse rispetto a molte esigenze social-

mente utili, oltre alle categorie logiche della «equità» e «priorità» sociale, occorre usare anche quelle della razionalità economica, del rapporto benefici-costi o almeno risultati-costi, della efficienza organizzativa, della ricerca di sinergie tra soggetti diversi, della ricerca di interessi comuni.

I problemi dei policlinici universitari

Alcuni dei «problemi concreti» dei Policlinici a gestione diretta sono tutto sommato di agevole soluzione:

1) personalità giuridica. Non vi è dubbio che le loro caratteristiche, l'autonomia gestionale, organizzativa, tecnica, contabile ed amministrativa porti ad affermare che essi, al pari delle aziende ospedaliere, abbiano le caratteristiche per avere autonomia personalità giuridica.

Poiché essa non sembra formalmente riconosciuta dalla presente normativa la soluzione è quella di adottare un provvedimento normativo che attribuisca esplicitamente l'autonomia giuridica nella forma di «azienda» dell'Università;

2) il patrimonio. Non vi è dubbio che le strutture edilizie o le attrezzature utilizzate «a vario titolo» dai Policlinici debbano essere inventariate, valutate e trasferite alle aziende come patrimonio iniziale.

Dato l'attuale livello della «organizzazione amministrativa» (non sempre efficiente) non sarà sempre semplice l'inventario dei beni, la loro valorizzazione, la soluzione degli aspetti formali (e fiscali) del trasferimento di proprietà alla nuova azienda. Ma si tratta di problemi a prevalente rilevanza teorica che possono essere risolti con una corretta organizzazione amministrativa e con «chiarimenti di tipo legislativo» (ad esempio in materia fiscale del trasferimento dei beni);

3) sistema contabile. Anche se lo schema di bilancio approvato in applicazione dell'art. 5 del decreto legislativo 502/92 parla nelle voci di conto economico di personale di assistenza, appare indubbio che esso possa essere facilmente utilizzato per includervi anche il costo del personale universitario ai fini della determinazione del «costo di produzione dei servizi». Ciò può essere fatto sia dando una interpretazione estensiva alle voci di bilancio sia utilizzando la «nota integrativa» al conto consuntivo con la dimostrazione di costi dei servizi.

Problemi più rilevanti nascono con riguardo ad altri aspetti caratteristici della gestione.

Primo. Non vi è dubbio che nei Policlinici a gestione diretta siano presenti funzioni di ricerca didattica e assistenza e che tali funzioni siano inscindibili.

Si tratta di funzioni che peraltro sono presenti in tutte le «aziende sanitarie» (anche ospedaliere) seppure con un mix diverso.

Ricerca di base e formazione pre laurea caratterizzano il sistema universitario e quindi i Policlinici a gestione diretta dell'Università.

La ricerca applicata e la formazione post laurea (di specializzazione) possono vedere coinvolte anche strutture ospedaliere convenzionate.

La formazione di «aggiornamento» e la formazione «continua» del medico e degli altri operatori sanitari, oggi fortemente trascurata, non può essere esclusiva preminente dell'Università anche se è auspicabile un suo maggiore coinvolgimento.

Anche se si tratta di funzioni «tra loro inscindibili» occorre precisare che:

— ogni azienda (Policlinico a gestione diretta, azienda ospedaliera con o senza presenza dell'Università) deve precisare il suo maggiore o minore impegno in una delle componenti

(focalizzazione strategica) anche con riguardo alle diverse «aree funzionali»;

— con opportuni sistemi di contabilità analitica è possibile dare una «dimensione significativa» (anche se non oggettiva) dei costi riferibili alle tre funzioni.

Secondo. Il principio della unitarietà dell'azienda richiede che di fronte a funzioni «inscindibilmente legate», occorre garantire l'equilibrio dell'intera azienda nel suo complesso e non per singole attività. È evidente peraltro che utilizzando anche i dati della contabilità analitica dei costi, è possibile chiedere che il sistema universitario e il S. S.N. attribuiscono «finanziamenti riferibili concettualmente a specifiche attività» (di ricerca, di formazione, di assistenza) che sono per essi più rilevanti.

Spetta al Direttore Generale dell'azienda (che dovrà essere previsto anche per i Policlinici a gestione diretta) ricercare finanziamento da varie fonti per raggiungere un equilibrio rispetto ai costi.

È evidente che per i Policlinici «a gestione diretta» sarà maggiore la responsabilità del sistema universitario nel garantire risorse adeguate per il corretto svolgimento delle funzioni e che le Regioni, pur dovendo riconoscere gli aspetti di qualità dell'assistenza collegata alla presenza delle Università anche sul piano economico, saranno meno disponibili a sostenere finanziariamente eventuali scelte « motivate esclusivamente da logiche e criteri dell'Università » noti ma scarsamente rispondenti alle esigenze assistenziali.

Nel caso di aziende ospedaliere con presenza dell'Università vi può e vi deve essere una maggiore integrazione delle scelte e una maggiore responsabilizzazione nel finanziamento (tramite convenzioni) tra Università e Regione.

Terzo. Anche i Policlinici, come le aziende sanitarie, come in generale tutte le strutture pubbliche, devono abbandonare la logica di «programmare la dotazione delle risorse» (compreso il personale) e di chiedere poi a qualche soggetto esterno di coprire il relativo costo.

La logica dell'azienda impone che il finanziamento sarà sempre più correlato ai «risultati» ottenuti. Quindi il finanziamento dei Policlinici a gestione diretta dipenderà:

1) dai livelli di finanziamento della formazione di base e della ricerca stabiliti per l'Università dal Ministero o da altri organismi (che esprime l'importanza attribuita dal Paese all'investimento sul futuro);

2) dalla possibilità di incrementare le «tasse universitarie» (che dipende dalla «maturità sociale» rispetto a differenti scelte di impiego della ricchezza delle famiglie e dalle condizioni politiche);

3) dalla capacità di ottenere da enti vari (italiani o stranieri) finanziamento per ricerche o attività formative «finalizzate» (come, ad esempio, convenzionamento di «cattedre» per materie di specifico interesse per le imprese, costruzione di laboratori dedicati, ecc.);

4) capacità di riattivare fonti di finanziamento derivanti da «atti di liberalità» (nuove forme di mecenatismo): anche se non è facile e se all'inizio avrà un valore limitato i Policlinici devono cercare di entrare nel circuito del finanziamento delle attività non profit.

Quarto. Per quanto riguarda il finanziamento tramite il pagamento da parte del S.S.N. dell'attività di assistenza, due sono le vie (le strategie possibili):

— o si negoziano con le Regioni tariffe unitarie (legate ai DRG o ad altro sistema di case mix) superiori ad altre aziende ospedaliere in modo da inclu-

dere i costi di ricerca e della didattica (almeno in parte poiché parte della remunerazione del personale è comunque garantita sul bilancio dell'Università);

— o si accettano tariffe uguali con altre strutture e si negoziano con le regioni (con tutti i rischi e le incertezze del caso) finanziamenti «finalizzati» aggiuntivi per la ricerca e per la formazione «di interesse della Regione» (tipicamente quella post laurea).

La prima strategia è più coerente con una ampia autonomia dell'azienda Policlinico, la seconda è più aleatoria e dipende maggiormente dalle vicende istituzionali (e politiche) delle Regioni e dalla loro differente capacità di programmare.

Quinto. Per quanto riguarda il problema «più critico», quello del personale, occorre seguire le seguenti linee di indirizzo:

1) una ricognizione più precisa e puntuale del personale è condizione preliminare per qualsiasi proposta;

2) occorre che tutto il personale diventi «personale dell'azienda Policlinico» indipendentemente dalla provenienza universitaria o dal S.S.N.;

3) come in molte imprese si ha personale inquadrato in «diversi settori» e con diversi «contratti di lavoro», così nella azienda Policlinico, o in altre aziende ospedaliere, potrebbe essere mantenuto personale «inquadrato nell'Università» e «sostituire con personale inquadrato nel S.S.N.» (personale di assistenza, ausiliario, ecc.): sarà però necessario superare il più presto possibile la molteplicità dei contratti e soprattutto le disparità di trattamento per posizioni simili e applicare sistemi di retribuzione «flessibili» (peraltro introdotti dai nuovi contratti del pubblico impiego) che distinguono varie componenti di remunerazione, quella legata alla posizione, quella legata alle funzioni e quella collegata al merito e alla pro-

fessionalità (definizione migliore rispetto a quella di «produttività»);

4) occorre abbandonare seppure gradualmente, il sistema della pianta organica fissa e tendere verso sistemi in cui la dotazione di personale (quantitativo e qualitativo) sia legato ai piani strategici di sviluppo, ai volumi di attività previsti nel breve e nel lungo periodo, ai modelli organizzativi adottati che a loro volta dovranno essere sempre meno legati al posto letto o ad altri parametri strutturali e sempre più collegati alle migliori «modalità funzionali» messe a punto per le diverse patologie;

5) nell'immediato occorre semplificare il sistema retributivo collegando le varie «componenti» a impegni e a risultati «verificabili e controllabili» e attribuendole al bilancio dell'Università o al bilancio del S.S.N. (alle Regioni) in base a quanto in precedenza detto sulla responsabilità del finanziamento: occorre soprattutto evitare che «voci retributive» siano

conteggiate due volte (nella tariffa delle prestazioni e come finanziamento a parte) o non siano conteggiate del tutto (escluse da entrambi i calcoli);

6) in prospettiva sarà comunque necessario introdurre una maggiore «flessibilità» dei rapporti di lavoro (contratti a termine, contratti part time, lavoro interinale, ecc.) per dare flessibilità alla gestione dell'azienda: senza flessibilità dei rapporti di lavoro sia dei docenti che di altro personale sarà difficile realizzare una vera gestione aziendale.

Sesto. Per quanto riguarda la programmazione regionale sembra opportuno che anche i policlinici a gestione diretta siano coinvolti non solo a livello di parere ma nell'intero processo. Ciò dovrebbe avvenire con la seguente metodologia:

— le regioni definiscono le linee strategiche del loro piano sanitario sulla base della loro finalità di responsabili della tutela della salute (nel breve e nel lungo periodo);

— le singole aziende, ivi compresi i Policlinici universitari, dovranno formulare i rispettivi «piani strategici aziendali» che non siano in contrasto con le linee della Regione;

— in sede regionale, tramite processi di confronto e negoziazione, si dovranno risolvere i conflitti (sovrapposizione o lacune rispetto alle aree di bisogni di salute) nascenti dalle proposte dei piani delle diverse aziende e dalle esigenze dell'Università che non sempre coincidono perfettamente con quelle dell'assistenza.

Se questo processo si realizzerà sulla base di principi di distinzione dei ruoli, collaborazione o comunque «competizione regolata», correlazione tra risultati e livello dei finanziamento, sarà possibile risolvere buona parte dei contrasti con soddisfazione di tutti gli attori istituzionali e, soprattutto, con piena soddisfazione dei cittadini-pazienti che devono essere tutelati da un efficace efficiente ed economico sistema sanitario.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

FUNZIONALITÀ DELL'AZIENDA OSPEDALE E APPROPRIATEZZA DELLA DEGENZA: QUADRO DI RIFERIMENTO, STRUMENTI DI MISURAZIONE ED ESPERIENZE ITALIANE

di M. Venegoni¹, F. Toneatto²

¹ Divisione Medica Ospedale Fatebenefratelli - Milano

² Divisione Ost./Ginecologia Ospedale Fatebenefratelli - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Variabili ambientali, culturali, sociali ed economiche influenti sulla spedalizzazione - 3. Metodologie e strumenti di ricerca sull'appropriatezza della degenza - 4. Caratteristiche dell'Appropriateness Evaluation Protocol - 5. Il questionario P.R.U.O. (Protocollo Revisione Uso Ospedale) - 6. Esperienze italiane di applicazione dello strumento A.E.P. - 7. Considerazioni conclusive.

The article discusses the unappropriateness of hospital care, investigating: the causes of inadequate admissions and the possible methodologies to evaluate the appropriateness of admissions, services provided and length of stay. Different techniques, with particular attention to AEP (Appropriateness Evaluation Protocol), are presented. Some Italian experiences are reported and discussed.

1. Introduzione

La dimensione economica della spesa sanitaria pubblica italiana, a causa dei livelli carenti di programmazione centrale e regionale, ha raggiunto ormai i 93.000 miliardi, parte dei quali vengono spesi per finanziare il processo della cosiddetta «sanitarizzazione dei bisogni sociali».

Oltre la metà della spesa sanitaria pubblica si concentra sull'ospedalizzazione e di questo settore si occupa il seguente studio. Poiché l'assistenza in regime di degenza è particolarmente costosa, nostro obiettivo è l'analisi dei casi in cui tale assistenza viene prestata senza che ve ne sia necessità.

Le ospedalizzazioni «inadeguate o inappropriate» costituiscono un fenomeno macroscopico di spreco di risorse e nello stesso tempo di diminuzione del prodotto «salute» dell'azienda sanitaria in quanto favoriscono il diffondersi di tutti i danni da medicalizzazione. Sebbene ci sia un'ampia consapevolezza che una parte dell'utilizzo delle risorse ospedaliere sia inappro-

priato (i pazienti ricevono o servizi che non danno loro dei benefici significativi o che potrebbero essere erogati da altre strutture a più basso costo), il trend di utilizzo ospedaliero non può essere analizzato attraverso un'indagine sull'utilizzo totale. Attraverso questa misura è infatti difficile capire quanto le variazioni siano dovute ad un aumento o ad una diminuzione relativa all'utilizzo non appropriato.

Diversi studi hanno dimostrato che una quota non trascurabile dell'assistenza ospedaliera può essere considerata «non necessaria» sia perché vengono ammessi in Ospedale pazienti che potrebbero essere assistiti in regime ambulatoriale o di day hospital, sia perché la durata della degenza potrebbe essere ridotta.

2. Variabili ambientali, culturali, sociali ed economiche influenti sulla spedalizzazione

Il fenomeno dell'ospedalizzazione impropria è dato da un mix complesso

e con peso variabile delle diverse componenti di:

a) variabili di tipo organizzativo del sistema di offerta (distribuzione territoriale dei servizi; grado di efficienza dei servizi di medicina di base e dei servizi ospedalieri; rapporti comunicativi fra i diversi livelli di intervento — ospedaliero, domiciliare, ambulatoriale —; presenza di protocolli di valutazione e gestione dei casi; comportamento dei sanitari);

b) variabili a livello di domanda (comportamento sanitario da parte dei soggetti e/o delle famiglie, in particolare, il grado di integrazione sociale degli anziani nelle famiglie e nelle varie reti sociali).

Le modalità di interazione fra tali complesse variabili determinano la soglia differenziale di accesso ai servizi sanitari e danno carattere di appropriatezza o meno all'ospedalizzazione.

Lo stesso approccio esplicativo può essere utilizzato nell'analisi del fenomeno, specularmente opposto, della

de-medicalizzazione impropria che comprende la situazione dell'accesso impropriamente negato alle cure e delle dimissioni improprie e della scarsa tutela di base dei pazienti anziani ed emarginati con caratteristiche di cronicità e/o di non autosufficienza.

Spesso a queste variabili si associa il grado di integrazione sociale in particolare con le micro-reti sociali (famiglie, vicinato, volontariato, etc.). Le cause (sociali/economiche/sanitarie) che generano l'uso improprio dell'istituzione ospedaliera, vanno lette anche in prospettiva relazionale, al pari delle carenze conseguenti. Fra queste assumono particolare rilevanza le carenze di «integrazione sociale/sicurezza» oltre alle carenze di residenze protette, di reparti di riabilitazione e per lungodegenti.

Vi sono inoltre cause prevalentemente «culturali»:

— impatto normativo non corretto (inteso come mancata comprensione dell'importanza dei servizi territoriali da parte delle autorità competenti);

— giudizio degli utenti errato o incompleto (sia sul ruolo dell'ospedale che sull'esistenza e potenzialità dei servizi territoriali alternativi e/o sostitutivi);

— inadeguatezza dei sistemi comunicativi ed operativi fra i vari contesti ed al loro interno.

3. Metodologie e strumenti di ricerca sull'appropriatezza della degenza

La crescita marcata dei costi della sanità rappresenta uno dei problemi maggiormente dibattuti in tutti i paesi sviluppati. Il rapido ed aggressivo emergere di nuove tecnologie, e la ripetuta dimostrazione di diversità marcate nell'uso di procedure/interventi tra aree geografiche diverse, hanno posto con urgenza la necessità di valutare quanto tali variazioni rappresenti-

no una risposta adeguata a diverse situazioni epidemiologico-cliniche di base o siano piuttosto frutto di incertezza professionale, condizioni facilitanti specifiche (es. pressione del mercato), etc.

Si sono sviluppati così almeno due differenti approcci allo studio di questi fenomeni. Con una terminologia non completamente soddisfacente si usa definire questi studi come studi di «appropriatezza». Un primo tipo è quello degli studi che valutano l'appropriatezza medico-tecnica della indicazione ed esecuzione di specifici interventi o procedure (studi di «appropriatezza specifica»). Sono questi gli studi la cui metodologia è stata messa a punto negli USA dal gruppo di ricerca della Rand Corporation, che hanno la finalità di valutare, indipendentemente dal luogo nel quale la procedura/intervento è stata effettuata, se essa è stata eseguita su un soggetto per il quale i benefici attesi erano superiori agli eventuali effetti avversi (1).

Un secondo tipo è quello invece degli studi sull'«appropriatezza generica», che valutano l'appropriatezza del livello di assistenza (ospedale, day hospital, medicina specialistica o di base...) nel quale un particolare problema del paziente deve essere trattato, indipendentemente dallo specifico tipo di procedura/intervento eseguito ed anche dal tipo di problema sanitario oggetto di valutazione.

A questo secondo filone appartengono gli studi sull'appropriatezza di uso dell'ospedale e che si prefiggono di valutare l'adeguatezza tecnica delle decisioni prese (ad es. la decisione di ricoverare o meno in ospedale un paziente che presenta certi segni e/o sintomi) e l'efficienza operativa, con la quale l'assistenza viene fornita, indipendentemente da un riferimento ad una specifica condizione e/o procedura (2).

La spinta maggiore alla conduzione di questo tipo di studio si è avuta negli USA subito dopo l'avvio dei programmi Medicaid e Medicare (3), negli anni '70, che permettevano l'accesso all'assistenza ospedaliera di una quota molto rilevante di popolazione precedentemente non fornita di copertura sanitaria. L'atteso e verificato aumento dei tassi di ospedalizzazione successivo all'entrata in vigore di questi programmi ha posto con urgenza il problema di capire se questo aumento fosse una conseguenza del soddisfacimento di un bisogno sanitario precedentemente non soddisfatto per mancanza di accessibilità o se invece si trattasse di un aumento spiegabile come un uso non appropriato delle risorse non più filtrato da barriere di natura economica.

Da questo punto di vista, la spinta alla messa a punto di metodi di misurazione affidabili del fenomeno appropriatezza è derivata dalla (ovvia) constatazione che il semplice monitoraggio dei tassi di ospedalizzazione non permetteva di discriminare tra uso appropriato e non, né tantomeno tra livelli qualitativi (è o meno appropriato di per sé il ricovero di uno specifico paziente?) e quantitativi (data l'ammissione di un determinato paziente in ospedale è o meno appropriata la durata totale del suo ricovero?) di appropriatezza.

Nei primi studi che hanno cercato di affrontare esplicitamente il problema appropriatezza, si è fatto ricorso a metodi di valutazione impliciti e non strutturati; uno o più medici e talvolta personale paramedico, esaminavano la cartella clinica ed esprimevano poi un giudizio di necessità o meno del ricovero, o della singola giornata di degenza. La carenza principale di questo approccio consisteva proprio nella bassa riproducibilità del giudizio (4).

A partire dai primi anni '80, si sono sviluppati alcuni strumenti ad hoc che

avevano l'obiettivo specifico di migliorare la riproducibilità ed, almeno in parte, anche la validità del giudizio di appropriatezza:

- a) A.E.P. (Appropriateness Evaluation Protocol) (5);
- b) S.M.I. (Standardized Medreview System) (6);
- c) I.S.D. (Intensity-Severity Discharge) (7);
- d) Delay Tool (8).

Ciascuno di questi strumenti è composto da un set di criteri espliciti ed obiettivi, diagnosi-indipendenti, mirati a permettere di formulare un giudizio sulla necessità, dal punto di vista medico o di assistenza infermieristica e/o di supporto vitale, del ricovero e della singola giornata di degenza.

Ciascuno strumento differisce dall'altro per il tipo di organizzazione e per il numero e contenuto dei criteri.

L'A.E.P. e l'S.M.I., ad esempio, hanno liste separate di criteri per il giudizio relativo all'appropriatezza dell'ammissione e della giornata di degenza, mentre l'I.S.D. usa gli stessi criteri per entrambe le valutazioni.

Il Delay Tool, invece, ha solo criteri per la valutazione della giornata di degenza. La valutazione dell'ammissione e della/delle giornate di degenza è concepita per essere indipendente, nel senso che non si assume una relazione fissa tra l'una e le altre. Il giudizio relativo all'ammissione è formulato sulla base delle informazioni disponibili nel primo giorno di ricovero così come quello sulla singola giornata di degenza dovrebbe essere fatto solamente sulla base delle informazioni riferite al giorno precedente.

Sebbene ciascuno degli strumenti sopra elencati consista in una serie di criteri espliciti ed obiettivi, viene riconosciuta la possibilità di servirsi di valutazioni/motivazioni ulteriori non comprese in queste liste per rendere

ragione del giudizio di appropriatezza/inappropriatezza.

L'esperienza maggiormente documentata in letteratura è quella relativa all'A.E.P. americano. Nei diversi studi condotti negli ospedali americani sono emerse percentuali di ammissione e giornate di degenza inappropriate comprese tra l'8% e il 25% per l'ammissione, e tra il 12% ed il 41% per le giornate di degenza (9).

4. Caratteristiche dell'Appropriateness Evaluation Protocol

Il questionario A.E.P. sviluppato da Gertan e Restuccia è uno strumento di valutazione composto da un insieme di criteri espliciti, diagnosi-indipendenti, relativi alle condizioni del paziente ed alla intensità/complessità del suo trattamento, corrispondenti ad al trentanti motivi che rendono necessaria e giustificata l'ammissione in ospedale e/o la presenza del paziente in regime di ricovero nella specifica giornata di degenza considerata.

I criteri sono generici e sono quindi applicabili a tutti i pazienti a prescindere dalla specifica diagnosi. Il questionario è stato studiato per valutare l'appropriatezza della degenza in reparti per acuti (escluse le unità di terapia intensiva); esiste una versione specifica per reparti pediatrici.

In numerosi studi è stata documentata la buona riproducibilità dello strumento. Un tentativo di misurare la validità — definita come corrispondenza tra giudizio ottenuto con lo strumento e giudizio formulato da parte di esperti — è stato fatto in uno studio relativamente ad A.E.P., I.S.D. e S.M.I. I risultati hanno evidenziato una relativa superiorità dell'A.E.P. rispetto agli altri due strumenti pur nel quadro di una complessiva limitata corrispondenza tra i due tipi di fonte (10).

5. Il questionario P.R.U.O. (Protocollo Revisione Uso Ospedale)

Il motivo principale che ha spinto il gruppo di lavoro italiano a proseguire nella messa a punto di uno strumento che andasse oltre l'A.E.P. è stata la limitata capacità di quest'ultimo di studiare analiticamente i motivi delle ammissioni e delle giornate di degenza non giustificate. Così si è arrivati alla definizione di uno strumento denominato P.R.U.O. (Protocollo Revisione Uso Ospedale). Rispetto all'A.E.P. il P.R.U.O. mantiene una struttura sostanzialmente simile. È anch'esso basato su criteri espliciti (18 per l'ammissione e 23 per la giornata di degenza), diagnosi-indipendenti, relativi alla condizione del paziente ed alla intensità/complessità del suo trattamento. Come per l'A.E.P., anche il P.R.U.O. permette di arrivare a formulare un giudizio di necessità dell'ammissione o della singola giornata di degenza qualora venga soddisfatto almeno un criterio.

Criteri ordinari

La valutazione dell'appropriatezza dell'ammissione o delle giornate di degenza viene fatta a partire dalle informazioni contenute nella cartella clinica o in qualunque altra documentazione scritta disponibile. Anche se la modalità prevalente di uso dello strumento è stata, in studi retrospettivi, basata solamente sulle informazioni presenti nella cartella clinica, anche in alcuni studi condotti in Italia, il P.R.U.O. è stato utilizzato in modo concorrente richiedendo informazioni aggiuntive al medico di reparto, al medico di Pronto Soccorso, al caposala o ai familiari del paziente (in questo caso vanno segnalate tutte le fonti di raccolta delle informazioni). Nell'applicare il P.R.U.O. ad uno specifico paziente compito principale del rilevatore è quello di verificare che siano

presenti e documentati uno o più criteri espliciti e diagnosi-indipendenti, che rendano giustificata l'ammissione o la presenza in ospedale in un determinato giorno. I criteri contenuti nel P.R.U.O. per la classificazione dell'ammissione sono in totale 18. Essi si dividono in due grandi categorie:

— criteri legati alle condizioni del paziente (totale 11 criteri);

— criteri legati a prestazioni da eseguirsi nelle successive 24 ore e la cui esecuzione richieda il ricovero (totale 7 criteri).

I criteri per la classificazione della singola giornata di degenza sono invece 23. Essi sono divisi in tre categorie principali:

— criteri legati alla necessità di eseguire prestazioni medico-chirurgiche (totale 11 criteri);

— criteri legati alla necessità di prestazioni infermieristiche o di supporto vitale (totale 6 criteri);

— criteri legati alle condizioni del paziente (totale 6 criteri).

Per considerare appropriata una ammissione o una singola giornata di degenza è sufficiente che il rilevatore verifichi che almeno uno dei rispettivi criteri espliciti sia stato soddisfatto.

Il criterio è soddisfatto quando è rintracciabile nella documentazione del paziente una procedura/intervento cui uno dei criteri espliciti si riferisce. Quando i criteri sono più di uno, vanno segnalati tutti. Quando nessuno dei criteri è stato soddisfatto il rilevatore giudicherà non giustificata (non appropriata) una determinata ammissione o giornata di degenza.

Criteri straordinari

La filosofia del P.R.U.O. permette al rilevatore di esercitare una propria valutazione personale indipendentemente dal fatto che, nel caso specifico, fossero o meno soddisfatti uno o più criteri espliciti. Per il rilevatore è in-

fatti possibile classificare appropriata una ammissione o giornata di degenza anche quando nessuno dei criteri previsti dal protocollo era soddisfatto. D'altro canto, può essere classificata non appropriata una ammissione o una giornata di degenza anche quando sia soddisfatto uno specifico criterio. La prima possibilità viene offerta al rilevatore per giustificare — in base a considerazioni di carattere clinico — un episodio assistenziale che altrimenti verrebbe considerato non appropriato. La seconda possibilità serve invece per dare al rilevatore l'opportunità di dichiarare non appropriate quelle situazioni nelle quali, pur potendo riferirsi ad uno o più criteri espliciti, l'assistenza complessivamente fornita non sia, a suo giudizio, giustificabile. Quando il rilevatore ritiene opportuno utilizzare questi criteri straordinari è necessario che egli documenti obiettivamente i motivi che hanno guidato la sua scelta. Nell'esperienza italiana maturata sinora il ricorso a questi criteri straordinari è stato assai limitato.

Training dei rilevatori

Negli Stati Uniti gli studi sull'appropriatezza dei ricoveri e/o delle giornate di degenza hanno utilizzato prevalentemente personale non medico, solitamente infermieri professionali, come rilevatori. Ovviamente gli operatori venivano sottoposti a specifico training. In tutte le esperienze condotte in Italia, si è preferito utilizzare medici, in genere neolaureati, perché il P.R.U.O., malgrado preveda criteri espliciti, presenta ancora margini non indifferenti di interpretazione personale. Si ritiene che i medici, più che gli infermieri professionali, sappiano correlare i criteri ai dati emergenti nella cartella clinica. Ovviamente esiste come «effetto collaterale» il rischio di un eccesso di interpretazione

da parte di questi ultimi. Indipendentemente dalla scelta della figura professionale del rilevatore diventa quindi essenziale il problema del training. Il training generalmente, prevede anzitutto una presentazione formale del questionario, della sua «filosofia» e del suo contenuto. Segue una prima fase applicativa in cui si simula la compilazione del questionario collegialmente, con fotocopie di cartelle cliniche. Le cartelle cliniche, devono essere scelte accuratamente per permettere di evidenziare tutte le possibili problematiche che possono presentarsi durante lo studio. Le cartelle cliniche devono essere rappresentative del tipo di casistica trattata in ospedale e scelte per area (chirurgica, medica, etc.). Dopo alcuni e simulazioni collegiali si passa alla successiva fase in cui ciascun rilevatore compila il proprio questionario. Per ogni cartella e questionario viene discussa l'attribuzione a criteri e motivi sino a raggiungere un adeguato grado di accordo. L'addestramento è indispensabile per superare le difficoltà concettuali del P.R.U.O. (diagnosi-indipendenza), per familiarizzare con il questionario, per uniformare le modalità di raccolta e l'interpretazione dei criteri. Secondo l'esperienza del gruppo di lavoro italiano, un buon addestramento richiede da 3 a 5 giorni. Nell'unico gruppo di studio italiano nel quale è stata formalmente misurata la «riproducibilità tra osservatori» un training tipo quello accennato, ha permesso di ottenere valori di concordanza di giudizio tra coppie di rilevatori molto buoni.

Referenti di reparto

Una corretta applicazione dello strumento P.R.U.O. deve prevedere l'identificazione di personale medico interno ai reparti cui rivolgere la stessa fase formativa prevista per i rilevatori il cui compito principale deve essere

quello di consentire la realizzazione dello studio pianificando. I tutor sono esperti delle procedure, dei flussi informativi e della documentazione, adottati dall'ospedale e/o dai singoli reparti. Il loro compito è:

- assistere i rilevatori mettendo a disposizione l'esperienza e le conoscenze accennate;
- controllare alla fine del lavoro una percentuale di cartelle cliniche.

Fonti per la raccolta dati

Le fonti di informazione sono rappresentate dalla «documentazione clinica ufficiale» costituita da:

- cartella clinica medica;
- cartella infermieristica;
- registro consegne;
- ogni altro supporto informativo peculiare del reparto.

Le sorgenti di informazione, in carenza di dati rilevabili dalle cartelle cliniche, sono costituite da:

- documentazione clinica;
- consultazione dei referenti di reparto;
- consultazione del medico responsabile del malato o altro personale;
- il paziente e/o i familiari.

6. Esperienze italiane di applicazione dello strumento A.E.P.

In Italia sono stati condotti, a partire dal 1989, una serie di studi mirati a descrivere le modalità d'uso dell'ospedale relativamente ad ammissioni e giornate di degenza.

Nella tabella 1 sono riportate alcune delle caratteristiche relative a numerosità di pazienti, metodo di campionamento utilizzato e tipo di fenomeno analizzato (ammissione o giornata di degenza).

Nella quasi totalità dei casi lo strumento utilizzato era una versione tratta dell'A.E.P. anche se non esatta-

mente uguale in tutti gli studi. Tutti gli studi elencati nella tabella (tranne quelli di Aosta e Garbagnate), avevano come finalità principale una stima dell'appropriatezza delle ammissioni e delle giornate di degenza misurate a partire dall'analisi delle informazioni contenute nelle cartelle cliniche di pazienti presenti in ospedale in specifiche «giornate-indice». Complessivamente, da questi studi, è emerso che all'incirca una ammissione su quattro ed una giornata di degenza ogni 2-3 potevano considerarsi, almeno in via

teorica, evitabili (non giustificate) (tabella 2).

In tutti gli studi, pur con differenze, è emersa inoltre una sostanziale variabilità legata al tipo di reparto esaminato, legata verosimilmente al mix di pazienti oltreché alle prassi specifiche che ogni reparto indubbiamente possiede. La non comparabilità dei pazienti nei diversi studi è certamente un elemento da considerare nel fare raffronti fra studio e studio (tabella 3).

Una menzione a parte merita l'ultimo studio condotto al S. Gerardo di

Tabella 1 - Caratteristiche generali di alcuni studi italiani sull'uso dell'ospedale

Anno	Ospedale	Numero di pazienti	Metodo di campionamento	Ammissione	Degenza
1989	Monza 1	273	Giornate di degenza	—	X
1990	Monza 2	1.054	Giornate di degenza	X	X
1990	Torino	198	Giornate di degenza	X	X
1990	Bergamo	443	Giornate di degenza	X	X
1990	Aosta	407	Ammissione	Solo pronto soccorso	
1991	Usl 31 Veneto	440	Giornate di degenza	X	X
1991	Monza 3	1.122	Ammissione	X	X
1991	Garbagnate	351	Ammissione	Solo pronto soccorso	
1993	Niguarda	1.952	Giornate di degenza	X	X

Tabella 2 - Sintesi dei principali risultati di alcuni studi italiani sull'uso dell'ospedale

Studio	N. pazienti	% giornate non giustificate	
		Ammissione	Degenza
Monza 1	273	—	41
Monza 2	1.054	27	40
Bergamo	443	37	47
Monza 3	1.122	26	32
Niguarda	1.952	36	44

Tabella 3 - Distribuzione di alcune caratteristiche degli studi sulla valutazione dell'uso dell'ospedale condotti in Italia

	Monza 1	Monza 2	Bergamo	Monza 3	Niguarda
N. reparti	7	9	9	Tutti *	Tutti *
% pazienti chirurgici	49	40	48	45	49
% maschi	52	50	47	53	56
Età media	53	54	54	50	56
% età > 65	47	43	34	32	—
Durata media della degenza	—	29	9	—	28
% degenza > 30 giorni	—	30	10	—	—

* Tranne reparti di terapia intensiva, unità coronarica e psichiatrica.

Monza (indicato come Monza 3), nel quale una coorte di pazienti ammessa in ospedale è stata seguita e valutata, giorno per giorno, fino a un massimo di 30 giorni. L'analisi di ben 10.196 giornate di degenza (prodotte da 1.122 pazienti) ha evidenziato che il 32% (3.269/10.196) di esse era da ritenersi non giustificato. Per il 50% di tali giornate il motivo di presenza era attribuibile ad attesa di esecuzione di esami diagnostici pre-operatori, per il 19% ad attesa di comunicazione dell'esito di esami eseguiti e per il restante 31% da altre ragioni quali: attesa di consulto specialistico, attesa di disponibilità di sala operatoria, valutazione soggettiva del curante. Solo nel 4% dei casi tali giornate sono risultate attribuibili a motivi di carattere «sociale» quali attesa del ricovero in lungodegenza, indisponibilità dei parenti a ricevere a casa il familiare, etc.

Oltre agli studi citati, vale la pena ricordare due studi che si sono focalizzati specificamente sul problema del Pronto Soccorso condotti, rispettivamente, nell'ospedale di Aosta e di Garbagnate Milanese. In entrambi gli studi è stata sperimentata una modifica della modalità tradizionale di uso dell'A.E.P. Nel caso dello studio di Aosta al giudizio formulato tramite A.E.P. si aggiungeva una valutazione implicita soggettiva del medico di Pronto Soccorso: la percentuale di ammissioni non appropriate è risultata pari al 28%.

Nel caso dello studio di Garbagnate, invece, per tutti i casi ammessi dal Pronto Soccorso (153 soggetti pari al 44% del totale di coloro che si erano presentati in tre «giornate-indice») si procedeva, due giorni dopo l'ammissione, ad una valutazione dell'ammissione stessa: i ricoveri non appropriati sono risultati pari al 15%. Per nessuno dei casi rinviati a domicilio dal Pronto Soccorso si è verificato un ricovero ospedaliero in altra sede nelle succes-

sive 48 ore. Infine meritano di essere citati i risultati di due studi svolti su specifiche popolazioni di pazienti. Il primo ha riguardato pazienti affetti da AIDS. Sono state valutate 167 giornate di degenza, relative a pazienti con AIDS conclamata, scelte in modo casuale da un universo di 1.463 giornate di degenza pari a 49 ricoveri di 14 pazienti con AIDS assistiti in 4 centri. La percentuale di giornate di degenza non necessarie è risultata pari al 74%, senza differenze significative per età, sesso e modalità di trasmissione. La percentuale di giornate di degenza non necessarie era significativamente più elevata nel caso di pazienti in stadio di malattia meno avanzata e scendeva ad un valore pari al 58% nel caso di pazienti in stadio terminale di malattia (11).

Il secondo studio ha cercato di stimare l'impatto economico attribuibile alle infezioni ospedaliere (12). Si tratta di un'interessante applicazione dello strumento A.E.P. in quanto permette di distinguere le giornate di degenza addizionali legate alla presenza di infezione da quelle legate al trattamento del problema clinico principale che ha determinato il ricovero. Sono state analizzate le cartelle cliniche di tutti i pazienti con infezione delle vie urinarie di origine nosocomiale nei reparti di ortopedia e di lungodegenza. Sono state valutate 445 giornate di degenza. Ne è emerso un quadro corrispondente con quanto riportato nella letteratura internazionale (13) secondo cui nessuna di queste giornate era attribuibile alla sola presenza dell'infezione.

In sintesi, quindi, tutte le esperienze hanno confermato la presenza di una quota non trascurabile di ammissioni non chiaramente giustificabili sul piano clinico, e di una quota sostanziale di giornate di degenza almeno parzialmente evitabili. Bisogna peraltro tener presente che tali differenze possono dipendere da molti fattori quali, ad

esempio, diversità nella casistica studiata, nelle caratteristiche organizzativo-strutturali dei reparti, dal mix dei pazienti, dalla durata complessiva della degenza e nella proporzione dei pazienti campionati in fasi diverse della loro degenza. In linea generale comunque, i dati italiani sono compresi nei range di risultati emersi dagli studi che hanno utilizzato l'A.E.P. nel contesto americano all'inizio degli anni '80 e dalle poche esperienze condotte in alcuni altri paesi (Portogallo, Francia, Spagna, Svizzera, Israele).

7. Considerazioni conclusive

Lo sforzo di questo lavoro è anzitutto indirizzato a delineare un quadro teorico di riferimento intorno al tema dell'appropriatezza della degenza. Gli interessi della ricerca muovono dall'evidenza empirica di un utilizzo a volte non corretto dell'ospedale e del ricovero ospedaliero e a cause che non si intendono imputare agli utenti, ma a particolari relazioni di elementi soggettivi ed oggettivi in merito ai quali si presume di poter in qualche modo intervenire.

È emerso che, qualora si indaghi con sufficiente attenzione, non risulta difficile analizzare il ventaglio delle variabili che entrano in gioco, onde attenuare, se non eliminare, l'ospedalizzazione impropria. E tutto ciò, oltre all'efficacia dell'intervento potrà dare risultati utili anche a livello di efficienza e quindi di costi sanitari; elemento questo di gran lunga dominante tra tutte le riflessioni che vengono proposte oggi sui servizi socio-sanitari del nostro Paese.

Il carattere multifattoriale dell'ospedalizzazione impropria richiede «terapie» che non sono solo di ordine politico-amministrativo e, in particolare, di apprendimento organizzativo entro le strutture ospedaliere e gli altri livelli di erogazione delle prestazioni

sanitarie. In altri termini, le «terapie» non possono limitarsi ad aggredire le variabili di tipo strutturale che concorrono al fenomeno: criteri di allocazione delle risorse fra le diverse agenzie sanitarie (ospedale, servizi territoriali, servizi domiciliari), organizzazione del lavoro, sapere tecnico-scientifico, risorse professionali e strumentali, processi di comunicazione e flussi informativi fra i diversi attori della cura.

I risultati dell'indagine confermano che è la relazione fra sistema ed ambiente, fra domanda e offerta di cura e di assistenza, che può decidere del carattere, appropriato o meno, dell'istituzionalizzazione in ospedale. Nel disegno di una mappa di rischio dell'inappropriatezza della degenza l'attenzione non può quindi essere concentrata solo sulla misurazione del grado di diffusione di un particolare carattere dell'utenza potenziale del servizio ospedaliero o sull'analisi organizzativa della struttura di ricovero o dei servizi territoriali «di filtro». Ciò che appare rilevante, per le possibili ricadute che ne possono derivare anche sul piano preventivo — oltre che terapeutico — nei confronti di situazioni ad elevati costi umani e non solo finanziari, è l'analisi dei percorsi dell'utenza attraverso i servizi e dei processi decisionali a fronte di differenti opzioni di cura e di assistenza.

Per perseguire l'obiettivo di contenimento del fenomeno dell'ospedalizzazione impropria, i percorsi metodologici dovrebbero focalizzare due aspetti:

1) la comunicazione e l'interazione fra ogni attore/servizio;

2) il tema dell'emergenza/urgenza a cui occorre far riferimento perché sovente diventa il fattore primario di rischio di ricovero inappropriato dove il ruolo rassicurante dell'ospedale (unico servizio in funzione 24 ore su 24) ne risulta ingigantito.

Il lavoro proposto permette in sintesi di affermare che occorre andare oltre una generica condanna dell'eccesso di ospedalizzazione ed un'altrettanto generica denuncia delle carenze della medicina ambulatoriale specialistica e della medicina di base, ma che è necessario e possibile analizzare più in dettaglio i problemi e sviluppare concrete linee di intervento.

Tali linee si possono identificare con:

— la promozione di sperimentazioni cliniche controllate che confrontino razionalmente, in termini di efficacia, di costi e di difficoltà organizzative, gli interventi praticati in ospedale con interventi analoghi praticati per la medesima patologia in pazienti ambulatoriali od addirittura a domicilio; si potrebbero anche studiare i vantaggi e svantaggi di ricoveri convenzionali rispetto a ricoveri con degenze brevi seguiti da controlli ambulatoriali;

— l'introduzione di collaborazione e scambi istituzionali — non episodici e volontaristici — tra operatori ospedalieri ed extraospedalieri;

— l'introduzione di accorgimenti organizzativi e finanziari che spingano medici ed infermieri di base a riunirsi in équipes capaci di riportare la medicina generica ad un livello soddisfacente di qualità e di gratificazione culturale;

— il potenziamento e la riorganizzazione secondo schemi dipartimentali delle strutture di pronto soccorso, degli ambulatori e delle attività di day hospital.

Questa proposta di programmazione potrebbe, fra l'altro, dare nuovo ruolo al servizio sociale, che attualmente è svuotato da ogni significatività mobilitando in forme nuove, non solo le proprie risorse, ma anche quelle di istituzioni e servizi sanitari tradizionalmente separati da detto servizio.

I risultati ottenuti dovrebbero permettere, sia di dare concretezza quantitativa e ricchezza di dettaglio alle impressioni sulle disfunzioni esistenti, sia di orientare meglio i progetti di riorganizzazione e di qualificazione professionale. Ad iniziative di questo genere dovrebbero essere estranei qualunque intenzione e qualunque sospetto di controllo gerarchico o burocratico. Esse dovrebbero essere ispirate al principio che aggiornamento professionale non è soltanto il frequentare seminari o corsi, ma anche la partecipazione ad attività comuni di descrizione e di valutazione del proprio lavoro. E in questo campo le professioni sanitarie, soprattutto in altri paesi, hanno già valide tradizioni.

Chi crede nel valore e nell'utilità dell'impostazione e delle motivazioni che hanno promosso questa ricerca, si rende conto che è assolutamente necessario che iniziative analoghe si estendano e si rinnovino.

Occorre in particolare il coinvolgimento degli operatori sanitari, delle associazioni professionali, delle amministrazioni e delle facoltà mediche per una revisione ed un ampliamento continuo dei criteri dettati dalla ricerca.

(1) Cfr. Bernstein S.J. et al.: The appropriateness of use of coronary angiography, in *New-York State, Jama*, 1993, 269: 776-69; Park R. E. et al.: Physicians rating of appropriate indications for six medical and surgical procedures, *Am J Publ. Health*, 1986, 76: 766-72; Chassin M. et al.: Does appropriate use explain geographics variations in the use of health service. *Jama*, 1987, 258: 353-7; Bernstein S.J. et al.: The appropriateness of cardiovascular procedures: British vs US perspectives, *Int. J. T.A. in Health Care*, 1993, 9: 3-10.

(2) Cfr. Gertman P.M. et al.: The appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of care *Medical Care*, 1981, 19: 855-71.

(3) Cfr. Goran P.M.: The evolution of the PSRO hospital review system. *Medical Care* 1979, 17: 1-47.

- (4) Cfr. Gertman P.M. et al., cit.
- (5) Cfr. Gertman P.M. et al., cit.
- (6) Cfr. Systemetrics: Standardized Medreview Instrument: SMI: reviewers' training manual. Santa Barbara CA, Systemetrics, MC Graw Hill, 1994.
- (7) Cfr. Lamprey J.: Inter Qual ISD review system. Chicago, Inter Qual, 1982.
- (8) Cfr. Selker HP. et al.: The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development of a tool to detect unnecessary hospital days. *Medical Care*, 1989, 27: 112-29.
- (9) Cfr. Gertman P.M. et al., cit.
- (10) Cfr. Strumwasser I, et al.: Reliability and validity of utilization review criteria: Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity Discharge Criteria. *Medical Care*, 1990, 28: 95-11.
- (11) Cfr. Taroni F. et al.: AN.CO. Progress report di ricerca studio AN.CO. VII progetto AIDS, Istituto Superiore di Sanità.
- (12) Cfr. Taroni F. et al.: Costi delle infezioni ospedaliere. Quaderni di tecnica e gestione ospedaliera, 1991, 1: 220-33.
- (13) Cfr. Wakenfield D.S. et al.: Use of Appropriateness Evaluation Protocol for estimating the incremental costs associated with nosocomial infections. *Medical Care*, 1987, 25: 481-8.
- P.M. GERTMAN ET AL. (1981), *The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of care*, *Medical Care*, 19: 855-71.
- I. STRUMWASSER ET AL. (1990), *Reliability and validity of utilisation review criteria: Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity Discharge Criteria*, *Medical Care*, 28: 95-11.
- D.S. WAKEFIELD ET AL. (1987), *Use of AEP for estimating the incremental cost associated with nosocomial infections*, *Medical Care*, 25: 481-8.
- A. WILLIAMS (1977), *What economist can do help service planning in Artis N.H.*, in A.R. Nobay (ed): *Studies in modern economic analysis*, Blackwell, Oxford.

BIBLIOGRAFIA

S.J. BERNSTEIN ET AL. (1993), *The appropriateness of use of coronary angiography*, in New York State, *JAMA*, 269: 776-69.

UN MODELLO DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA PER LA SCELTA DELL'ASSETTO ISTITUZIONALE DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

di Francesco Longo, Roberta Montanelli

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Lo scenario del settore socio-assistenziale in Italia - 3. I possibili modelli istituzionali - 4. Un modello di pianificazione strategica - 4.1. Il modello applicato al comune - 4.2. Il modello applicato alla azienda Usl - 4.3. Il ruolo della Regione - 5. La negoziazione tra comune e Usl.

The integration of organisations providing health services with those providing social services has always been a key issue in the Italian health care system. Such issue can be addressed by adopting integrated institutional frameworks, innovative organisational structures or appropriate operating procedures. This paper presents a strategic planning model aimed at selecting the institutional framework that could best guarantee a satisfactory level of integration for each local agency. Different versions of the strategic planning model area being proposed for different types of agencies: Local Councils, Regions, Local Health Authorities.

1. Introduzione

Un problema emergente in tema di servizi sociali o socio-assistenziali riguarda il loro assetto istituzionale e organizzativo complessivo. Infatti i diversi livelli istituzionali coinvolti in questo settore, in particolare la regione, i comuni, le province e le aziende USL, si trovano oggi nel mezzo di un complesso processo di riordino dell'intero comparto socio-sanitario. I legislatori regionali sono chiamati, come conseguenza del riordino del SSN (D.Lgs. 502/92-517/93) a ridefinire completamente il modello del proprio sistema sanitario, il che ha pesanti risvolti sul sistema socio-sanitario complessivo, stante i labili confini che esistono tra il comparto sanitario, quello socio-sanitario e quello socio-assistenziale. Quasi tutte le regioni stanno così analizzando l'opportunità di un ridisegno complessivo non solo del versante sanitario, ma anche di quello socio-assistenziale.

D'altra parte i comuni stessi sono al centro di un complesso processo evo-

lutivo che anche in tema di servizi sociali dovrebbe aver chiarito definitivamente le loro competenze. Infatti con la legge 142/90, l'evoluzione normativa ha definito con chiarezza la competenza comunale per i servizi socio-assistenziali, negando alle regioni la possibilità di imporre ai comuni la delega dei servizi sociali, e il trasferimento delle relative risorse, a favore dell'USL, come invece poteva avvenire in passato.

L'USL, forse più degli altri attori istituzionali, è in una fase di profonda trasformazione: è diventata azienda, ha nuovi confini territoriali, ha acquisito rilevanti livelli di autonomia. Tra le molte novità vi è anche l'incisiva rivisitazione delle sue competenze rispetto al settore socio-assistenziale. Prima della riforma era la regione a definire l'eventuale competenza dell'USL nel comparto socio-assistenziale, oggi questa decisione dovrebbe spettare prevalentemente al comune: l'USL non ha la facoltà formale di opporsi alla eventuale delega, ma può

farne intravedere un proprio disinteresse, favorendo implicitamente la sottrazione delle deleghe.

Inoltre, l'incisivo processo di aziendalizzazione a cui sono soggetti i comuni e le USL rilancia il problema dell'integrazione tra sociale e sanitario, e quindi anche il tema della delega dei servizi sociali, sotto un'altra prospettiva. Sono le convenienze aziendali, sia in termini di efficacia, sia in termini di efficienza che dovrebbero fungere da determinanti per la scelta dell'assetto istituzionale, quindi l'eventuale decisione di delegare da parte del comune o di cercare di farsi delegare da parte dell'USL o di ipotizzare altri possibili configurazioni istituzionali e/o organizzative. Ricordiamo che entrambi gli attori sono inseriti in un contesto di crescente responsabilizzazione finanziaria. I comuni dal '90 devono provvedere in maniera completamente autonoma a ripianare eventuali disavanzi, iscrivendoli negli esercizi successivi e hanno ormai raggiunto un livello di entrate proprie che

supera, in media nazionale, il 50% delle loro uscite. Le USL, diventate azienda, vengono finanziate in base al loro livello di produttività dalla regione, che riceve trasferimenti fissi dallo Stato in base al numero degli abitanti e in base a una quota pro capite. L'analisi delle convenienze aziendali avrà quindi una crescente attenzione anche rispetto all'identificazione dell'assetto per i servizi socio-assistenziali. Questo modifica di molto lo scenario strategico in cui si colloca la scelta dell'assetto istituzionale e organizzativo per i servizi sociali, precedentemente dominato da riflessioni prevalentemente di natura politica o sociologica, sulla natura del servizio e su quale assetto istituzionale per esso potesse sembrare più coerente.

Oggetto del presente scritto è pertanto quello di proporre una rappresentazione sintetica dei possibili modelli istituzionali o organizzativi per il settore socio-assistenziale alla luce delle trasformazioni in atto nello scenario interistituzionale complessivo, per arrivare a proporre una logica di pianificazione strategica per la scelta dell'assetto istituzionale o organizzativo, utile per i diversi attori, alla luce delle rispettive convenienze.

Presenteremo un modello di decisione strategica appositamente elaborato: esso dovrebbe servire ad ognuno dei tre soggetti istituzionali coinvolti (regione, comune e Azienda USL) a valutare le proprie preferenze. In particolare il modello di pianificazione che verrà proposto si concentra sul problema di garantire l'integrazione dei servizi socio-assistenziali con quelli socio-assistenziali a prevalenza sanitaria (vedi infra 2).

In particolare alcune ipotesi di fondo ispirano la nostra riflessione:

a) oggi è necessario che ogni attore ridefinisca il proprio modello istituzionale o organizzativo per il settore socio-assistenziale, la cui impostazio-

ne non può più essere derivata automaticamente dallo schema normativo, volutamente indeterminato e quindi aperto a diverse soluzioni, né dalle scelte istituzionali già realizzate, in quanto lo scenario di fondo è oggi decisamente diverso;

b) lo spazio strategico a disposizione dei singoli attori è oggi significativamente ampio: già lo è stato nel passato, come è dimostrato dall'evidente diversità di assetti che si sono strutturati nel nostro paese (vedi infra 2), oggi è crescente in coerenza all'espandersi dei livelli di autonomia istituzionali, per comuni, USL e regioni (Del Vecchio, 1995);

c) si tratta di una questione che coinvolge più enti, in vario modo chiamati in causa, ognuno dei quali può definire una propria strategia. Ogni ente, nell'individuazione del proprio spazio d'azione strategico, dovrà tener conto delle scelte strategiche degli altri enti coinvolti e più in generale dello schema di riferimento strategico interistituzionale che può influenzare o dal quale può essere condizionato (Rebora, Meneguzzo, 1990);

d) il nostro interesse è per gli assetti che vengono realmente ed empiricamente strutturati, al di là delle previsioni normative o deliberative ufficiali, che proprio nel settore sociale sono state spesso disattese al punto che il dibattito sulle norme o sulle delibere rischiava spesso di essere una discussione lontana dai modelli empiricamente consolidati (vedi infra 2);

e) le riflessioni per la configurazione istituzionale o organizzativa del settore socio-assistenziale è stata spesso viziata dalla convinzione che l'architettura istituzionale dovesse soddisfare l'intero fabbisogno organizzativo e/o operativo insito nella natura del servizio: ad esempio al fabbisogno di integrazione (necessaria in grossa parte del sociale) si cercava di

rispondere con assetti istituzionalmente integrati. Invece le necessità che derivano dalla natura del servizio non necessariamente devono essere soddisfatte interamente dagli assetti istituzionali, ma possono trovare risposte altrettanto o superiormente efficaci attraverso meccanismi operativi e/o organizzativi anche interaziendali (Airoldi, 1980).

Articoleremo il nostro lavoro lungo le seguenti fasi logiche:

a) analisi delle caratteristiche dello scenario del settore socio-assistenziale in Italia;

b) i possibili modelli istituzionali;

c) una logica di pianificazione strategica per i diversi attori;

d) la negoziazione interistituzionale.

2. Lo scenario del settore socio-assistenziale in Italia

Prima di procedere all'analisi dello scenario del settore è importante definirne i confini, che raramente, come in questo caso, sono così labili e incerti. Esistono tre settori o comparti nel più complessivo universo dell'intervento socio-sanitario:

a) il sanitario in senso stretto;

b) il socio-assistenziale a rilievo sanitario;

c) il socio-assistenziale in senso stretto.

Se i confini dell'intervento sanitario in senso stretto possono risultare difficilmente equivocabili, è necessaria una definizione chiara di che cosa si debba intendere per socio-assistenziale a rilievo sanitario e quindi di cosa residui come strettamente socio-assistenziale, perché ciò ha rilevanti riflessi sulla definizione degli assetti.

Infatti gli interventi socio-assistenziali a rilievo sanitario devono essere finanziati dal fondo sanitario e sono quindi competenza delle aziende

USL, come è stato ribadito dai recenti decreti di riordino del SSN, mentre gli interventi socio-assistenziali sono a carico dei bilanci comunali (e in parte del fondo sociale regionale) e quindi di competenza dei comuni, come è stato chiarito dalla legge 142/90.

La definizione di queste due aree di interventi non è un aspetto secondario in quanto una definizione ampia di che cosa si debba intendere per sociale a rilievo sanitario può essere interpretata come una forma surrettizia di attribuzione di competenze alle aziende USL e viceversa.

Il legislatore aveva tentato di disciplinare la materia emanando il DPCM 8 agosto 1985: esso in realtà ha dato adito a molteplici interpretazioni che hanno generato un'ampia varietà di situazioni nelle diverse realtà locali, regioni, comuni, USL.

Per fare un esempio sull'incisività nel sistema reale dello spostamento dei confini definitivi tra socio-assistenziale e socio-sanitario, i servizi per gli anziani non autosufficienti possono diventare totalmente di competenza della sanità e quindi delle USL, perché gli interventi socio-assistenziali in essi erogati vengono definiti a rilievo sanitario, oppure viceversa possono rimanere di competenza comunale solo perché definiti formalmente socio-assistenziali in senso stretto.

Questa indispensabile premessa ci permette ora con maggiore celerità di definire le caratteristiche di fondo dello scenario del settore socio-assistenziale italiano per impostare successivamente i termini della questione della scelta dell'assetto istituzionale:

a) in Italia non è mai esistita una legge quadro che regolasse il settore, che difficilmente può essere sostituita dalla copiosa produzione legislativa per problemi o per specifiche categorie di disagio sociale. In parte ciò è spiegato dall'assenza di un Ministero

per la Sicurezza Sociale, la quale è stata sempre una funzione che ha coinvolto in maniera frammentaria diversi ministeri: da quello del Lavoro a quello degli Interni, da quello del Tesoro a quello della Sanità. Attualmente esiste un dipartimento presso la Presidenza del Consiglio, quindi senza portafoglio;

b) l'intervento sociale si sviluppa localmente, in maniera simmetrica al livello centrale, attraverso una pluralità di attori istituzionali: regione, provincia, comuni, USL, prefetture, che raramente riescono a costituire una rete unica di interventi coordinati e costituenti un processo di tutela della sicurezza sociale unico e complessivo;

c) la spesa per il sociale ha storicamente privilegiato il trasferimento diretto di risorse finanziarie alle famiglie rispetto l'erogazione di servizi reali alle persone, soprattutto se paragonate alle percentuali dei nostri principali partner europei (Turri, 1994);

d) in ogni regione si sono configurati modelli profondamente diversi, spesso difficilmente confrontabili tra loro. Ma anche all'interno delle stesse regioni le singole istituzioni locali hanno strutturati assetti istituzionali e organizzativi profondamente dissimili tra loro, anche tra realtà attigue (Montanelli, 1995);

e) le previsioni normative deliberate dalle singole regioni sono state di norma tradite dalle concrete realizzazioni degli interventi sociali da parte di comuni e USL, al punto che è stato possibile per molte regioni italiane rappresentare due distinti modelli di intervento nel sociale: quello previsto dalla norma e quello storicamente realizzato (Montanelli, 1995). Questo è naturalmente favorito dagli incerti confini del settore di cui si diceva in premessa. Semplicemente spostando la classificazione di un intervento, tra socio-assistenziale a valenza sanitario o in senso stretto, è stato possibile far

transitare un servizio dalla competenza del comune a quella dell'USL, con il relativo gioco di responsabilità finanziarie, a seconda delle scelte locali;

f) anche se è difficile definire delle regole interpretative generali per un settore così variegato e frammentato, vediamo di delineare alcune considerazioni di massima.

Nelle regioni del sud si è assistito prevalentemente ad un esclusivo intervento dei comuni, anche se in un clima generale di debole protezione socio-assistenziale (stante anche una certa ricchezza finanziaria dei comuni ed una complementare debolezza finanziaria delle USL). Nelle regioni del centro e del nord con un sistema sanitario molto attivo e ricco si è assistito ad un notevole attivismo delle USL anche nel campo socio-assistenziale, finanziandolo con fondi del SSN, spostando il confine definitorio degli interventi socio-assistenziali verso la valenza sanitaria. In alcune regioni autonome l'attore protagonista del sistema è stata la regione stessa che ha prevalso sugli attori locali e finanziato singoli programmi in base alla propria pianificazione centrale degli interventi. In altre regioni del nord, come ad esempio la Lombardia, parte significativa dell'attività socio-assistenziale, soprattutto nei piccoli comuni, è stata svolta dall'USL su delega e finanziamenti comunali, attraverso una imposizione regionale alla delega da parte del comune dei servizi socio-assistenziali (Montanelli, 1995).

Come è stato possibile osservare, la recente evoluzione normativa dell'intero settore socio-sanitario si cala, rispetto al comparto socio-assistenziale, in un contesto di grande varietà di soluzioni, dove le condizioni contingenti locali già in passato hanno spinto ad occupare lo spazio strategico attraverso assetti profondamente diver-

si tra loro. Se è vero che la crescita dei livelli di autonomia indebolisce ulteriormente i limiti imposti dalla cornice normativa nazionale, nel settore socio-assistenziale è oggi possibile de facto parlare di ampi margini di libertà nella progettazione istituzionale e organizzativa, rendendo centrale il tema della pianificazione strategica. Diventa quindi fondamentale non più partire dall'analisi dello scenario normativo, ma dalle reali convenienze aziendali rispetto all'efficienza e all'efficacia del servizio, osservando e relativizzando i propri gradi di libertà alle scelte degli altri attori che intervengono nella medesima arena istituzionale.

Infatti una sintetica disamina dell'evoluzione normativa ci porta ad osservare come con il D.L.vo 502/92 si è rafforzato molto il livello regionale di governo della sanità a discapito di quello comunale e ciò ha prodotto indirettamente la separazione del comparto sanitario e socio-sanitario da quello socio-assistenziale, che è invece di competenza dei comuni. La regione infatti è diventata il soggetto primariamente deputato all'organizzazione della sanità mentre ai comuni è rimasta, come ribadito dalle leggi sulle autonomie (L. 142/90), la competenza primaria delle funzioni socio-assistenziali. Prima del riordino del SSN, essendo la USL strumento operativo dei comuni associati, sanità e sociale erano istituzionalmente più «vicini». Inoltre la legge 833/78 istitutiva del SSN, all'art. 15 stabiliva infatti che le leggi regionali istitutive delle USL prevedessero norme e modalità per la gestione integrata e coordinata degli interventi sanitari con quelli socio-assistenziali. Ora che invece le USL sono diventate aziende della regione e che quindi il titolare della sanità è quello dei servizi socio-assistenziali sono diventati due soggetti completamente diversi, si è ridotto il pote-

re regionale formale di regolare i rapporti tra comuni e USL. Lo spazio di indeterminazione ancora più vasto apertosi nell'arena interistituzionale può essere ora occupato da diverse soluzioni, a seconda delle preferenze e delle capacità delle singole istituzioni di implementarle nella dialettica reciproca.

3. I possibili modelli istituzionali

Cerchiamo ora di esaminare quali modelli teorici di intervento possono essere adottati per il settore socio-assistenziale, attraverso l'apporto dei tre principali livelli istituzionali: regione, comuni, aziende USL.

A. Il modello della separazione delle gestioni

Il primo modello che analizziamo è quello della netta separazione delle gestioni tra sanitario e socio-assistenziale a valenza sanitaria che è di pertinenza dell'azienda USL e che è finanziato attraverso i trasferimenti dal fondo sanitario, mentre il versante socio-assistenziale in senso stretto rimane di esclusiva competenza del comune, che lo finanzia con risorse proprie e con quanto trasferito dalla regione dal proprio fondo sociale.

In questo modello è importante distinguere nettamente gli interventi per tipologia per non creare sovrapposizioni, o più probabilmente, lacune nella copertura sociale.

La motivazione di questa scelta può risiedere nella opportunità di avere delle USL che si occupano esclusivamente di sanità senza sovrapposizioni con il sociale che invece viene riconosciuto completamente di competenza dei comuni.

Una impostazione di questo tipo non evidenzia necessariamente scarsa attenzione a quelle situazioni (non rare) in cui è necessario che i due enti

intervengano sullo stesso utente (ad esempio assistenza domiciliare ad anziani non autosufficienti che hanno bisogno sia di un intervento assistenziale, come la cura personale, sia di cure sanitarie). Infatti la scelta di mantenere separate le gestioni non impedisce certo ai comuni e alle USL di accordarsi per effettuare interventi congiunti e coordinati. Sicuramente la netta separazione istituzionale e organizzativa delle gestioni impone la ricerca di intese sulla concreta erogazione dei servizi. Questo è un modello che ha il pregio di chiarire le responsabilità, nei limiti intrinseci del settore sociale dove non è sempre agile definire i confini dei compiti e delle rispettive mansioni.

B. Il modello della separazione con coordinamento esplicito

I pericoli di scarso coordinamento insiti nel primo modello possono essere superati attraverso molteplici forme di raccordo esplicite fra le attività socio-assistenziali e quelle sociali a rilievo sanitario e strettamente sanitarie.

In questo caso le gestioni rimangono istituzionalmente separate (il socio-assistenziale ai comuni e il socio-assistenziale a rilievo sanitario e ovviamente il sanitario alle USL) superando però la disgiunzione di titolarità con delle forme di coordinamento da attuarsi mediante specifici accordi.

Gli accordi possono essere di natura istituzionale: la conferenza dei servizi sociali locali, protocolli d'intesa; oppure possono avere natura organizzativa o operativa: équipe miste, protocolli operativi di intervento comuni, ecc.

Questo modello ha il pregio di continuare a definire con chiarezza le rispettive responsabilità, tuttavia riesce a dare una risposta al problema di

quei casi che richiedono un intervento congiunto del settore sanitario e di quello socio-assistenziale pur lasciando separate la gestione dei servizi.

C. Il modello della integrazione parziale a livello comunale

Per ricondurre ad unitarietà l'intervento può essere opportuno elaborare come modello di rapporto tra comune e USL l'integrazione dei servizi cioè la loro gestione unificata in capo ad un solo ente gestore.

Una forma particolare di integrazione è quella parziale a livello comunale. In questo caso ai comuni viene attribuita la gestione degli interventi socio-assistenziali a rilievo sanitario afferenti ai suoi servizi socio-assistenziali, lasciando alla USL i servizi strettamente sanitari.

La logica sottostante a questa ipotesi è quella di unificare in capo al comune tutto il sociale, a rilievo sanitario e non. Operativamente ciò è possibile cercando di ricomprendere più servizi possibile entro la definizione di socio-assistenziale in senso stretto, come storicamente è stato fatto da molti comuni meridionali.

Rispetto ai servizi sanitari e ai rimanenti socio-assistenziali in seno all'USL, laddove è necessario, possono essere previste forme di coordinamento ed in questo senso si parla di forma di integrazione parziale in quanto può essere necessaria anche qualche forma residua di coordinamento.

Si tratta in prima lettura di una soluzione che presenta alcune difficoltà in ordine alla sua concreta fattibilità amministrativa, ma che registra una sua significatività quantitativa nei casi empirici. Infatti essendo la competenza degli interventi socio-assistenziali a rilievo sanitario delle USL e non essendo prevista dal decreto legislativo 502/92 la possibilità di delega dalla

USL ai comuni, si tratterebbe di trovare altre forme tramite cui operare una sorta di «distacco» complessivo di risorse finanziarie di personale appartenenti al Fondo sanitario nazionale, allo scopo di consentire una loro unitaria dipendenza funzionale dall'Ente locale.

Inoltre questo modello può essere proposto solo per i comuni che hanno le risorse adeguate per gestire efficacemente il complesso dei servizi e quindi tendenzialmente per quelli di grandi dimensioni in quanto quelli più piccoli stentano spesso a garantire anche solo quelli strettamente socio-assistenziali.

D. Il modello dell'integrazione a livello di azienda USL

Una soluzione fortemente integrata, ed anche amministrativamente agilmente realizzabile, è quella dell'attribuzione all'azienda USL della gestione, oltre che del sanitario e del sociale a rilievo sanitario, anche del socio-assistenziale afferente ai comuni, con relativo trasferimento di fondi.

Questo modello è tradizionalmente proposto da chi vede nell'unitarietà istituzionale la vera garanzia per l'unitarietà dell'intervento.

Il problema di questo modello resta quello di individuare le forme più congrue per orientare la volontà dei comuni verso il conferimento delle necessarie deleghe dato che non è più possibile obbligarli a farlo (1). Un incentivo concreto può essere ad esempio un incremento del finanziamento dal fondo sociale regionale per i comuni che delegano le loro funzioni.

E. Il modello di istituzione di una azienda sociale

È possibile ipotizzare l'istituzione di una azienda sociale, partecipata da comuni ed aziende USL, potendo

scegliere tra le diverse formule giuridiche previste dalla legge 142/90: istituzione, azienda speciale, società per azioni. L'integrazione dei servizi socio-assistenziali con alcuni servizi sanitari (quelli ai quali i primi afferiscono) è realizzata quindi attraverso la loro gestione unitaria da parte di una società terza a partecipazione comunale e di azienda USL. L'assetto proprietario della società potrebbe essere compartecipato da entrambi i soggetti istituzionali, oppure potrebbe «appartenere» ad uno solo dei soggetti, potendo l'altro definire contratti di acquisto o fornitura di servizi o protocolli di intesa.

Per la verità se è sicuro che i comuni hanno la facoltà di gestire i loro servizi istituendo società, altrettanto non si può dire per le aziende USL in quanto, su questo punto, la riforma ha lasciato una grande incertezza. Risulterebbe quindi più praticabile, almeno in prima battuta, la costituzione di società comunali con le quali l'USL si accorda come acquirente di servizi, potendo generare di fatto una delega del comparto sociale alla società, magari con l'accordo che nel consiglio di amministrazione siedano anche dei rappresentanti dell'USL. In questa direzione vi sono già delle interessanti esperienze nel Regno Unito a livello di Community Trust.

4. Un modello di pianificazione strategica

Dopo aver analizzato le caratteristiche e lo scenario evolutivo del settore sociale italiano e i modelli di assetto istituzionale che possono delinearsi, oggetto del presente lavoro è quello di proporre una possibile metodologia di indagine e decisione per permettere ai singoli attori istituzionali la scelta dell'assetto ritenuto più idoneo per la propria realtà locale.

Figura 1 - I possibili assetti istituzionali

		Servizi Socio-assistenziali	
		COMUNE	USL*
Servizi socio-sanitari	USL*	(A) separazione delle gestioni con o senza coordinamento	(C) integrazione totale a livello di USL
	COMUNE	(B) parziale integrazione comunale che esclude il sanitario (con il quale sono possibili forme di coordinamento)	(D) (soluzione non significativa)

* Il sanitario è sempre e comunque di competenza delle Usl.

Vi sono alcune ipotesi di fondo che sorreggono la nostra proposta metodologica di analisi e di selezione, che è opportuno esplicitare subito in premessa:

a) il dibattito sugli assetti istituzionali e organizzativi per i servizi sociali è stato prevalentemente dominato da riflessioni di ordine teorico e astratto, portando alla elaborazione di modelli, recepiti dalle leggi e dai piani regionali, che non hanno trovato poi alcun riscontro pratico, essendosi la realtà evoluta per altre strade, attraverso determinanti reali del sistema, che solo debolmente sono state governate da proposte efficaci sul lato dell'incidenza attuativa [vedi par. 2, punto e)]. La metodologia che si intende proporre vorrebbe invece partire dal reale contesto empirico, storicamente determinatosi in ogni singola realtà locale,

per riuscire a cogliere le reali determinanti del sistema e delle sue caratteristiche, per incidere su di esse e attribuire alla traiettoria evolutiva la direzione desiderata. In altre parole, l'eccessiva distanza tra gli esiti attuativi e le previsioni normative registrate nel sistema, impongono una attenta analisi dei contesti empirici concreti e delle forze in esse operanti per evitare ulteriori insuccessi attuativi negli sforzi di governo o di gestione del cambiamento dei singoli contesti regionali o locali;

b) l'analisi del sistema sociale empiricamente determinatosi dimostra l'esistenza di una pluralità di assetti, diversi da regione a regione e spesso eterogenei anche all'interno della stessa regione [vedi par. 2, punto d)]. La metodologia che si propone, coerentemente alla tensione al succes-

so attuativo del punto precedente e alla ricchezza degli assetti presenti e possibili, rinuncia all'ipotesi che esista un modello ottimale (tesi che ha spesso sostenuto il dibattito fino ad oggi) e si basa sull'assunto che la scelta dell'assetto istituzionale ed organizzativo dovrebbe discendere dall'analisi dell'esistente, dalle caratteristiche del sistema locale contingente, dalle reali convenienze, dall'economicità, dalla fattibilità istituzionale. Questo determina la possibilità di prefigurare differenti modelli di successo, contingenti e contestualizzati a precise circostanze empiriche, storiche e locali. Una logica di questo tipo, coerente con l'ampliarsi dell'autonomia dei livelli istituzionali decentrati, è molto responsabilizzante per i livelli istituzionali locali;

c) le precedenti premesse non possono che spingere alla scelta di una logica di analisi e decisione per definire gli assetti istituzionali e organizzativi che richiami la metodologia della pianificazione strategica, che muove le proprie basi proprio a partire dall'analisi dell'esistente, sul quale ha pretesa di riuscire a incidere attraverso un esplicito processo di governo e che apre la possibilità ad una pluralità di risposte possibili, a secondo dello scenario locale. In questa sede non ci soffermeremo sulle logiche e sugli strumenti della pianificazione strategica applicata al contesto della pubblica amministrazione italiana, per la quale rimandiamo alla incisiva letteratura disponibile (Rebora, Meneguzzo, 1990; Del Vecchio, 1995);

d) qualsiasi assetto istituzionale o organizzativo si prefiguri, soprattutto se distante da quello storicamente presente, deve essere visto come un obiettivo di breve-medio periodo verso cui tendere, attraverso la programmazione di puntuali passi annuali. Una eventuale riconsiderazione del modello, a causa di possibili difficoltà

attuative emerse durante il processo di innovazione, possono tranquillamente portare ad una ridefinizione o ripuntualizzazione dell'assetto prescelto (Meneguzzo, 1985).

La logica di analisi e di decisione che si propone è quindi frutto di una rielaborazione degli strumenti della pianificazione strategica, applicati allo specifico problema della selezione dell'assetto istituzionale e organizzativo per i servizi sociali.

La metodologia elaborata è mutuata proprio dagli strumenti della pianificazione strategica particolarmente attenti all'analisi degli elementi ambientali di fondo (le opportunità e le minacce che arrivano dall'esterno) e all'analisi delle caratteristiche delle organizzazioni (i punti di forza e debolezza interni) per garantire la più alta contestualizzazione possibile e quindi le più basse percentuali di insuccesso attuativo. In particolare il modello di riferimento utilizzato è noto con il nome di «modello SWOT», il cui acronimo sta ad indicare, in inglese, proprio punti di forza e di debolezza interni, opportunità e minacce esterne (Rebora, Meneguzzo, 1990).

Lo strumento elaborato rappresenta una logica di fondo, ma contiene anche una serie di elementi operativi, che lo rendono immediatamente utilizzabile per il processo decisionale. Proprio per questo viene presentato immediatamente applicato ai due principali attori istituzionali coinvolti nella partita: il comune e l'azienda USL. Successivamente analizzeremo il ruolo e l'atteggiamento che può assumere la regione.

Il percorso proposto, che applicheremo prima al comune e poi all'USL, ma che potrebbe essere utilizzato anche da altri soggetti istituzionali (regione, provincia, IPAB) si articola in cinque fasi:

a) la ricostruzione dello scenario locale esistente prima dell'avvio del processo di riordino;

b) individuazione delle aree, servizi o programmi critici attraverso l'utilizzo di una matrice definita di «identificazione»;

c) l'analisi del contesto ambientale e delle caratteristiche aziendali (applicando gli strumenti della pianificazione strategica, come ad esempio il citato modello «SWOT»);

d) la definizione del nuovo assetto istituzionale attraverso l'utilizzo di una matrice definita di «selezione»;

e) costruzione dello scenario futuro deciso, a cui far tendere progressivamente il sistema sociale locale.

4.1. Il modello applicato al comune

Iniziamo a presentare il modello di pianificazione per la scelta dell'assetto istituzionale dei servizi sociali partendo dal comune che è il soggetto istituzionale formalmente titolare dei servizi socio-assistenziali ed è quindi il soggetto deputato a sceglierne l'assetto istituzionale e le formule gestionali.

Le scelte fatte dal comune possono essere coerenti con l'impostazione proposta dalla regione oppure distaccarsene significativamente, come dimostra la realtà, il che sta ad indicare come il suo spazio strategico non è, più di tanto, condizionabile dalle scelte del livello superiore di governo.

Lo scenario ambientale e normativo per il comune

In seguito ai cambiamenti che si sono verificati in questi ultimi anni il comune è chiamato a rivedere complessivamente la sua politica di intervento in campo socio-assistenziale. I cambiamenti in questione sono quelli che hanno riguardato il comparto sanitario, modificando in maniera sostanziale

il rapporto del comune con la USL, ed anche quelli che hanno direttamente ridisegnato la fisionomia dell'ente comune. Ci riferiamo alla riforma delle autonomie locali avviata dalla legge 142/90 e proseguita con le nuove disposizioni in materia di finanza locale contenute nel D.L.vo 504/92 nonché con la legge 81/93 sull'elezione diretta del sindaco, che hanno portato complessivamente ad una «aziendalizzazione» del comune attraverso il conferimento di una maggiore autonomia sia dal punto di vista gestionale che da quello finanziario.

Anche lo schema di riferimento istituzionale, dunque, non prevede per il comune una impostazione rigida ma lo lascia libero di agire con un ampio margine di discrezionalità essendo stato modificato appunto al fine di valorizzarne l'autonomia.

Il passo più importante che il comune è chiamato a compiere nel processo di revisione della propria politica di intervento in campo socio-assistenziale è quello di ridefinire i suoi rapporti con la USL in ordine agli interventi socio-assistenziali che necessitano di un collegamento con quelli sanitari.

Il comune, in particolare, deve scegliere per queste tipologie di servizi l'assetto istituzionale più adatto tra le diverse opzioni disponibili (delega, coordinamento, gestione separata, istituzione di una azienda terza) e in primo luogo deve identificare e selezionare i servizi da delegare alla USL.

Infatti questo è lo strumento che di norma meglio garantisce l'integrazione tra i servizi socio-assistenziali e sanitari e i principali fattori che possono spingere un comune a delegare sono:

— una valutazione di convenienza economica;

— una valutazione di convenienza tecnico-gestionale;

— una considerazione generale sull'opportunità dell'integrazione.

Il livello di fabbisogno di integrazione è determinato dalle caratteristiche del servizio stesso: in particolare gli interventi per l'assistenza agli anziani, per l'handicap e per l'area materno infantile sono caratterizzati da un'elevata necessità di coordinamento tra il relativo intervento socio-assistenziale puro e quello a valenza sanitaria.

Incrociando queste due variabili si ottengono quattro diversi gruppi di interventi che, ai fini della nostra analisi, mostrano differenti livelli di «criticità» (vedi figura 3).

Il quadrante n. 1 raggruppa gli interventi che mostrano bassa integrazione storicamente raggiunta e bassa integrazione necessaria: si tratta, quindi, di quegli interventi che in passato non sono stati integrati in quanto non se ne presentava la necessità (quadrante n. 1).

Quest'area è l'unica a non presentare problemi dal punto di vista dell'integrazione e della delega perché raggruppa interventi che non richiedono un collegamento con i servizi sanitari.

L'area dove l'integrazione necessaria è alta ma il livello di integrazione raggiunto è basso individua quegli interventi, di discreta criticità, rispetto ai quali il comune deve domandarsi se non è forse il caso di conferire «nuove» deleghe alla USL (quadrante n. 2) o di cercare nuovi o diverse configurazioni istituzionali (es. azienda mista), organizzative (es. équipe miste) o operative (es. protocolli integrati).

Dove entrambe le variabili sono alte si possono collocare quegli interventi che già in passato erano stati integrati giudicando che ciò fosse necessario (quadrante n. 3). Questa è l'area più critica in quanto rispetto ad essa il comune deve chiedersi se vuole rinnovare o meno l'assetto esistente: ad esempio confermare le deleghe a suo tempo date.

Un ultimo gruppo è quello degli interventi che in passato, pur non aven-

done strettamente bisogno, erano stati integrati sulla base di diverse considerazioni di opportunità (quadrante n. 4). Anche questa è un'area in qualche misura critica in quanto rispetto agli interventi in essa individuati il comune deve valutare se continuare come in passato o meno.

Il grado di criticità presentato da ogni area indica la priorità di analisi e quindi il primo gruppo di interventi rispetto ai quali si cercherà di definire l'assetto istituzionale più appropriato sarà quello individuato nel terzo quadrante, poi l'analisi può essere estesa al secondo ed infine eventualmente al quarto (il primo può esserne escluso).

L'analisi SWOT

Una volta individuate le aree critiche da prendere in considerazione (i servizi o i programmi per i quali occorre ripensare l'assetto istituzionale o organizzativo/operativo) il comune deve valutare se dal punto di vista della fattibilità istituzionale e dell'economicità della gestione è davvero il caso di integrare tali servizi a livello di USL o se, al contrario, è preferibile che le gestioni rimangano separate,

magari prevedendo qualche forma di coordinamento.

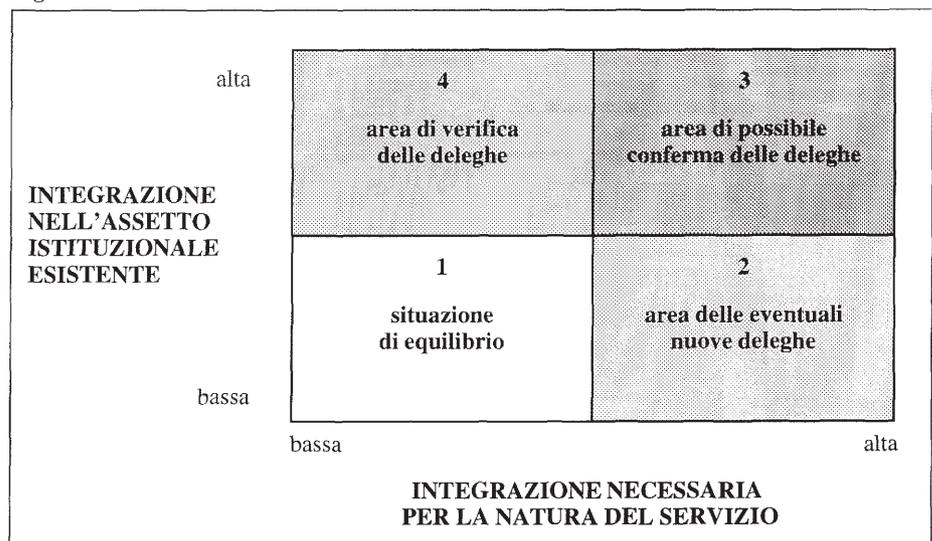
In altre parole il comune deve domandarsi qual è l'assetto istituzionale preferibile per i servizi che ha selezionato in base alla loro alta necessità di integrazione non dando per scontato che la soluzione migliore per questi sia automaticamente quella della delega alle USL.

Per ottenere le informazioni utili ai fini della scelta dell'assetto istituzionale preferibile l'ente locale può avvalersi della citata metodologia di analisi detta «SWOT».

Nel nostro caso il comune può utilizzare l'analisi SWOT per valutare le opportunità e le minacce esterne che si troverebbe a fronteggiare per i singoli assetti istituzionali o organizzativi (ad esempio nel caso decidesse di costituire una azienda mista o delegare servizi all'USL) e i punti di forza e di debolezza interni che presentano le singole formule di gestione dei servizi, compresa quella in economia.

L'analisi ovviamente deve entrare nel merito delle singole ipotesi prese in considerazione per ognuno dei servizi/programmi, ma ora, a titolo di esempio, proviamo a fornire alcune possibili tipologie di opportunità, di

Figura 3 - Matrice di identificazione



minacce, di punti di forza e di debolezza nell'analisi dell'ipotesi di delega di servizi all'USL.

Per il comune può rappresentare una opportunità il fatto che delegando alla USL può ottenere degli incentivi finanziari mentre può essere una minaccia l'opposizione dell'opinione pubblica locale ad un cambiamento delle modalità di erogazione del servizio (i cittadini si potrebbero sentire «espropriati» di un dato servizio e potrebbero creare problemi all'amministrazione). Per valutare i suoi punti di forza e di debolezza interni, il comune deve tenere in considerazione le varie modalità di gestione a sua disposizione alternative alla delega nonché il grado di esperienza raggiunto nella gestione dei diversi servizi e, non ultimi, i livelli di efficienza e di efficacia che è riuscito, o che potrebbe riuscire, a garantire.

La matrice di selezione dell'assetto istituzionale/organizzativo

Nello stadio successivo del processo di pianificazione strategica il comune deve selezionare l'assetto istituzionale/organizzativo per ogni singolo programma/servizio, come ad esempio gli interventi da delegare alla azienda USL e per tale scelta può utilizzare la matrice che si ottiene incrociando le variabili «fattibilità istituzionale» ed «economicità».

Le opportunità e le minacce individuate con l'analisi «SWOT» contribuiscono a valutare la «fattibilità istituzionale» dei singoli modelli di gestione in quanto la loro probabilità di successo attuativo non risiede nella semplice fattibilità amministrativa consentita dalla legge ma implica la presenza di una serie di opportunità che possono rendere fattibile/preferibile la gestione di alcuni servizi con un determinato assetto. Tra le determinanti fondamentali della fattibilità istituzionale risiedono sicuramente le

convenienze e i consensi del circuito politico, ma anche caratteristiche storicamente consolidate nei singoli servizi/programmi.

Ad esempio l'opportunità di disporre di personale specializzato presente presso le USL e la disponibilità alla gestione dimostrata dalla USL possono essere elementi che rendono concretamente fattibile l'assunzione del modello di delega di servizi all'USL.

Valutare l'economicità dei diversi modelli gestionali significa invece considerarne il potenziale livello di efficacia e di efficienza per ognuno dei singoli servizi/programmi socio-assistenziali.

Tali considerazioni sulla economicità dei diversi assetti sono desumibili dai risultati della precedente analisi «SWOT» nella parte in cui si valutano i punti di forza e di debolezza interni dei diversi modelli gestionali.

Occorre utilizzare la matrice di selezione separatamente per ognuno dei servizi/programmi ritenuti critici, rispetto a cui si sta procedendo a una ridefinizione del posizionamento strategico.

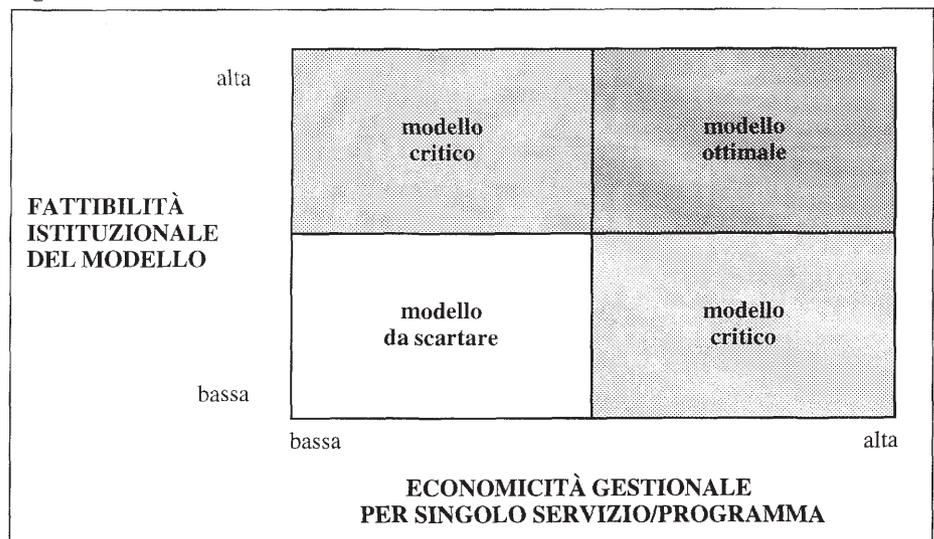
L'incrocio delle due variabili dà luogo a quattro diverse possibili soluzioni.

I modelli che individuano per il singolo servizio/programma alta fattibilità istituzionale ma bassa economicità di gestione. Al contrario quelli caratterizzati da alta economicità e da bassa fattibilità istituzionale. Questi rappresentano evidentemente critiche, perché deboli rispetto una variabile e forti rispetto l'altra.

La matrice individua infine due aree rispetto a cui la scelta strategica risulta chiara, cioè quelle in cui le variabili sono concordanti: alta economicità e fattibilità (da scegliere), bassa economicità e fattibilità (da scartare) (vedi figura 4).

Dopo aver applicato la matrice di selezione ad ogni singolo servizio/programma è possibile individuare per ognuno di essi il modello ottimale. È molto probabile che esso non coincida per tutti i servizi/programmi e che per molti di essi si possa scegliere solo tra modelli che si sono collocati nelle due aree critiche, dove una delle due variabili (economicità gestione, fattibilità) presenta dei risultati insoddisfacenti. A questo punto è possibile decidere di assumere un unico modello per tutti i servizi/programmi, rappresentato da quello che massimizza le positività complessive (il maggior

Figura 4 - Matrice di selezione



numero di casi rispetto a cui le due variabili segnano un risultato positivo) oppure è possibile prefigurare due o più assetti ognuno dei quali raccoglie solo un numero limitato di servizi/programmi. In parte questo deve essere influenzato dalle dimensioni della realtà locale in oggetto e dall'estensione dei servizi in oggetto.

La situazione futura

Grazie alla matrice di selezione il comune può individuare i modelli di gestione che è opportuno configurare. Se viene quindi ripresa la matrice di posizionamento che era stata proposta come primo stadio del processo, è possibile indicare i cambiamenti di gestione auspicabili in base all'analisi effettuata cosicché diventi immediato il confronto tra la situazione iniziale e quella finale.

Il comune può ridefinire le attuali formule gestionali, in senso più burocratico o aziendale, utilizzando anche le nuove opportunità che le recenti normative gli hanno offerto.

Anche in questo caso è possibile fare un confronto con la situazione precedente, riposizionando i vari servizi lungo l'asse verticale della matrice in base alla nuova formula gestionale (vedi figura 5).

4.2. Il modello applicato alla azienda USL

Lo stesso modello può essere applicato all'USL, che però ha un punto di vista di valutazione diverso e soprattutto un ventaglio di scelte tra cui scegliere inferiore e, almeno in parte, alcuni gradi di autonomia in meno nel comparto socio-assistenziale in senso stretto.

Infatti rispetto ai servizi sociali l'azienda USL si trova in una posizione completamente diversa da quella del comune e, non essendo titolare della

funzione ad essi relativa, ha uno spazio strategico molto più limitato. In particolare la USL non può rifiutare di accettare una delega conferitale dal comune né può obbligare quest'ultimo ad utilizzare tale modalità di gestione.

Il suo spazio strategico d'azione è così circoscritto alla facoltà di «persuadere» il comune a delegarle determinati servizi o a costituire con esso una società mista, o al contrario di rendersi poco «attraente» come soggetto a cui delegare, mostrandosi disinteressato e potenzialmente inefficiente in caso di attribuzione di servizi o di costituzione di una società mista.

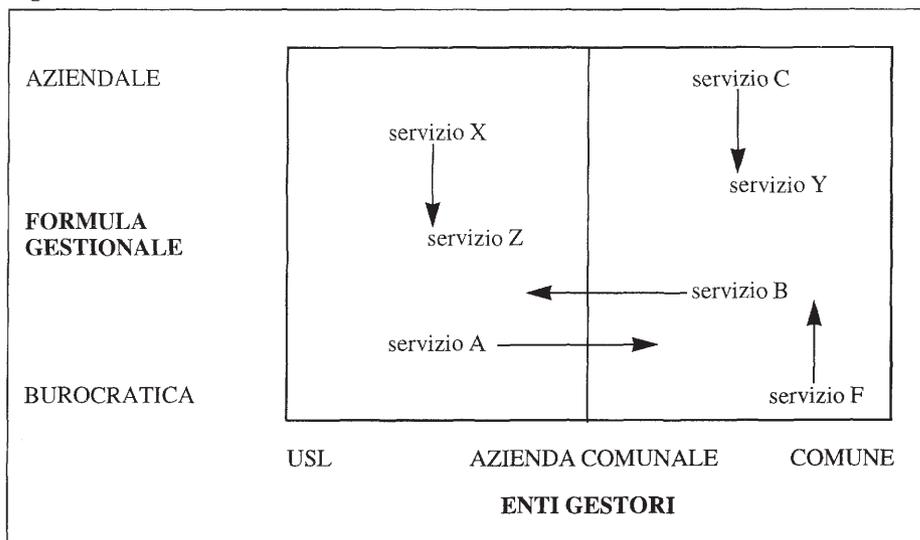
Tra i motivi che potrebbero spingere la USL a ritenere opportuno l'ottenimento della delega ci può essere innanzitutto una presa d'atto della necessità di integrare alcuni servizi al fine di offrire migliori prestazioni agli utenti. In secondo luogo la USL potrebbe essere spinta a tale soluzione da una valutazione di convenienza economica di struttura ritenendo di riuscire, sfruttando delle sinergie, ad acquisire dal comune risorse maggiori di quelle che utilizzerebbe per fornire il servizio. Se la USL, per i motivi appena elencati, intende sollecitare il co-

mune a delegarle dei servizi o a creare una società mista, può utilizzare la logica proposta precedentemente.

Essendo per l'USL il punto di vista diverso e i possibili modelli tra cui scegliere attivamente più limitati (stimolare la delega o la costituzione di una società mista con il comune), la logica di analisi rimane la stessa, ma il modello operativo di pianificazione viene modificato pur mantenendo la stessa sequenzialità, cioè individuare le aree critiche di intervento, valutare la fattibilità istituzionale e l'economicità di gestione. Per economicità espositiva limiteremo l'analisi alla sola riflessione sull'opportunità di stimolare la delega di servizi da parte del comune, ma il ragionamento rimane simile per la valutazione della costituzione di una società mista. Nell'eventualità, per il momento incoerente con il quadro normativo, in cui il ruolo propositivo dell'USL diventasse più ampio, potendo scegliere quindi tra una pluralità di modelli di gestione come il comune, allora occorrerebbe riadattare lo stesso modello di pianificazione proposto per l'ente locale.

In sintesi, pur mantenendo immutata l'impostazione generale del percorso strategico di scelta è necessario te-

Figura 5 - Matrice finale di confronto



nere conto della diversa prospettiva di analisi e della limitatezza delle opzioni possibili.

Ovviamente saranno diversi i risultati dell'analisi SWOT che questa volta avrà come oggetto le opportunità e le minacce dell'ambiente di riferimento della USL e i punti di forza e di debolezza interni all'azienda stessa.

Saranno diverse anche le combinazioni che deriveranno dall'incrocio delle variabili utilizzate nella matrice di identificazione e in quella di selezione.

La matrice di posizionamento iniziale

Anche la USL come il comune deve iniziare il processo di scelta, tracciando una mappa dell'assetto istituzionale (gestione comunale, azienda comunale o mista, gestione USL) e delle formule gestionali (burocratica o aziendale) che caratterizzavano i vari servizi socio-assistenziali prima del riordino.

Non è necessario che la USL prenda in considerazione tutti i servizi socio-assistenziali basta invece che rifletta su quelli che in qualche modo afferiscono a quelli sanitari (e/o sociali a rilievo sanitario) cioè su quelli che mostrano di avere un legame con la componente sanitaria.

Anche la USL dovrà valutare le formule impiegate per la gestione dei vari servizi cercando di considerare attentamente se, di fatto, mostrano natura «burocratica» o «aziendale».

La matrice di identificazione

Rispetto ai servizi socio-assistenziali che in qualche modo afferiscono a quelli sanitari la USL deve individuare quelli più adatti alla gestione in delega.

Per analizzare questo aspetto, tenendo conto anche di quanto realizzato in passato, può utilizzare la matrice di identificazione che, anche in questo

caso, è data dall'incrocio delle variabili «integrazione storicamente raggiunta» e «integrazione necessaria» in base alle caratteristiche del servizio.

Il primo quadrante della matrice individua gli interventi che non devono essere richiesti in delega in quanto non necessitano di integrazione e non sono mai stati gestiti dalla USL.

Il secondo quadrante raggruppa invece gli interventi che hanno una grande necessità di integrazione ma che la USL non ha mai gestito in delega.

Analogamente al caso del comune si tratta di un'area di interventi relativamente critica rispetto alla quale la USL deve domandarsi se non è il caso di sollecitarne una delega ex novo.

Il terzo quadrante individua gli interventi già gestiti in delega dalla USL e che hanno elevata necessità di integrazione.

Come è facile intuire si tratta dell'area di interventi più critica rispetto alla quale la USL deve valutare l'opportunità di cercare di trattenerne la gestione.

L'ultimo quadrante identifica gli interventi gestiti dalla USL ma che non hanno particolare necessità di integrazione, individua quindi un'area rispetto alla quale la USL deve rivedere la

sua posizione. Anche in questo caso i livelli di criticità delle diverse aree indicano le priorità con cui i vari servizi devono essere considerati nei restanti stadi del processo d'analisi (vedi figura 6).

L'analisi SWOT

Dopo aver identificato le aree critiche su cui riflettere (deleghe da cercare di mantenere e deleghe da farsi assegnare ex novo) la USL deve selezionare all'interno di ognuna di esse quegli interventi rispetto ai quali è alta la fattibilità istituzionale della delega ed è alto il livello di economicità gestionale che l'azienda può garantire.

Anche in questo caso può essere utilizzata l'analisi SWOT per individuare le opportunità e le minacce che l'ambiente esterno riserva alla USL e i punti di forza e di debolezza interni all'organizzazione ovviamente in riferimento al problema che si accinge a risolvere.

Costituisce ad esempio una possibile minaccia il fatto che, avendo la USL un territorio di riferimento molto vasto, i servizi da essa gestiti rischiano di risultare troppo «lontani» dall'utenza o percepiti tali.

Figura 6 - Matrice di identificazione

INTEGRAZIONE RAGGIUNTA	alta	4 deleghe da rivedere	3 deleghe probabilmente da mantenere
	bassa	1 nessuna sollecitazione di delega	2 deleghe mai avute ma eventualmente da sollecitare
		bassa	alta
		INTEGRAZIONE NECESSARIA	

I suoi punti di forza invece possono essere il fatto di riuscire a sfruttare delle sinergie nella gestione dei servizi integrati mentre un punto di debolezza potrebbe essere rappresentato dalla mancanza di esperienza nella loro gestione.

Queste sono delle esemplificazioni di carattere generale mentre, chiaramente, l'analisi deve approfondire le caratteristiche delle singole realtà considerate.

Dalle informazioni che emergono dall'analisi SWOT la USL può ricavare delle utili indicazioni sul livello di fattibilità gestionale delle deleghe e sulla propria capacità di gestire con efficacia ed efficienza i relativi servizi.

La matrice di selezione

Il passo successivo è quello di utilizzare la matrice che si ottiene dall'incrocio della variabili «fattibilità istituzionale» ed «economicità» per selezionare gli interventi rispetto ai quali è veramente opportuno che l'azienda USL solleciti la delega.

Ovviamente la USL sceglierà di chiedere la delega per i servizi che si posizionano nel quadrante caratterizzato da alta fattibilità istituzionale della delega e da alta economicità della gestione, mentre escluderà dalla richiesta i servizi relativi all'area che mostra bassa fattibilità insieme a bassa economicità.

Laddove invece le variabili sono discordanti, la matrice individua due aree incerte che però mostrano caratteristiche differenti.

Nell'area che presenta alta fattibilità istituzionale ma bassa economicità si trovano i servizi rispetto ai quali la USL, se intende ottenerne la delega, deve cercare di migliorare l'economicità della sua gestione.

Nell'area caratterizzata invece da bassa fattibilità istituzionale ma alta

economicità sono raggruppati i servizi rispetto ai quali ottenere la delega si presenta piuttosto difficile anche se la USL sarebbe in grado di garantire alta economicità di gestione.

Lo scopo della matrice di selezione è, ovviamente, quello di indicare gli interventi maggiormente critici rispetto alle variabili prescelte (e quindi i primi in ordine ai quali riflettere); tuttavia ciò non toglie che anche per le aree caratterizzate da un livello inferiore di criticità possa essere utile riflettere sulle scelte attuabili.

L'attenzione della USL sarà quindi diretta in primo luogo verso quelle aree di interventi che mostrano situazioni certe ma può essere utile che l'azienda si dedichi in seguito anche alla definizione dell'assetto ottimale per i servizi che rientrano nelle aree di incerta soluzione (vedi figura 7).

La situazione futura

Utilizzando la matrice di selezione la USL è così arrivata ad individuare l'insieme degli interventi rispetto ai quali è opportuno sollecitare la delega dal comune.

Ora, l'ultimo stadio del processo decisionale prevede che il nuovo as-

setto istituzionale dei servizi da esso indicato venga confrontato con quello che la USL si trovava a fronteggiare inizialmente in modo da evidenziare i cambiamenti prospettati nella gestione dei servizi.

Riconsiderando inoltre le formule gestione dei vari servizi la USL può presentare in maniera complessiva la nuova impostazione del suo modello di intervento in campo socio-assistenziale.

Il ragionamento proposto può essere replicato in caso di analisi dell'ipotesi di delega dei servizi ad una costituenda di una società mista comune-USL, invece che direttamente all'ente sanitario.

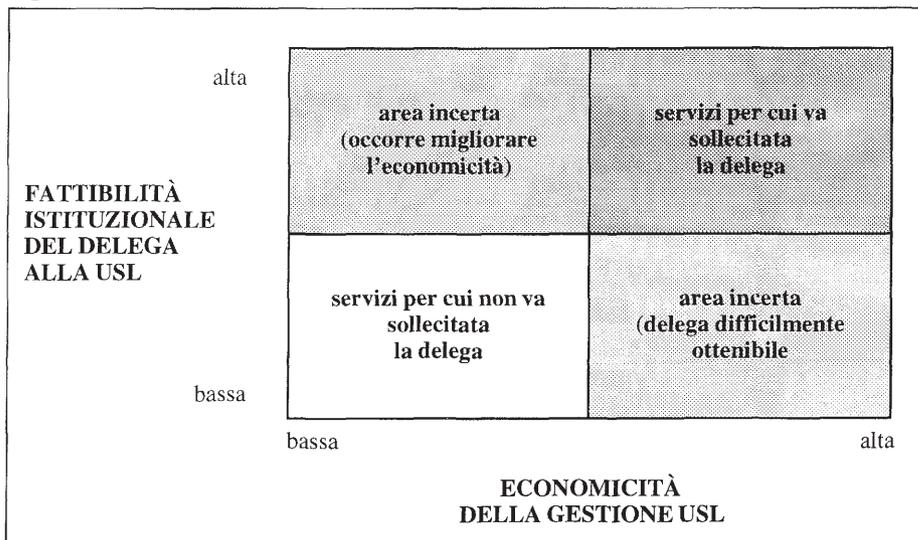
4.3. Il ruolo della regione

La regione tradizionalmente ricopre un ruolo molto attivo nella programmazione e, in parte, nella gestione del sociale. Rispetto alla definizione dell'assetto essa può assumere un atteggiamento collocabile tra due scelte dicotomiche:

a) non definire un proprio modello preferenziale;

b) definire con precisione il modello ritenuto ottimale.

Figura 7 - Matrice di selezione



Al proposito il dibattito sull'interpretazione dell'attuale potere attribuito alla regione è acceso, con la scena contesa tra chi sostiene che l'autonomia dei comuni non possa essere lesa in tema di definizione degli assetti per il comparto socio-assistenziale e chi, al contrario sostiene ancora l'esistenza di un potere ordinatorio e normativo regionale.

A. La regione può decidere di non definire un proprio modello di rapporti tra comuni e USL riconoscendo ai primi piena autonomia nella impostazione e nella gestione degli interventi di assistenza sociale e lasciando che, volendo, essi si accordino in modo assolutamente libero con le aziende USL per eventuali gestioni coordinate o integrate.

Il vantaggio di questa impostazione consiste nel fatto che ogni singola realtà locale può scegliere come organizzare il suo intervento socio-assistenziale valutando le esigenze del proprio territorio. Il rischio di questa scelta è che molti comuni non abbiano le risorse e le dimensioni adeguate per agire efficacemente in questo senso e che l'eccessiva discrezionalità lasciata ai singoli enti possa produrre eccessive disparità di trattamento sul medesimo territorio regionale.

All'interno di questa scelta la regione può comunque decidere di giocare un ruolo attivo di consulenza e supporto all'analisi strategica e all'avvio dell'innovazione.

B. La regione può invece decidere di intervenire allo scopo di guidare le scelte dei comuni, esplicitando qual è la sua «idea di fondo» sull'assetto istituzionale ottimale per i servizi socio-assistenziali. In questo caso le sue strategie possono essere o tentare di essere:

— coercitive, cercando di imporre normativamente uno o più modelli a secondo del tipo di realtà locale e di servizio/programma;

— ordinarie: la regione propone degli assetti cercando di dimostrarne la validità e l'esigenza di uniformità;

— incentivante: la regione favorisce con politiche attive alcuni assetti, attraverso finanziamenti aggiuntivi, attività di consulenza e formazione o sperimentazione guidata.

Il rischio di questa scelta è il conflitto con i decisori locali o l'inefficacia dell'azione regionale, stante il concreto margine di autonomia decisionale che il comparto socio-assistenziale lascia comunque ai livelli istituzionali decentrati responsabili dell'implementazione dei servizi.

5. La negoziazione tra comune e USL

Alla fine dell'analisi comune e azienda USL avranno individuato, ognuno dal proprio punto di vista, l'assetto istituzionale ottimale per i servizi socio-assistenziali afferenti a quelli sanitari.

Il comune avrà selezionato il modello o i modelli gestionali, tra cui ad esempio i servizi da delegare e la USL quelli rispetto ai quali chiedere la gestione in delega; tuttavia avendo seguito ciascuno un proprio percorso di analisi indipendente dalle scelte dell'altro non è detto (anzi è assai improbabile) che raggiungano posizioni compatibili tra loro.

Ci saranno, infatti, servizi che la USL aspira ad inserire all'interno della propria struttura di offerta mentre il comune intende continuare a gestirli in proprio; d'altro canto è anche possibile una situazione in cui il comune intende delegare alla USL un servizio che non rientra però tra quelli individuati come desiderabili dall'ente sanitario.

In questi casi le diverse posizioni possono essere lette in termini di «offerta» e di «domanda» di delega e come tali comportano l'individuazio-

ne di un percorso che giunga ad una situazione di equilibrio.

Lo strumento a disposizione dei due enti per cercare di raggiungere un accordo è la negoziazione: infatti anche se il comune è il soggetto che gode di maggiore potere contrattuale (essendo titolare delle funzioni) può non essere in grado di imporre le soluzioni ottimali dal suo punto di vista dovendo comunque tenere conto delle scelte strategiche della azienda USL.

Quest'ultima, infatti, pur non potendosi formalmente rifiutare di accettare un servizio in delega, può mettere in atto dei comportamenti disincentivanti e ostruzionistici.

D'altra parte la USL non solo non può costringere il comune ad accettare la propria impostazione ma risente anche del suo scarso potere contrattuale nel momento in cui deve cercare di «persuadere» il comune a concederle in delega i servizi individuati come desiderabili in base all'analisi svolta.

Il processo di negoziazione tra comune e USL non è dei più semplici, specie dopo la recente riforma in campo sanitario, che ha di fatto spezzato il legame precedentemente esistente tra i due enti, e la riforma delle autonomie locali che ha rafforzato il ruolo del comune.

Tuttavia la chiara distinzione dei rispettivi ruoli associata ad una maggiore autonomia e responsabilità economica di entrambi prevista dalle attuali normative può favorire la costruzione di un rapporto più trasparente tra i due enti ed un confronto più costruttivo sulle politiche da attuare, basato sull'analisi delle rispettive convenienze aziendali.

Infatti la prospettiva verso cui ci si sta muovendo è quella di un rapporto tra due aziende che ragionano in termini di «programmi-risorse-obiettivi» ed è su questa base che devono trovare la ragion d'essere della loro collaborazione.

L'eventuale individuazione di una modalità comune di azione nella realizzazione dei rispettivi obiettivi strategici rappresenta un caso di definizione di uno «schema di riferimento strategico interistituzionale» che contribuisce alla elaborazione di politiche pubbliche più coerenti e alla coesione del sistema delle amministrazioni pubbliche.

(1) Per la verità, secondo Fosco Foglietta (in *Prospettive sociali e sanitarie* 1994; 6:18-20) le soluzioni, a livello teorico, per incentivare l'applicazione di questo assetto istituzionale sono:

— stabilire l'obbligo della delega per interventi già individuati;

— stabilire l'obbligo di definire accordi tra le parti (accordi di programma o convenzioni), propedeutici alla determinazione dei contenuti delle deleghe e della cui attivazione la regione si assume la responsabilità;

— proporre delle condizioni favorevoli lasciando alla libera discrezionalità delle parti di giungere ai necessari accordi di delega.

Nel primo caso però si riconosce che se è possibile obbligare le USL ad accettare la delega, appare arduo come ciò possa verificarsi nei confronti degli Enti locali.

BIBLIOGRAFIA

AIROLDI G., 1980, *I sistemi operativi*, Giuffrè, Milano.

BORGONOVÌ E., 1984, *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, Milano.

DEL VECCHIO M., 1995, *Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: una introduzione*, **Mecosan**, 14: 20-32.

FOGLIETTA F., 1994, *I servizi socio-assistenziali tra comune e Usl (prima parte)*, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 5: 1-3.

FOGLIETTA F., 1994, *I servizi socio-assistenziali tra comune e Usl (seconda parte)*, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 6: 18-20.

LONGO F., 1993, *Il sistema sanitario nazionale dalla 833/78 al D.L.vo 502/92*, in Alessandra Massei (a cura di) *Corso di Economia*

delle Imprese Pubbliche (93-94), Milano: Edizioni Cusl.

LONGO F., 1994, *Il nuovo modello di attribuzione del potere e delle responsabilità nelle amministrazioni pubbliche locali*, Azienda Pubblica, 1: 95-120.

MENEGUZZO M., 1984, *Modelli tradizionali e modelli strategici di pianificazione negli enti pubblici*, in Elio Borgonovì (a cura di), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Milano: Giuffrè.

MENEGUZZO M., 1985, *La crisi della pianificazione e le scelte strategiche negli enti locali*, *Il nuovo governo locale*, 3: 20-39.

MONTANELLI R., 1995, *Modelli di intervento pubblico in campo sociale: situazione e prospettive*, Tesi di laurea, Università Bocconi.

MOTTA M., MONDINO F., 1994, *Progettare l'assistenza. Qualità e diritti nei servizi*, Roma: La Nuova Italia Scientifica.

REBORA G., MENEGUZZO M., 1990, *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino: UTET.

TORRI V., 1994, *Relazione sullo stato dei servizi sociali*, in Labos, *La comunità solidale in Europa. Dal welfare state alla welfare community*, Roma.

LE TECNOLOGIE BIOMEDICHE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di Mario Del Vecchio

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

SOMMARIO: 1. Tecnologie biomediche e SSN: una diagnosi - 2. Scenario evolutivo e linee di intervento.

The Italian National Health Service has always showed a poor performance in managing health care technologies. The main reasons for this performance are to be found in the lack of dedicated information systems, weak rationality in decision making, problems in funding systems. The reform of INHS can have some positive effects on the situation provided that some actions are started.

1. Tecnologie biomediche e SSN: una diagnosi

1.1. Lo sforzo principale del presente scritto è quello di fornire un quadro interpretativo dei principali problemi che il SSN ha incontrato nel governare introduzione, diffusione e utilizzo delle tecnologie biomediche. Le valutazioni che seguono rappresentano l'interpretazione di riferimento dalla quale discendono tutte le indicazioni che verranno successivamente presentate. Si tratta quindi di una interpretazione, necessariamente schematica, dei principali fenomeni e condizioni che hanno caratterizzato il complesso rapporto tra SSN e tecnologie biomediche. Il giudizio di fondo, che è opportuno anticipare e che verrà successivamente articolato, è che il nostro sistema sanitario ha mostrato complessivamente una estrema debolezza nell'affrontare i problemi derivanti dalla progressiva tecnologizzazione della sanità. Tale debolezza in parte rispecchia i problemi più generali di funzionamento del SSN e in parte deriva dal mancato riconoscimento e conseguente intervento sui problemi

specifici posti dalle tecnologie in campo sanitario.

1.2. Un utile punto di partenza per sostanziare il giudizio di fondo è quello relativo alla debolezza e frammentarietà del quadro informativo. A tutti i livelli del SSN (centrale, regionale o locale) manca la conoscenza degli stock e dei flussi relativi alle tecnologie biomediche. Non si tratta soltanto della scarsità ed episodicità di ricerche tese a fornire un quadro informativo sul mercato e quindi sui consumi complessivi di tecnologie, ma della mancanza o estrema difficoltà nel reperimento delle informazioni elementari e della virtuale assenza di sistemi informativi dedicati al monitoraggio del fenomeno. Bisogna precisare che dal punto di vista formale esistono sistemi informativi (rilevazioni sistematiche) che dovrebbero coinvolgere il comparto delle tecnologie, ma in realtà tali sistemi da una parte non sono focalizzati e dall'altra soffrono di rilevanti problemi di attendibilità dei dati. Il risultato di tale situazione è che la ricostruzione delle informazioni è un processo laborioso affidato di volta in volta a singole e specifiche iniziative

piuttosto che essere integrato negli ordinari processi di gestione. La conseguenza, quasi inevitabile, è che l'insieme di decisioni e operazioni (gestione) che interessano il comparto tecnologico avvengono nella quasi completa assenza di parti importanti del quadro informativo.

L'economia del presente lavoro non consente una disamina approfondita degli attuali contenuti decisionali e operativi ai diversi livelli del sistema e dei relativi fabbisogni informativi, ma è comunque opportuno analizzare sinteticamente le caratteristiche dei diversi sistemi o fonti informative attualmente disponibili.

Per le funzioni che è chiamato a svolgere, di regolazione e autorizzazione delle spesa, il principale e più consolidato sistema attualmente utilizzabile è quello relativo alla contabilità del SSN. Dal punto di vista dei contenuti informativi i rendiconti delle USL, nonostante l'indubbio vantag-

Il presente articolo riproduce i contenuti delle conclusioni di una ricerca commissionata dal Ministero della sanità al CRSTBS di Trieste.

gio costituito dalla loro sistematicità ed estensione (tutto il SSN) soffrono, come si è già avuto modo di osservare, di gravi lacune. Molto schematicamente è possibile rilevare che:

a) in parte a causa dell'eterogeneità dei beni che costituiscono le tecnologie biomediche, ma soprattutto per le caratteristiche del sistema contabile e segnatamente la definizione dei capitoli è difficile non solo articolare la spesa per i diversi segmenti (bioimmagini, laboratorio...) ma anche pervenire ad una stima della spesa complessiva (si pensi che nel conto capitale le spese per attrezzature biomediche sono indistinguibili rispetto a quelle relative agli impianti);

b) i criteri di imputazione dei beni ai diversi capitoli possono variare in relazione alle disponibilità di risorse finanziarie sui capitoli stessi al di là di quella che può essere considerata una «fisiologica» elasticità delle pratiche contabili, ci si riferisce in particolare allo spostamento con modalità varie (leasing e comodato d'uso) delle spese in conto capitale sui capitoli di spesa corrente come una delle risposte abituali alle tensioni finanziarie che il sistema ha sperimentato proprio sul conto capitale;

c) le stesse tensioni finanziarie in presenza di una funzione autorizzativa attribuita al bilancio pubblico (limiti finanziari di spesa sanciti formalmente) possono peraltro provocare una divaricazione tra le dinamiche finanziarie «ufficiali» e l'effettivo consumo di risorse da parte delle unità del sistema, come dimostrato dai periodici provvedimenti di ripiano che hanno caratterizzato la storia del SSN;

d) esistono, anche se risulta difficile quantificarne l'effettiva consistenza, modalità di acquisizione, come ad esempio le donazioni, che non lasciano traccia negli attuali sistemi contabili;

e) anche ritenendo accettabile il grado di approssimazione insito nelle rilevazioni contabili, rimane pur sempre il problema che queste, riferendosi al solo aspetto finanziario (spesa), nulla dicono circa l'effettiva composizione (quali tipologie di beni) dei flussi ai quali si riferiscono e la consistenza e lo stato del patrimonio complessivamente investito (si sottolinea che quello attualmente adottato dal SSN è un sistema di contabilità finanziaria e non economica).

Proprio alle necessità di conoscenza rispetto alla consistenza del patrimonio in termini fisici dovrebbero dare risposta gli inventari dei beni che gli enti del SSN sono obbligati a tenere. In pratica però, salvo rare eccezioni, tali inventari, nella loro attuale configurazione, risultano del tutto inutilizzabili ai fini della conoscenza e gestione del patrimonio. Infatti essi vengono considerati e gestiti come un ordinario adempimento burocratico e si riducono a un mero sistema di registrazione, peraltro largamente incompleto (ritardi anche di anni nell'aggiornamento e mancata registrazione di ciò che non transita nel conto capitale), che manca di un ordine sistematico (criteri di classificazione) e non consente l'estrazione di informazioni (gestione su supporti cartacei). Bisogna comunque segnalare che già da alcuni anni alcune regioni, seppur con molte difficoltà, hanno avviato progetti tesi alla classificazione e rilevazione con fini gestionali del loro patrimonio e i risultati di tali progetti sono stati utilizzati nella ricerca. La situazione diffusa rimane però quella di una mancata conoscenza, a partire da quello che può essere considerato il primo livello del sistema (le USL), di dati attendibili e utilizzabili sulla stato e consistenza del patrimonio tecnologico e ciò, evidentemente, si riflette anche sulle conoscenze disponibili ai diversi livelli di governo del sistema.

Le regioni e il livello centrale hanno peraltro cercato di intervenire con proprie specifiche iniziative sul terreno informativo, ma queste o sono rimaste sporadiche (legate a specifiche contingenze) o quando erano rivolte alla rilevazione sistematica (es. rilevazione del SCPS-Min. San. per le grandi attrezzature) hanno sofferto degli stessi problemi segnalati per il livello USL.

Se dal terreno della rilevazione del patrimonio tecnologico, che riguarda le sole attrezzature e si limita al loro censimento fisico, ci spostiamo a quello più ampio del monitoraggio delle tecnologie biomediche in senso gestionale, le debolezze specifiche sulla gestione delle risorse tecnologiche risultano in un certo senso indistinguibili da quelle più generali che hanno caratterizzato l'azione delle USL rispetto ai sistemi informativi per la gestione. Infatti, sono poche le USL che sono riuscite a dotarsi per le tecnologie biomediche di sistemi in grado di rilevare sistematicamente fenomeni quali: il livello di utilizzo, il consumo di risorse indotto, gli effettivi volumi utilizzati nei processi produttivi, il grado di obsolescenza tecnica e le necessità manutentive. Anche in questo caso, spesso non manca l'obbligo, legato a procedure burocratiche o previsioni normative (si pensi a quanti piani regionali prevedono l'obbligatorietà della contabilità analitica), di rilevare certi fenomeni, ma ciò che manca è il pieno riconoscimento dell'importanza dell'informazione per il momento decisionale e gestionale, per cui la produzione sistematica di informazioni non viene avvertita come esigenza interna ma come richiesta esterna e come tale deperisce nell'ordinaria gestione burocratica (informazioni non prodotte o non utilizzabili).

È possibile infine includere nel concetto di quadro informativo in senso ampio la produzione e diffusione di informazioni e conoscenze circa le ca-

ratteristiche tecniche e gestionali delle tecnologie. Ci si riferisce all'ampia attività di Technology Assessment che molti sistemi sanitari hanno introdotto e supportato al fine, da una parte di governare a livello di sistema l'introduzione e diffusione delle tecnologie e dall'altra di fornire un supporto alle diverse unità del sistema in termini di conoscenze e informazioni utili a migliorare i processi di selezione e gestione delle tecnologie stesse. Tale attività di valutazione della tecnologia sotto diversi profili (sanitario, tecnico, economico, etc.), che normalmente si concretizza nella produzione di rapporti ad ampia diffusione, è scarsamente diffusa nel nostro paese. Salvo qualche eccezione, la diffusione sistematica di conoscenze (che potrebbero essere anche state prodotte altrove) da utilizzare a tutti i livelli, che avrebbe potuto fornire un importante contributo alla razionalità nella gestione della tecnologia, non è mai stata considerata una priorità dal SSN.

1.3. In stretta relazione alle debolezze sul quadro informativo, un secondo insieme di elementi che hanno concorso a determinare una insoddisfacente gestione delle tecnologie è quello relativo ai processi decisionali in senso lato, intendendo con tale termine sia i processi di programmazione di sistema (interventi di stato e regione tesi a determinare distribuzione e livelli di utilizzo delle tecnologie) sia i contenuti e le modalità di assunzione delle decisioni a livello delle aziende del SSN.

Uno degli aspetti di maggiore criticità nell'esperienza del SSN è stato sicuramente quello legato alla funzione di programmazione, la capacità cioè di guidare complessivamente in un quadro di razionalità superiore l'evoluzione di un sistema complesso tramite l'imposizione di comportamenti preordinati o l'introduzione di ade-

guati stimoli al comportamento. Sul terreno specifico delle tecnologie gli strumenti concretamente utilizzabili possono essere fondamentalmente ricondotti a due grandi classi: i sistemi di finanziamento, o più in generale gli incentivi economici a fronte di determinati comportamenti, e gli interventi di regolazione diretta e specifica (a diversi livelli di cogenza). Nella prima classe rientrano strumenti la cui caratteristica è di intervenire sulla variabile tecnologica in maniera indiretta e con valenza generale (non mirata a specifiche tecnologie) incidendo sulla possibilità e/o convenienza per le unità che forniscono le prestazioni di modificare le loro dotazioni tecnologiche. La seconda è principalmente costituita dagli standard che impongono o indicano dotazioni fisiche rispetto a determinati bacini di utenza o predeterminati livelli e modalità di utilizzo. Rimandando al punto successivo (1.4.) il tema degli effetti del sistema di finanziamento, è opportuno osservare che gli interventi diretti e specifici (contenuti nei piani sanitari o in provvedimenti ad hoc) hanno mostrato una scarsa capacità di incidere positivamente sulle dinamiche spontanee del sistema per almeno i seguenti motivi:

a) l'assenza di solide basi informative e conoscitive ha talvolta influenzato la razionalità degli interventi sia in termini di fattibilità organizzativa degli obiettivi che ci proponeva di raggiungere che di effettiva desiderabilità degli stessi (tecnologie «paracadutate» in contesti non adatti, standard irrealistici, insufficiente analisi della domanda, etc.);

b) il mancato o insufficiente raccordo tra le indicazioni programmatiche e i concreti meccanismi di allocazione delle risorse ha, da una parte, spesso ridotto la programmazione a mero esercizio intellettuale mentre i comportamenti effettivi venivano guidati dalle convenienze «locali» (con

esiti più o meno razionali in termini di risultati complessivi) e dall'altra condizionato negativamente i livelli di efficienza nell'utilizzo delle tecnologie (sottoutilizzo per carenza di risorse indispensabili per un pieno sfruttamento delle potenzialità);

c) gli approcci alla programmazione che sono stati utilizzati non hanno tenuto nel debito conto gli elevati gradi di autonomia presenti nel sistema, cioè la capacità di regioni e USL di perseguire obiettivi propri o quantomeno di eludere le regolazioni imposte dai rispettivi livelli sovraordinati, il riconoscimento di tale autonomia avrebbe imposto sistemi di programmazione meno dipendenti da una irrealistica capacità di «enforcement» delle decisioni e maggiormente orientati alla modifica delle condizioni di ambiente rispetto alle quali le aziende assumono le proprie autonome decisioni (incentivi per comportamenti coerenti con le finalità sovraordinate del sistema);

d) è stata, infine, sottovalutata l'influenza esercitata dal settore privato di offerta sui processi di diffusione, in pratica la scelta di focalizzare la programmazione al solo settore pubblico lasciando sostanzialmente libero il settore privato ha minato la capacità stessa del settore pubblico di predeterminare i propri comportamenti trovandosi questo spesso costretto a inseguire i comportamenti dei soggetti privati (si pensi ad esempio ad alcune scelte di convenzionamento quasi obbligato una volta sufficientemente diffusa una certa tecnologia).

Le difficoltà sperimentate dalle politiche a livello di sistema e in particolare dai processi di programmazione sono peraltro intervenute in un contesto decisionale a livello di aziende che mostrava anche propri specifici elementi di debolezza. Sul piano generale delle caratteristiche dei processi decisionali è sufficiente qui richiamare

almeno due elementi che contraddistinguono le aziende sanitarie pubbliche: l'appartenenza al sistema della pubblica amministrazione e il carattere professionale dell'organizzazione. Il primo comporta la formalizzazione dei processi decisionali (procedure predefinite e responsabilità sulla legittimità degli atti) e la mancanza di indicatori oggettivi della complessiva performance aziendale (l'equivalente del profitto per le imprese), il secondo introduce una spinta strutturale alla frammentazione in presenza di una autonomia professionale non assoggettabile ai tradizionali meccanismi gerarchici presenti in altre tipologie di aziende (il professionista è autonomo nella interpretazione dei bisogni e nella definizione delle modalità di risposta agli stessi). Tali caratteristiche, che rendono problematica la salvaguardia della razionalità complessiva dell'intero processo decisionale non hanno trovato, né sul piano della cultura organizzativa né degli strumenti di gestione adottati, una risposta adeguata.

Per quanto riguarda le tecnologie biomediche ciò si è innanzitutto tradotto in un'eccessiva focalizzazione dell'attenzione organizzativa sul momento decisionale, soprattutto nel caso degli investimenti. Le energie dei diversi attori coinvolti e dell'intera organizzazione risultano cioè concentrate sul momento della decisione e trascurano, da una parte il supporto conoscitivo e informativo necessario per un razionale processo di scelta (in termini burocratici la fase istruttoria) e dall'altra il fatto che la decisione costituisce il preludio della effettiva gestione. Quest'ultima affermazione deve essere peraltro intesa nel duplice senso che la decisione deve essere presa rispetto a tutte le condizioni (risorse) necessarie per assicurare un efficiente utilizzo della tecnologia nel tempo e che il mantenimento di tali condizioni, per l'intera vita utile, abbi-

sogna di una costante attenzione (gestione delle risorse investite).

All'eccessiva focalizzazione sulla decisione si è accompagnata inoltre una marcata settorializzazione in termini di contributi all'intero processo decisionale che non è così riuscito a essere orientato da logiche unitarie (aziendali) di azione. Le aziende sanitarie pubbliche non sono state capaci di superare le spinte alla frammentazione derivanti da un sistema di responsabilità formali o legate ai soli giudizi professionali su singole parti del processo decisionale (modello burocratico e professionale), per cui lo stesso processo è stato spesso fortemente segnato dal prevalere di logiche legate al potere organizzativo. La decisione spesso non ha garantito l'equilibrato temperamento delle diverse esigenze aziendali, rappresentate dai diversi attori a vario titolo coinvolti, ed è prevalso il criterio settoriale rappresentato dall'attore dotato, nella situazione specifica, di maggior potere (un esempio tipico è l'uso strumentale della dichiarazione di infungibilità o delle norme che regolano gli acquisti pubblici). Bisogna peraltro notare come il potere organizzativo abbia condizionato non solo quella che può essere considerata come la fase attuativa dei processi decisionali (selezione dell'attrezzatura), ma anche la stessa definizione delle priorità aziendali. Da questo punto di vista, poiché gli attori che dovrebbero tutelare i risultati complessivi sono generalmente deboli (es. direzione sanitaria), risulta comprensibile la relativa difficoltà di diffusione di innovazioni tecnologiche i cui vantaggi siano diffusi su tutta l'organizzazione e non specificamente appropriabili da singoli attori come è il caso di tutti i sistemi di supporto (si pensi ad esempio alla cartella clinica informatizzata o ai sistemi di distribuzione delle immagini).

Una ultima notazione riguarda il tipo di competenze professionali comunemente messe in campo dalle aziende nel processo decisionale. Mentre gli aspetti giuridico formali da una parte e quelli sanitari dall'altra sono quasi sempre ben presidiati, essendo i primi nel tradizionale raggio d'azione delle competenze amministrative e rappresentando i secondi i contenuti prioritariamente presenti nella valutazione degli utilizzatori (componente sanitaria), risultano spesso poco rappresentate le competenze economiche e quelle di tipo più strettamente tecnico. Per quanto riguarda le competenze economiche è sufficiente osservare che l'orientamento prevalente nelle funzioni di supporto amministrativo è quello del corretto adempimento amministrativo piuttosto che quello della convenienza aziendale poiché nella concezione tradizionale della pubblica amministrazione la regolarità delle procedure è di per se stessa garanzia del miglior risultato aziendale. Per le competenze tecnico ingegneristiche il discorso è in parte analogo: è pur vero che esistono gli uffici tecnici, ma questi hanno tipicamente delle competenze legate ai problemi della gestione del patrimonio immobiliare e impiantistico e non risultano in grado di gestire i complessi e specifici problemi relativi alle tecnologie biomediche.

1.4. Tra le variabili che hanno condizionato le dinamiche relative alle tecnologie biomediche nel contesto del SSN, un ruolo di primaria importanza è stato giocato dalle risorse finanziarie. La debolezza di altri meccanismi di orientamento del comportamento del sistema (programmazione) ha fatto in modo che le dinamiche relative ai finanziamenti abbiano costituito il fattore esterno di maggior rilevanza per il comportamento delle aziende sanitarie pubbliche. Come si è

già avuto modo di osservare, considerata l'eterogeneità dei beni che costituiscono il comparto delle tecnologie biomediche (beni di consumo e attrezzature), le risorse finanziarie utilizzabili per l'acquisizione di tali beni «transitano» dai capitoli di spesa sia di parte corrente sia di conto capitale.

Senza entrare in una analisi delle complesse dinamiche che hanno caratterizzato il comportamento della spesa corrente è sufficiente qui ricordare come le necessità di contenimento della spesa sanitaria, inserita nel quadro più generale della spesa pubblica, e la carenza di efficaci meccanismi di responsabilizzazione sui livelli della spesa stessa (utilizzo dei soli «tetti finanziari») si sono tradotte in un concreto meccanismo di finanziamento che ha visto regolarmente: *a*) assegnazioni iniziali sottostimate; *b*) provvedimenti del governo integrativi durante l'anno; *c*) ritardi nei trasferimenti dei «fondi integrativi»; *d*) formazione in ogni caso di disavanzi e periodici provvedimenti di ripiano degli stessi. Gli effetti negativi in termini di comportamenti indotti dal meccanismo di finanziamento appena menzionato sono ampiamente conosciuti e dibattuti, ma per quanto concerne più specificamente le tecnologie è utile sottolineare che:

a) alle difficoltà di definizione di criteri di finanziamento ex ante che riuscissero a contemperare l'esigenza di sostenere i livelli di spesa storica e insieme stimolare un riequilibrio fra le diverse regioni, si sono aggiunte le divaricazioni prodotte dalle differenziate capacità regionali di gestire in maniera più o meno efficiente i meccanismi dei fondi integrativi e dei ripiani (finanziamento ex post), il risultato prodotto è una situazione in cui per livelli, composizione e anche produttività della spesa corrente in tecnologia è difficile ritrovare un comune deno-

minatore tra le diverse regioni italiane;

b) l'apposizione di vincoli finanziari irrealistici e un sistema effettivo sostanzialmente a piè di lista non hanno responsabilizzato le aziende né sul rispetto dei limiti finanziari né sul contenuto economico delle scelte effettuate, per cui sono stati molto deboli gli stimoli ad una razionalizzazione dei processi di selezione e di acquisto (riflessi sulla spesa corrente degli investimenti, governo dei consumi, selezione delle tipologie dei beni da acquisire, selezione dei fornitori, etc.);

c) le pressioni comunque esistenti per il contenimento della spesa si sono esercitate in maniera differenziata sulle sue diverse componenti e quindi sui capitoli, ciò ha comportato che in presenza di componenti «forti» per rigidità strutturale (personale) o per potere contrattuale della controparte (farmaceutica convenzionata) quella per tecnologia è tra le componenti che hanno dovuto assorbire le maggiori pressioni, non solo e non tanto in termini di volumi complessivi (pellicole e reagenti non sono mai fisicamente mancati per carenza di fondi sul capitolo di spesa), ma in termini di erraticità dei flussi finanziari disponibili e quindi di programmabilità della spesa che rappresenta una delle condizioni per razionalizzare i processi di acquisto e di utilizzo (se si delibera a fine d'anno solo impegnare la spesa non è possibile selezionare le priorità, se si devono acquisire i beni in assenza di copertura finanziaria non si riesce a selezionare il fornitore, etc.);

d) le stesse pressioni si sono poi tradotte in una crescente divaricazione tra dinamiche della competenza e quelle della cassa (ritardi nei pagamenti dei fornitori) che a loro volta hanno ulteriormente ristretto lo spazio per razionali processi di acquisto, poiché i tempi di pagamento sono una

delle condizioni essenziali per giudicare la convenienza di uno scambio in assenza di una ragionevole certezza su tale elemento diventa difficile valutare la congruenza dei prezzi unitari (il prezzo richiesto incorpora solo l'incertezza finanziaria o rappresenta un «sovraprofitto» per le imprese fornitrici di fronte alla debolezza contrattuale della controparte U.S.L.? qual'è il prezzo di riferimento in un mercato caratterizzato da condizioni di pagamento incerte e tanto variabili?).

Gli effetti delle politiche seguite sulla parte della spesa in conto capitale meritano una attenzione particolare in quanto tale fonte di finanziamento dovrebbe alimentare la parte più rilevante, seppure non in termini quantitativi, delle spese in tecnologia: quella relativa agli investimenti. La maggiore rilevanza attribuita agli investimenti in senso stretto (attrezzature) deve essere qui intesa riconoscimento di un insieme di caratteristiche che li rendono particolarmente critici rispetto al governo delle dinamiche delle risorse tecnologica nel suo complesso. Infatti le scelte sugli investimenti, intesi come beni che non esauriscono la loro utilità in un singolo ciclo produttivo o economico, sono caratterizzate da un certo grado di irreversibilità, condizionano in maniera rilevante le opzioni della gestione corrente, sono spesso strettamente correlate alle scelte strategiche delle aziende o quanto meno ne rappresentano la parte a maggiore visibilità, coinvolgono un rilevante volume di risorse sia in termini diretti (costi di acquisto) che di spese indotte. La stessa separazione dei canali di finanziamento rispetto alla gestione corrente, definendo meccanismi particolari per gli investimenti, segnala, in un certo senso, come sia stata avvertita la necessità di regolarne più specificamente le dinamiche ovvero di sot-

trarle a quelle che influenzano la parte corrente della gestione.

Alcune osservazioni sull'influenza esercitata sugli investimenti tecnologici dai meccanismi di finanziamento possono proprio partire da tale scelta di separare spesa corrente e spesa in conto capitale. A parte il fatto già menzionato che pure all'interno di una partizione contabile separata non è stato definito uno specifico capitolo per le tecnologie biomediche, segno evidente di una sottovalutazione del problema sul piano culturale prima ancora che gestionale, il primo punto da sottolineare è che la separazione dei meccanismi di finanziamento ha assecondato o almeno non contrastato una logica già molto diffusa nelle aziende del sistema di separazione sul piano delle scelte di gestione dei due momenti. Piuttosto che ragionare in una logica unitaria, articolando le scelte su piani diversi, da quelle strategiche a quelle operative, ma costantemente collegati in relazione alle finalità da raggiungere, la logica della separazione assume modalità e criteri decisionali completamente autonomi, come se il problema di acquisire una certa tecnologia potesse essere separato da quello del suo concreto utilizzo e il fine che collega i due momenti non fosse l'erogazione di certe prestazioni.

La separazione dei canali di finanziamento risponde comunque a una logica che vorrebbe togliere alla sfera decisionale delle aziende la difficile scelta di quanta parte delle risorse complessive a disposizione dedicare alla ricostituzione del patrimonio impiegato nell'erogazione dei servizi e al suo ampliamento, trasferendo tale scelta ai livelli sovraordinati del sistema. Da questo punto di vista l'esistenza del conto capitale, oltre al vantaggio di costituire potenzialmente uno strumento a disposizione per le esigenze di programmazione, avrebbe dovuto tendenzialmente difendere le

possibilità di investimento sottraendole alle «dure» necessità della spesa corrente. In realtà è difficile potere affermare che tutto ciò si sia verificato, infatti, essendo le spese per investimento considerate come discrezionali o comunque risultando come quelle a maggiore grado di controllabilità, sono state quelle maggiormente colpite dalle necessità manifestate sul fronte della finanza pubblica. Solo sotto questa luce è possibile comprendere non solo l'esiguità, in relazione alle spese correnti, delle risorse trasferite in conto capitale (di cui quelle per tecnologia rappresentano solo una parte), ma anche la loro erraticità nel tempo.

Di fronte a tali caratteristiche dei trasferimenti in conto capitale si è già avuto modo di osservare come le U.S.L. abbiano messo in atto dei meccanismi di difesa tesi a salvaguardare quelle che venivano considerate esigenze fisiologiche di mantenimento e rinnovo del patrimonio tecnologico. Tali strategie si sono mosse nel senso di una diversificazione delle fonti di finanziamento degli investimenti: dall'utilizzo di fondi pubblici diversi da quelli specificamente sanitari (MURST, C.N.R., FIO etc.), alle quote FSN a destinazione vincolata, al trasferimento su altri capitoli del bilancio, soprattutto di parte corrente (leasing, comodato d'uso, manutenzione, etc.), alle donazioni. Se queste strategie sono riuscite ad attenuare e forse compensare lo squilibrio tra la domanda di tecnologia e le possibilità offerte dai canali tradizionali di finanziamento, hanno comunque posto una serie di difficoltà nella gestione della risorsa tecnologica complessivamente intesa, per almeno i seguenti motivi:

a) la differenziazione delle fonti acuisce i problemi di governo unitario a livello aziendale del patrimonio tecnologico, poiché spesso le fonti stesse sono controllate a livello di singole unità organizzative, e in assenza di

adeguati sistemi informativi, le priorità e soprattutto gli effetti delle scelte (spese indotte) non vengono valutati preventivamente dall'azienda, ma imposti a questa dagli attori che controllano meglio le fonti non tradizionali (tra queste compresa la possibilità di scaricare i costi dell'investimento sulla spesa corrente);

b) anche nel caso in cui sia stato raggiunto un adeguato grado di conoscenza e controllo dei comportamenti delle diverse unità operative che compongono l'organizzazione, rimane il problema del difficile equilibrio tra lo stimolo dell'imprenditorialità e le priorità complessive ovvero di come redistribuire parte dei benefici ricavati dall'imprenditorialità di qualcuno senza con ciò disincentivare tali comportamenti;

c) le fonti alternative spesso presentano una soluzione obbligata rispetto a quelle che sono, o vengono considerate, esigenze inderogabili, per cui i costi impliciti, diretti e indiretti, di tali scelte non vengono spesso neanche calcolati (confronto con l'alternativa dell'acquisto nel caso del comodato d'uso, costi indotti dall'attrezzatura donata, etc.).

1.5. Dopo avere affrontato i temi collegati al quadro informativo, ai processi decisionali e alle dinamiche finanziarie, a questa schematica diagnosi sulla tecnologia nell'esperienza del SSN mancano almeno due ordini di riflessioni: il primo relativo ai principali problemi legati all'utilizzo delle tecnologie e il secondo concernente il ruolo delle imprese fornitrici.

Pure tenendo conto che una valutazione sui principali problemi legati all'utilizzo delle tecnologie rischia di diventare generica in relazione all'ampiezza dei fenomeni e alla estrema variabilità delle diverse concrete situazioni, ci sembra di potere individuare tre aree in cui la maggiore parte

delle aziende sanitarie pubbliche ha sperimentato serie difficoltà di intervento.

La prima è quella relativa ai livelli di utilizzo delle tecnologie presenti. Prima ancora che la sottodotazione, uno dei problemi più evidenti del nostro sistema, come alcune indagini hanno dimostrato, sembra essere il sottoutilizzo del patrimonio tecnologico esistente. Le cause specifiche di tale fenomeno possono essere molteplici, dalle dotazioni e articolazioni dell'orario del personale a colli di bottiglia in processi produttivi collegati, ma ciò che sembra essere generalizzato è una sottovalutazione della complessità gestionale introdotta dalla tecnologia e una sostanziale carenza di meccanismi di responsabilizzazione sia interni che esterni alle aziende.

La seconda è quella della manutenzione. Le USL non sembrano essere state in grado di gestire convenientemente e a livelli adeguati di funzionalità il complesso problema del mantenimento in condizioni efficienti delle loro attrezzature. Anche in questo caso, nella configurazione del fenomeno si intrecciano elementi diversi come: la sottovalutazione del problema, la mancata responsabilizzazione, la carenza di professionalità tecniche ed economiche, le debolezze del processo decisionale. Così può accadere che nello stesso contesto accanto a onerosi contratti full risk, adottati per «evitare problemi», ci siano apparecchi scoperti o che gli stessi contratti di manutenzione non garantiscano tempi massimi di fermo macchina.

Va infine segnalata come area problematica, in parte collegata a quanto appena detto sulla manutenzione, quella della sicurezza delle attrezzature. Tutte le poche indagini effettuate finora hanno sempre mostrato percentuali rilevanti di apparecchi fuori norma (l'ANIE ha stimato che il 50% degli apparecchi non siano conformi alle

norme). Al di là di alcune possibili forzature, il fenomeno è reale e rappresenta una conseguenza grave (sicurezza dei pazienti e degli operatori) e in un certo senso esemplare di tutte le più volte citate debolezze sul fronte della gestione della tecnologia. Sbaglierebbe quindi chi pensasse di ridurre il problema della sicurezza al solo tema delle risorse finanziarie (sostituzione degli apparecchi obsoleti, piano straordinario per la messa a norma), senza un complessivo intervento su tutte le variabili che influenzano la gestione della tecnologia.

Come avviene per tutti i fenomeni complessi le cui determinanti non possono essere ricondotte a singole cause, le ragioni di una insoddisfacente performance sul fronte delle tecnologie da parte del SSN vanno ricercate anche nel comportamento di altri attori al di fuori delle stesse aziende sanitarie pubbliche. Ci riferiamo qui al complessivo comportamento del sistema delle imprese fornitrici di tecnologia. Sulla base dei comportamenti prevalenti (è evidente la difficoltà insita nella generalizzazione di un giudizio) ci sembra di potere affermare che, pure nella doverosa distinzione di responsabilità derivanti dai rispettivi ruoli, il sistema delle imprese non abbia sufficientemente compreso che il problema della razionalità nella gestione della tecnologia non era un problema esclusivo del cliente e che anche dal grado di tale razionalità dipendevano poi le prospettive di sviluppo complessivo del settore (legittimazione della spesa in tecnologia in termini di servizi forniti agli utenti).

In realtà di fronte a un cliente debole sia sul fronte della razionalità decisionale che delle competenze e capacità operative specifiche, le imprese hanno spesso sfruttato opportunisticamente tale debolezza piuttosto che adottare strategie che, insieme alla tutela degli interessi aziendali (magari

sacrificando quelli di brevissimo periodo), riuscissero a configurare un rapporto di partnership con il proprio cliente in cui prevale la ricerca degli interessi comuni. Molto concretamente le imprese, anche quelle che per cultura aziendale e per posizionamento competitivo avrebbero dovuto riconoscersi maggiormente in tale linea d'azione, hanno, se non pienamente sfruttato, almeno accettato e convissuto con le regole prevalenti di un mercato non proprio competitivo, ma che garantiva fatturati e margini ampiamente soddisfacenti in cambio delle sole tensioni finanziarie. Spesso le imprese non solo non hanno scelto la strada di trasferire conoscenze e capacità al cliente (educazione del cliente), ma hanno opposto una certa resistenza (attiva o passiva a seconda dei casi) ad alcuni tentativi, che seppure con certi gradi di rischio, il cliente stesso cercava di mettere in pratica per migliorare i propri processi di acquisto, come ad esempio acquisti consorziati, produzione e diffusione di valutazioni tecniche ed economiche, osservatori dei comportamenti di mercato.

2. Scenario evolutivo e linee di intervento

2.1. Ogni indicazione di possibili linee di intervento sul tema delle tecnologie biomediche e sanitarie deve tenere in debito conto oltre ai problemi specifici finora esaminati quelle che paiono essere le tendenze evolutive in atto nel SSN, soprattutto in relazione al fatto che tali tendenze sembrano configurare un vero e proprio mutamento di scenario. Il SSN è stato negli ultimi anni ed è tuttora oggetto di una serie di interventi tesi a modificarne radicalmente i meccanismi di funzionamento, anche se la profondità e l'esatta direzione del processo di riforma sono tuttora difficili da valutare. L'entità degli interventi segnala comunque

come gli elementi di crisi che hanno accompagnato il funzionamento del sistema non fossero più sostenibili e un intervento deciso non più rinviabile. In effetti il nostro sistema, se da una parte ha sofferto di quella che può essere considerata una crisi strutturale di tutti i sistemi sanitari, derivante essenzialmente dal progressivo aumento della distanza tra ciò che è tecnicamente possibile fare in campo sanitario (progresso tecnologico) e l'entità delle risorse che si possono o vogliono dedicare alla tutela della salute, dall'altra ha mostrato proprie specifiche peculiarità sia per natura che intensità dei problemi. È sufficiente qui osservare che gli interventi di riforma si sono dovuti confrontare con (e hanno cercato di dare risposta a):

a) una crisi finanziaria relativa al controllo delle dinamiche della spesa sanitaria pubblica in un quadro di più generale crisi della finanza pubblica;

b) una crisi di funzionalità e cioè agli insoddisfacenti livelli di efficacia ed efficienza del sistema il relazione al volume delle risorse dedicate;

c) una crisi di legittimazione che ha investito in primo luogo l'operatore pubblico, mettendo in discussione il principio stesso che la tutela della salute sia da affidarsi principalmente all'intervento pubblico, ma che non ha risparmiato neanche l'agire dei soggetti privati che intervengono direttamente e indirettamente nel settore (istituzioni sanitarie private, imprese fornitrici).

In questo quadro di estrema difficoltà, a partire circa dal 1992 (ci sembra questo l'anno in cui si inizia veramente a «mettere mano» alle dinamiche del SSN), vengono assunti una serie di provvedimenti che possono essere ricondotti in due filoni principali: il contenimento della spesa e il riassetto istituzionale del sistema.

Per quanto riguarda il primo ciò che importa segnalare non è tanto la natura

dei singoli interventi quanto l'intensità degli stessi che risulta tale da ridurre la spesa sanitaria pubblica o quanto meno stabilizzarla al netto della spesa farmaceutica. Su questo fronte il comportamento del SSN è stato è stato principalmente caratterizzato da:

a) inasprimento delle tradizionali strette finanziarie sulle risorse messe a disposizione per la spesa corrente (dai circa 90 mila miliardi del 1992 ai circa 84 mila per il 1994) che pure senza rappresentare un limite invalicabile di spesa (si registrano i tradizionali disavanzi) contribuiscono, razionando i fondi trasferiti e congiuntamente alla responsabilizzazione delle regioni, a contenere la spesa;

b) interventi su alcune risorse reali e finanziarie utilizzabili dal sistema come ad esempio i tetti posti alla distribuzione di fondi incentivanti o, elemento di estrema importanza per l'oggetto del presente lavoro, i tagli operati sui trasferimenti in conto capitale (l'indagine ANIE più volte citata stima una caduta della quota in conto capitale destinata all'acquisto di apparecchiature tecnico scientifiche dai 500 miliardi del 1992 ai 160 del 1994);

c) spostamento di una serie di costi sugli utenti (ticket, franchigia per le prestazioni di diagnostica strumentale) con l'effetto di contenere i consumi e finanziare parte della spesa;

d) compressione dei margini di profitto delle imprese fornitrici tramite una diminuzione imposta dei prezzi (e non solo di quelli regolati, come dimostra la diminuzione del 10% imposta sui contratti di fornitura) e lo scaricamento delle tensioni finanziarie attraverso l'allungamento dei tempi di pagamento.

Il riassetto istituzionale, rappresentato dal decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni (decreto leg.vo 517/93), sebbene presentato come una vera e propria riforma, in ef-

fetti non disegna un modello compiuto di funzionamento del SSN, ma lascia essenzialmente alle regioni, attraverso le leggi applicative che ogni regione dovrà adottare, la definizione dei reali meccanismi del sistema. In pratica, i provvedimenti citati definiscono solo alcuni singoli elementi forti di riforma, primo fra tutti la responsabilizzazione delle regioni, ma non arrivano a configurare un vero modello, a meno di non voler considerare come tale un vago orientamento all'aumento dei gradi di competizione presenti nel sistema. Gli elementi fondamentali del riassetto sono comunque i seguenti:

a) finanziamento alle regioni su base pro-capite (Livelli Uniformi di Assistenza-LUAS) e conseguente meccanismo di compensazione per le prestazioni rese a cittadini di altre regioni;

b) responsabilizzazione finanziaria in capo alle regioni per eventuali sfondamenti rispetto ai livelli prefissati, tali sfondamenti dovrebbero quindi essere autonomamente finanziati con risorse proprie (questa pare essere la vera chiave di volta dell'intera riforma sia per la problematicità di una sua effettiva applicazione che per le conseguenze che induce in termini di gradi di autonomia da riconoscere inevitabilmente ai livelli regionali);

c) accorpamento delle attuali USL a livello tendenzialmente provinciale e loro trasformazione in aziende (maggiore autonomia e insediamento di un direttore generale);

d) introduzione di sistemi di contabilità generale simili a quelli delle imprese (graduale superamento della contabilità finanziaria con funzione autorizzativa) e ulteriore impulso alla introduzione di sistemi di contabilità analitica;

e) autonomizzazione dei grandi ospedali (la scelta spetta sostanzialmente alle regioni) e loro finanziamento prevalentemente sulla base di

prestazione per tariffa (spinta alla introduzione di sistemi di misurazione dell'output a cui collegare il finanziamento);

f) ridefinizione del ruolo del settore privato che, nelle intenzioni del legislatore, sembra destinato ad accrescere il suo peso (sia dal lato del finanziamento che da quello della produzione) e ad esercitare una certa pressione competitiva sul settore pubblico, anche se è difficile immaginare come, al di là delle dichiarazioni di principio, tale evoluzione possa concretamente avvenire in tempi brevi in presenza di stringenti vincoli sulle risorse (anche su tale punto bisognerà attendere le scelte delle diverse regioni, tenendo conto che l'unico dato certo è il venimento del sistema delle convenzioni).

2.2. È ora necessario posizionare le tecnologie biomediche nel sintetico scenario appena delineato, cercando, per quanto possibile, di individuare le tendenze evolutive in relazione alla diagnosi precedentemente articolata.

Un primo punto di riflessione è costituito dalla dinamica delle risorse finanziarie. Seppure ad un livello insufficiente e con un ampio ricorso all'imprenditorialità delle USL, il sistema è stato fino ad anni recenti in grado di sostenere un certo livello di spesa per tecnologie e in particolare quella relativa alle attrezzature. L'intensità della stretta finanziaria sulla parte corrente e le manovre ancora più decise sulla parte in conto capitale hanno messo fortemente in discussione anche tale limitata capacità, facendo drasticamente calare la possibilità di finanziare non solo nuovi investimenti, ma anche di garantire il mantenimento del capitale tecnologico esistente. Bisogna inoltre considerare che gli effetti depressivi sugli investimenti, indotti dalla mutata intensità delle politiche di contenimento della spesa, sono stati poi amplificati dall'incertezza del

quadro istituzionale: la prolungata provvisorietà dei vertici delle USL e l'attesa prima della definizione e poi dell'applicazione della riforma non sono stati sicuramente elementi che hanno contribuito a facilitare le decisioni di investimento. Se l'incertezza istituzionale si è praticamente risolta con l'emanazione delle normative regionali, le politiche di contenimento della spesa, e i loro effetti sulle tecnologie, rappresentano un dato che continuerà a caratterizzare l'evoluzione nel medio periodo.

Insieme all'elemento quantitativo, una certa influenza verrà poi esercitata dalle modificazioni che prevedibilmente interverranno sul piano dei sistemi di finanziamento. Qui la tendenza che sembra emergere è quella di un progressivo aumento del ruolo svolto dai sistemi di tariffazione in senso lato (collegamento più stretto tra finanziamento e volume delle prestazioni). Tale tendenza è, al momento, specificamente rintracciabile in almeno tre aree: il finanziamento degli ospedali azienda, il regime delle compensazioni a fronte della mobilità degli utenti (non solo a livello interregionale ma anche intraregionale), l'aumento dei contributi richiesti agli utenti a fronte delle prestazioni ricevute (ticket, franchigia). L'entità degli effetti sarà evidentemente collegata all'estensione dell'area di finanziamento effettivamente coperta dal sistema tariffario ma questi produrranno:

a) una accelerazione delle spinte verso l'introduzione di sistemi di contabilità analitica e quindi di monitoraggio delle risorse assorbite dalla componente tecnologica nella produzione delle prestazioni;

b) una spinta verso una maggiore razionalizzazione nei processi di acquisizione e impiego delle risorse tecnologiche in relazione, evidentemente, ai gradi di razionalità nella definizione delle tariffe stesse e delle capa-

cità gestionali presenti nelle aziende (le tariffe possono rappresentare un punto di riferimento per l'impiego delle risorse);

c) il rischio di una ulteriore «frantumazione» delle aziende sanitarie pubbliche collegato all'emergere di aree a maggiore o minore profittabilità e quindi un indebolimento delle logiche unitarie di azione (scelte dettate dalla mera convenienza economica di breve periodo e capacità delle unità organizzative più forti dal punto di vista dei rientri finanziari di trattenerne presso di sé gli eventuali surplus).

L'aumento delle dimensioni medie delle USL, anche se bisogna tenere conto della fuoriuscita degli ospedali di maggiore dimensione, comporterà degli effetti potenzialmente positivi. In primo luogo potranno essere raggiunte alcune soglie tali da consentire il perseguimento di rilevanti economie di scala in relazione all'aumentato bacino di utenza (più razionale utilizzo delle attrezzature esistenti e ricerca delle sinergie). Probabilmente i benefici maggiori potranno comunque provenire dalla possibilità di sfruttare o acquisire competenze professionali più elevate. Sotto questo profilo alle maggiori dimensioni dovrebbero quindi corrispondere maggiori possibilità di migliorare non solo i processi decisionali, ma anche l'area della gestione (es. possibilità di costituire unità organizzative specializzate).

In parte collegato all'aumento delle dimensioni, ma anche come effetto dell'aziendalizzazione e quindi della ridefinizione degli spazi di autonomia delle aziende, si pone il problema degli strumenti di programmazione del rapporto cioè tra le scelte sovraordinate a livello regionale e le convenienze a livello locale. Qualunque siano i modelli di relazione centro periferia che ogni in regione verranno concreta-

mente adottati, sembra evidente che il maggior peso contrattuale delle USL e degli ospedali e l'inevitabile aumento dei gradi di autonomia collegati alla responsabilizzazione aziendale imporranno una profonda revisione degli attuali sistemi di regolazione della distribuzione delle tecnologie e in particolare di quelle ad elevata complessità. Gli strumenti da utilizzare a livello regionale dovranno sempre più essere quelli di natura indiretta (interventi sul sistema delle convenienze rispetto al quale le aziende decidono, supporti in termini di servizi reali per migliorare i processi di decisione, acquisizione e utilizzo) riservando gli interventi diretti (standard, finanziamenti ad hoc) a poche e selezionate aree. Sempre sul tema della programmazione, bisogna osservare come l'introduzione di elementi di competizione tra settore pubblico e settore privato renda anche necessario il superamento della concezione prevalente che restringe nei fatti la programmazione al solo comparto pubblico per affermare la necessità di due funzioni di programmazione concettualmente distinte: quella relativa all'intero sistema sanitario e quella di guida dei comportamenti delle aziende del gruppo pubblico.

L'ultimo e probabilmente più rilevante effetto, che si vuole menzionare, delle tendenze in atto è quello relativo alla regionalizzazione del SSN. Si è già avuto modo di osservare come il nostro sistema sia stato caratterizzato da rilevanti differenze tra i diversi comportamenti regionali, nonostante una serie di interventi miranti a ridurre le disegualianze e incamminare il sistema su sentieri di convergenza. Quella che pare essere la sostanziale presa d'atto dell'impossibilità di mantenere l'equilibrio finanziario governandolo centralmente e il trasferimento della responsabilità di tale equilibrio a livello regionale (re-

sponsabilizzazione sui disavanzi) provoca nei fatti il venir meno di un elemento che, con molti limiti, aveva garantito alcuni livelli di omogeneità a livello nazionale. Sembra infatti inevitabile che se «tiene» la responsabilizzazione regionale (impossibilità di scaricare sul livello centrale gli eventuali disavanzi) la contropartita sarà l'assoluta autonomizzazione dei sistemi sanitari regionali con effetti forti di «contrattualizzazione» nel rapporto stato regioni e dei rapporti tra le regioni stesse. In realtà su tale linea è già in atto una revisione del ruolo del Ministero della Sanità (es. costituzione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali) e uno degli argomenti maggiormente dibattuti nelle competenti sedi istituzionali è il sistema delle compensazioni per la mobilità interregionale. Anche per le politiche complessive relative alle tecnologie biomediche ciò che si prefigura per il futuro è quindi un sostanziale indebolimento del ruolo del ministero e un ulteriore trasferimento del potere decisionale a livello regionale. Rimangono comunque aperti in questo scenario almeno due problemi di estrema rilevanza. Il primo è quello di come (o meglio se) si cercherà di assicurare un certo livello di equità nell'accesso ai servizi considerata l'estrema differenziazione presente negli attuali contesti regionali (il meccanismo delle assegnazioni su base procapite e delle compensazioni per mobilità di per sé non ingenera spinte al riequilibrio). Il secondo è legato alla capacità delle attuali strutture regionali di definire e attuare politiche efficaci sulle tecnologie.

Prima di passare ad alcune proposte di intervento si presenta nella pagina successiva un breve schema riassuntivo di quanto in parte fin qui discusso, relativo alle principali tendenze in atto e agli effetti sui mercati delle tecnologie biomediche.

2.3. Da quanto fin qui esposto dovrebbe essere emerso con sufficiente chiarezza che su un tema di estrema complessità come quello del governo, della gestione e dell'utilizzo delle tecnologie il SSN mostra preoccupanti lacune, ma che, d'altra parte, i problemi rilevati si intrecciano profondamente con i problemi complessivi di funzionamento di tutto il sistema, sistema che peraltro sta in questo momento attraversando una fase di profondo cambiamento. In una fase di estrema incertezza in cui si stanno ridefinendo i meccanismi complessivi di funzionamento in direzione di un rafforzamento dell'autonomia e responsabilità aziendali, i necessari interventi correttivi sulle tecnologie non possono che essere di natura indiretta. Ciò significa assumere l'ipotesi forte che nel prossimo futuro i miglioramenti sul fronte della tecnologia potranno essere ottenuti prioritariamente tramite il miglioramento delle capacità gestionali delle aziende nel loro complesso (es. i sistemi di programmazione e controllo) più che interventi su specifiche aree tematiche (la programmazione e il controllo del personale, della tecnologia etc.). Gli interventi correttivi dovranno rappresentare quindi degli elementi che sul fronte specifico delle tecnologie si propongono di accompagnare l'indispensabile sforzo di aumento delle capacità di gestione di tutta l'azienda, da cui dipendono criticamente i risultati ottenibili dalla risorsa tecnologica. Sulla base di tutta l'analisi precedentemente articolata ci sembra possibile sintetizzare tali interventi correttivi nelle seguenti raccomandazioni rivolte ai diversi livelli del SSN nell'ambito delle loro rispettive responsabilità.

Raccomandazione 1

È necessario uno sforzo straordinario di sensibilizzazione rivolto alla

aziende sanitarie pubbliche e private teso a sottolineare la rilevanza delle tecnologie nei contesti sanitari moderni, i principali problemi e le soluzioni concretamente adottabili.

Alla base di tale raccomandazione è la convinzione che una parte dei problemi nasca da una sottovalutazione culturale diffusa della rilevanza e complessità del fenomeno tecnologico nelle aziende sanitarie, per cui il solo problema rilevante (critico) è quello di avere le disponibilità finanziarie per accedere alle attrezzature o sostenere i consumi desiderati. È quindi necessario diffondere l'idea

che la tecnologia: *a)* è un mezzo da utilizzare per raggiungere determinati fini; *b)* se ben gestita può offrire grandi opportunità; *c)* la sua corretta gestione pone problemi specifici che vanno affrontati e risolti; *d)* esistono concrete modalità per affrontare e risolvere tali problemi. Tale sforzo di sensibilizzazione che deve essere assunto prioritariamente dai livelli di governo del sistema, ma che può vedere coinvolte collettivamente anche le imprese del settore, non necessita di grandi investimenti, ma di una attenzione focalizzata che sappia sfruttare tutte le occasioni per dimostrare che il

tema è uno di quelli rilevanti per l'agenda della sanità.

Raccomandazione 2

È necessario promuovere la produzione e la diffusione di studi valutativi (technology assessment-T.A.) sulle singole tecnologie (esistenti o in fase di introduzione) al fine di supportare corretti processi gestionali all'interno delle aziende sanitarie.

Rilevanza, contenuti e metodi del T.A. per i sistemi sanitari sono ampiamente stabiliti nella letteratura internazionale e conosciuti anche nel nostro

TENDENZE	IMPATTI
Contenimento spesa sanitaria pubblica, responsabilizzazione delle regioni, deconvenzionamento, trasferimento dei costi sugli utenti.	Maggiore segmentazione del mercato prioritariamente a livello di sistemi regionali, ma anche in relazione a circuiti differenziati e in parte innovativi (es. ospedali a maggiore capacità di autofinanziamento); enfasi sui riflessi finanziari prima ancora che economici delle decisioni; competizione tra pubblico e privato sul segmento delle prestazioni a pagamento (area della franchigia); possibile crescita del privato/privato in parte dipendente dallo sviluppo di processi di acquisto collettivi (assicurazioni, mutue private).
Tariffazione delle prestazioni e sistemi di finanziamento sui volumi di attività.	Opportunità per i prodotti che rendono controllabili e rintracciabili i costi, capacità di acquisto differenziate all'interno della stessa azienda in relazione ai «margini» delle singole unità (modificazioni nel potere organizzativo); pressioni per controllare il costo per «unità di prodotto»; competizione tra i fornitori sulla base dei costi e trasferimento della stessa logica ai processi di acquisto.
Rizonizzazione, spinte verso la creazione di reti di presidi di offerta.	Concentrazione degli acquisti in unità aziendali di maggiori dimensioni; raffronti espliciti sulle politiche di acquisto finora adottate dalle singole unità di produzione incorporate nella nuova azienda (pericolo per i fornitori sulla fascia alta di prezzo); tendenza alla riduzione del numero di unità di produzione nella singola azienda (concentrazione dei laboratori); opportunità per soluzioni che facilitino la messa in rete; introduzione di unità organizzative specializzate sulle tecnologie biomediche.
Aziendalizzazione, contabilità e patrimonio.	Migliore identificazione di aree di responsabilità, quantificazione del patrimonio tecnologico maggiore visibilità delle necessità di rimpiazzo, accelerazione dei processi di introduzione dei sistemi di rilevazione dei costi e dei risultati.
Ospedali azienda.	Indubbia semplificazione dei processi decisionali ma incertezza sulla capacità di mantenere capacità di acquisto (le prospettive di sviluppo rimarranno legate a scelte regionali).
Frammentazione del quadro politico, iniziative della magistratura e importanza della «dimostrabilità» della trasparenza nei processi di acquisto (inversione dell'onere della prova).	Mancanza di interlocutori per progetti «globali» o fortemente innovativi; vantaggi per fornitori «al di sopra di ogni sospetto».

paese. Ciò che in Italia è estremamente carente è la produzione e diffusione di studi di T.A., per cui i processi decisionali a tutti i livelli avvengono spesso in assoluta carenza di basi informative ormai ritenute indispensabili. Anche in questo caso il problema principale non sembra essere quello delle risorse finanziarie da destinare a tale attività quanto quello di muoversi con decisione su tale linea di intervento. Infatti il punto critico per il nostro contesto non è la produzione di informazioni sui diversi aspetti di una determinata tecnologia (da una parte esistono in Italia alcuni centri in grado di fornire contributi specifici e dall'altra è possibile attingere a una vasta letteratura internazionale), ma la sintesi di tali informazioni in guidelines concretamente utilizzabili dai decisori ai diversi livelli e una diffusione efficace (mirata su chi deve utilizzare le informazioni) di tali rapporti. Dal punto di vista organizzativo sono sufficienti piccole unità fortemente professionalizzate che a livello centrale e regionale (secondo le rispettive aree di responsabilità) siano in grado di guidare la produzione dei rapporti (rapporti ad hoc o adattamento di studi internazionali per il nostro contesto) e soprattutto di comunicare efficacemente i risultati.

Raccomandazione 3

Una operazione sistematica di rilevazione e conoscenza del patrimonio tecnologico è ormai ineludibile ai fini di ogni miglioramento in questo settore.

La situazione attuale è facilmente sintetizzabile: le aziende sanitarie non conoscono lo stato del loro patrimonio tecnologico e non hanno sistemi di monitoraggio sul flusso delle risorse tecnologiche in senso ampio, di conseguenza l'intero sistema manca di

dati affidabili. Esistono peraltro le conoscenze (know how consolidato sulla rilevazione) ed esperienze, limitate attualmente a poche regioni, su questo fronte e d'altra parte l'aziendalizzazione e le conseguenti necessità di valutazione del patrimonio da conferire alle aziende rappresentano uno stimolo forte a procedere in tal senso. I livelli centrali e regionali devono prendere atto della necessità di mettere sotto controllo dal punto di vista informativo il fenomeno delle tecnologie sfruttando le esperienze già compiute e quindi:

a) fornire opportunità, strumenti e in generale supporto alle aziende per la costruzione dei loro sistemi informativi di gestione;

b) dotarsi di propri sistemi informativi avendo chiaro che tali sistemi devono essere mirati alle proprie specifiche necessità di governo e che di conseguenza, se devono necessariamente basarsi sui sistemi informativi aziendali, non possono confondersi con quelli (focalizzazione dei sistemi informativi alle specifiche esigenze e non produzione di statistiche, spesso inattendibili perché legate a logiche basate sugli adempimenti burocratici e non ai fabbisogni decisionali).

Raccomandazione 4

Le logiche e gli strumenti di programmazione attualmente utilizzati per governare la diffusione e localizzazione delle tecnologie devono essere mutati in relazione ai mutamenti in atto nel funzionamento del SSN.

L'aziendalizzazione in atto nel SSN implica che una parte rilevante del funzionamento del sistema è affidata all'autonomia e responsabilità delle aziende sanitarie, la cui capacità di interpretare correttamente i bisogni e organizzare le opportune risposte nel quadro delle risorse disponibili rap-

presenta l'elemento fondamentale. Se ciò significa che le aziende devono usufruire di uno spazio sufficiente di autonomia questo non implica che si riduca la necessità di programmazione del sistema. Nel mutato contesto la funzione di programmazione, soprattutto a livello regionale, deve:

a) orientare le scelte delle aziende tramite l'esplicitazione degli orientamenti strategici che nel settore delle tecnologie l'intero sistema intende perseguire in un certo arco di tempo (es. quali settori prioritari di intervento);

b) raccordare i sistemi di finanziamento, e in generale i meccanismi che definiscono le condizioni di ambiente per l'operare delle aziende (pubbliche e private), alle politiche che si intendono perseguire (es. finanziamento per fattori produttivi o in relazione alle prestazioni e in quest'ultimo caso incorporare nelle tariffe una parte relative all'utilizzo delle risorse tecnologiche);

c) selezionare le (poche) aree di alte tecnologie sulle quali intervenire con la regolazione diretta (definizione dal centro della localizzazione fisica di particolari tecnologie che vengono così sottratte alle autonome valutazioni di convenienza particolare delle singole aziende).

Raccomandazione 5

Le politiche di contenimento della spesa e i meccanismi di finanziamento in generale devono essere tali da garantire l'effettuazione di scelte razionali dal punto di vista della complessiva economicità e quindi non penalizzare ingiustificatamente la capacità di spesa per le tecnologie.

Il «razionamento» finanziario ha finora colpito in misura rilevante la spesa in conto capitale, comprimendo in maniera drastica la possibilità di effet-

tuare investimenti in tecnologia. Le stesse strategie di risposta (imprenditorialità) delle USL, se pure sono riuscite a contenere parzialmente gli effetti delle manovre hanno dovuto spesso sacrificare la razionalità economica rispetto alla necessità di acquisire determinate attrezzature (lo spostamento delle fonti di finanziamento sulla parte corrente è stato spesso accompagnato da rilevanti costi impliciti). L'indicazione è quella che se si vuole mantenere la distinzione tra diversi canali di finanziamento questa deve essere in parte ripensata (evidenziazione della spesa per tecnologia separata da quella per impianti e opere edili), ma soprattutto è necessario prevedere ammontari di risorse adeguate a quelle che si ritengono essere le fisiologiche necessità di un sistema sanitario moderno pure in presenza di evidenti esigenze di contenimento della spesa complessiva (equilibrio, razionale in relazione alle finalità di erogazione dei servizi, tra i sacrifici richiesti ai diversi comparti di spesa e non meccanismi automatici che discriminano tra comparti «forti» e comparti «deboli»). Nel caso in cui si optasse per sistemi di finanziamento che non vincolano il trasferimento dei fondi a specifiche modalità di impiego è necessario che i meccanismi adottati stimolino al perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza di lungo periodo (economicità) e non introducano, al contrario, stimoli al puro contenimento finanziario che si scaricherebbe inevitabilmente sui comportamenti a minore resistenza strutturale come quello tecnologico.

Raccomandazione 6

I meccanismi di finanziamento e quelli di rilevazione (contabili ed extracontabili) devono tenere conto e riuscire a evidenziare le esigenze relative al mantenimento del patrimonio

esistente e quelle relative all'ampliamento.

Gli attuali sistemi di finanziamento e di rilevazione non distinguono la ricostituzione del patrimonio impiegato nei processi produttivi (da un punto di vista contabile: gli ammortamenti) dall'investimento vero e proprio (ampliamento della capacità produttiva). Se l'introduzione della contabilità economica (che evidenzia le variazioni del patrimonio compreso quello tecnologico) non vuole ridursi a mera apparenza, è necessario che tutti i sistemi di gestione concorrano ad evidenziare e chiarire gli ambiti di responsabilità circa il mantenimento del patrimonio aziendale quale risorsa necessaria per l'assolvimento delle proprie funzioni. In mancanza di tale distinzione, non sempre agevole sul terreno pratico, sarebbe ancora più difficile esprimere giudizi sull'equilibrio economico delle aziende in quanto non sarebbe possibile valutare se le entrate, a qualunque titolo percepite, siano state sufficienti a coprire i costi della gestione.

Raccomandazione 7

Le aziende sanitarie devono dotarsi e utilizzare professionalità adeguate alla complessità richiesta dal governo e utilizzo delle tecnologie biomediche.

L'esigenza di introdurre nuove professionalità e di adeguare quelle esistenti in relazione alle esigenze di strutture ad alta complessità tecnologica è ampiamente conosciuta. È importante sottolineare che perché questo avvenga è necessario che:

a) il sistema esterno alle aziende riconosca e premi il corretto utilizzo delle tecnologie (valgono tutte le considerazioni sul funzionamento del SSN fin qui svolte);

b) tali professionalità siano disponibili o che siano adeguatamente supportate iniziative tese alla loro formazione;

c) almeno nell'immediato futuro venga sganciato il problema dell'utilizzo di tali professionalità da quello di un loro inserimento stabile nelle aziende (è necessario legittimare la funzione che queste possono svolgere prima di porre il problema del loro inserimento o della loro collocazione organizzativa).

Raccomandazione 8

Nell'affrontare i complessi problemi connessi alla tecnologia all'interno delle aziende sanitarie la priorità deve essere data ai sistemi informativi sulle complessive condizioni di utilizzo delle stesse.

Il punto di intervento che si ritiene prioritario sul tema della tecnologia all'interno delle è quello dei cosiddetti sistemi di reporting. Non si tratta solo di avere a disposizione una base informativa indispensabile per razionali processi decisionali e corrette modalità di gestione, ma soprattutto di favorire, tramite la produzione sistematica di informazioni su elementi quali ad esempio gli effettivi livelli di utilizzo o i consumi indotti, il superamento di una cultura diffusa che focalizza l'attenzione sul solo momento decisionale e spesso trascura il fatto che la tecnologia è uno strumento a disposizione per raggiungere alcuni risultati e che tale strumento assorbe risorse passibili di destinazioni alternative. Da un altro punto di vista è possibile affermare che uno dei punti critici (area di miglioramento) per le aziende sanitarie nella situazione attuale non consiste tanto nel livello delle dotazioni quanto nelle condizioni del loro effettivo utilizzo.

NOVITA

RAGIUSAN

Rassegna giuridica della sanità

Rivista mensile
di dottrina, giurisprudenza, documentazione
di interesse socio-sanitario

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

N. 2 della Collana «I contratti di lavoro»

Il contratto collettivo nazionale di lavoro per i dipendenti del comparto sanità

Prodromi, riferimenti normativi e problemi applicativi

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: **SIPIS** s.r.l. - Stampa: «Grafica Ripoli» s.n.c. - Tivoli

Commenti

Sezione 2^a

IL MODELLO AZIENDALE NEL NUOVO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di Luca Anselmi

Dipartimento di Economia Aziendale - Università di Pisa

1. Come in altri Paesi, anche in Italia sono stati gli Enti locali ad affiancarsi alle Istituzioni private, sia laiche che religiose costituendo appositi ospedali, asili, entità per l'erogazione di servizi sanitari. Il compito di garantire la salute dei cittadini, da parte dello Stato, è una conquista veramente recente. Solo nel 1904 il governo Giolitti istituì una specifica Direzione Generale per la Sanità quale referente unitario nazionale nella materia e crebbero gli interventi «settoriali» mediante importanti enti con il compito di tutelare esigenze specifiche.

Nel secondo dopoguerra la materia sanitaria divenne sempre più importante per lo Stato fino a che nel 1958 le competenze in materia di Sanità trovarono assetto in un apposito dicastero.

Da quella data, evidentemente, l'intreccio tra gli originari interessi locali e le competenze e gli interessi centrali hanno segnato una indubbia evoluzione a favore di questi ultimi: tutto il processo decisionale sempre più ha teso a trasferirsi nella dimensione più vasta.

La logica «centralistica» e l'innestarsi in essa delle esperienze di programmazione nazionale condussero a ritenere indispensabile il superamento del «localismo» che frammentava il territorio nazionale, mediante l'istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale.

Con l'approvazione della «riforma sanitaria» a fine 1978 il compito principale che si era assegnato allo Stato consisteva nel far funzionare i nuovi strumenti di intervento coordinando le varie competenze degli organi territoriali e le loro rispettive autonomie, tenendo conto, come fattore limitativo se non impeditivo, delle strutture esistenti, delle abitudini, degli uomini che provenivano da esperienze e «culture» diverse e non sempre adattabili.

In questa fase era lecito e doveroso attendersi puntualizzazioni, correzioni, messe a punto delle disposizioni di legge sulla base del loro impatto con la realtà, ma la situazione si è presentata ben presto molto più grave perché proprio il meccanismo cardine della riforma, e cioè le istituzioni ad essa preposte, hanno mostrato una crescente divergenza tra gli intenti e gli strumenti, per cui, in gran parte senza essere mai stata del tutto applicata, la «riforma» si è impantanata, ha perso di credibilità ed è emersa con sempre maggior forza l'esigenza di una revisione profonda delle strutture e delle strumentazioni, molto al di là di una semplice puntualizzazione.

Davanti alle dimensioni impressionanti della spesa in materia sanitaria il governo ed il legislatore più volte sono intervenuti sia con leggi parziali, che, soprattutto, nell'ambito della «legge finanziaria» modificando alcuni aspetti della L. 833 sia per quanto

riguarda gli organi di gestione e di revisione delle USL, sia per quanto riguarda i meccanismi di spesa in campo farmaceutico così come per certe prestazioni.

In effetti la struttura voluta dalla L. 833 associava lo Stato, per quanto riguardava le grandi linee di indirizzo e speciali interventi, nonché per il generale ordinamento dell'intero territorio nazionale, la Regione, per la programmazione e l'indirizzo nei confronti degli enti locali, i Comuni e le Comunità Montane che assumevano la gestione effettiva dei servizi per il tramite delle Unità Sanitarie Locali nelle quali venivano accorpati anche i tradizionali Ospedali.

Pur restando i Comuni titolari delle competenze attuative nel campo dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera, le USL finivano per essere le protagoniste della politica sanitaria locale rappresentando le vere strutture operative territoriali del Servizio Sanitario Nazionale.

La necessità di «riformare la riforma» è nata in primo luogo proprio dalle considerazioni critiche sul funzionamento delle USL e dalla discussione

Il presente articolo trae spunto dai contenuti dell'editoriale «Sanità: un'esempio di riforme istituzionali con processo di cambiamento di tipo involutivo», pubblicato sul numero 14 di **Mecosan**.

ne sulla loro effettiva possibilità di operare, nelle condizioni date, secondo le previsioni della stessa L. 833.

Le modifiche hanno avuto significato marginale rispetto all'esigenza complessiva di rivedere il funzionamento della legge 833 ed in particolare non hanno potuto permettere il controllo della qualità degli interventi, né della loro efficacia, né dell'efficienza, né del loro costo specifico, né della complessiva spesa statale nel settore. Questo stato di cose ha provocato ed ispirato numerose proposte di legge parlamentari e Decreti Governativi.

La non approvazione parlamentare delle proposte né dei decreti peraltro non andava imputata alla perplessità del Parlamento nei confronti delle disposizioni contenute per l'aziendalizzazione, tanto che in sede di discussione aveva espresso voto positivo, domandando al Governo, che si procedesse con un D.d.L. di «accompagnamento» della Legge Finanziaria per il 1990, contenente una delega riguardante il fondo sanitario, i poteri regionali, l'aziendalizzazione delle USL, la costituzione delle nuove aziende ospedaliere, la gestione degli Istituti a carattere scientifico di Policlinici ed Enti di ricerca, il rapporto di lavoro del personale, la contabilità ed il controllo.

2. Nel Decreto Delegato n. 502 le principali novità consistevano nell'attribuzione alla Regione del potere guida e di controllo, nella delimitazione della dimensione in vista di «accorpamenti» in genere di livello provinciale, nell'attribuzione alle USL della natura di «azienda pubblica di servizio» con personalità giuridica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile, nello stabilire l'autonomia delle aziende ospedaliere regionali; nel determinare i criteri per l'adozione di norme di contabilità ispirate al principio della respon-

sabilizzazione di centri di spesa. Venivano fissate inoltre le modalità della rendicontazione trimestrale e dei criteri per la locazione funzionale delle risorse sanitarie e di quelle sociali inerenti ai progetti-obiettivo di cui al piano sanitario nazionale, infine le modalità del riepilogo dei bilanci delle unità sanitarie e delle aziende ospedaliere.

Inoltre le Regioni si impegnavano ad emanare norme per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale di USL e aziende ospedaliere mediante: l'adozione di un piano di scelte e di obiettivi; l'adozione di un bilancio pluriennale di previsione o di un bilancio preventivo economico annuale in pareggio secondo i livelli uniformi di assistenza sanitaria (il bilancio economico preventivo doveva essere altresì riclassificato in coerenza con i principi di contabilità pubblica al fine di rappresentare le previsioni di competenza e di cassa delle entrate e delle spese); la destinazione dell'eventuale utile e le modalità di copertura delle eventuali perdite di esercizio.

Si stabiliva che nel Servizio Sanitario Nazionale veniva introdotto un sistema di verifiche a livello nazionale basato su indicatori di risultato e di qualità delle prestazioni.

Le Regioni e le Province autonome, effettuavano il controllo di gestione sulle USL e sulle aziende ospedaliere. Il Ministro della Sanità avrebbe dovuto riferire sullo svolgimento e sui risultati del controllo di gestione in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese.

Dalle norme di legge scaturiva una tempistica molto stringente dalla quale è facile desumere che gli impegni assunti non sono stati mantenuti né dal Governo, né dalle Regioni e le nuove previsioni sono rimaste sostanzialmente inattuato. In questo quadro durante il 1993 il Governo presentava al Parlamento una nuova richiesta di

«delega» secondo tempistiche differenziate, e ottenuta l'autorizzazione, si giungeva alla stesura di un nuovo decreto il 517 che modificava solo in parte minore il precedente. Sostanzialmente invariate appaiono proprio le competenze delle USL e degli Ospedali-Aziende. Anche il nuovo Decreto incontrava, ovviamente, le stesse difficoltà applicative del precedente tanto che fino ad oggi vi è stata più di una incertezza sulla concreta attuazione del modello aziendale.

Al di là delle resistenze al cambiamento ed al controllo dei risultati, le esigenze di bilancio statale (e regionali) si sono imposte ed hanno spinto verso l'inizio dell'adozione dei provvedimenti circa l'accorpamento delle USL, la nomina dei Direttori Generali, le nuove responsabilità.

L'art. 4 del D.L. n. 7 dicembre 1993 n. 517 conferma l'USL come azienda «dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica», mentre spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

Da ciò derivando che quanto all'organizzazione, le Regioni esprimono «principi» e quanto alle attività di indirizzo, esse vanno riferite al controllo di gestione e alla valutazione della qualità dei servizi.

Ai fini del sistema informativo contabile, le Regioni debbono provvedere ad emanare norme per la gestione economica finanziaria e patrimoniale delle Unità sanitarie locali e alle aziende

ospedaliere informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127; questa è norma di grandissimo significato, perché riporta la contabilità alle ordinarie regole sistemiche, tutto sopportato dalla «tenuta di una contabilità analitica per centri di costo, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati» con l'ulteriore «obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo».

Senza ledere l'autonomia delle USL e degli ospedali, ma solo al fine di «conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema».

Poiché le USL e le Aziende Ospedaliere devono, di regola, costituire il proprio patrimonio (si ricordi che l'autonomia è anche patrimoniale) il Decreto stabilisce che i beni sono trasferiti al patrimonio delle Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

3. A questo punto è iniziata una lenta applicazione delle nuove norme, particolarmente per quanto riguarda la riduzione del numero delle USL e l'istituzione delle Aziende-Ospedale, oltre al passaggio dall'amministrazione straordinaria a quella ordinaria, con la nomina dei nuovi Direttori Generali.

Anche in campo sanitario se cerchiamo di comprendere il significato di «aziendalità pubblica» e in che cosa il governo di essa presenti caratteri peculiari, l'evoluzione considerata ci aiuta a riconoscere come la stessa esistenza del fenomeno sia correlata alla

potenziale autonomia di funzionamento.

USL e Ospedali sono soggetti che possono operare o che operano all'interno di una logica di tipo aziendale; il che non significa essere automaticamente aziende, ma quanto meno, aziende potenziali.

Le aziende pubbliche sanitarie, sono profondamente condizionate dalle scelte compiute «a monte» dallo Stato e dalla Regione, sia per quanto riguarda i compiti, che gli stanziamenti, che la temporizzazione prevista e reale dei medesimi, ed al tempo stesso sono aperti più di ogni altra realtà pubblica al rapporto diretto con il cittadino-soggetto economico, finanziatore ed utente nel contempo.

Il rilievo che ha il cittadino in tutte le sue caratteristiche pone il sistema decisionale nella necessità assoluta di rapportarsi costantemente al medesimo, per cui a volte può esistere da parte della Direzione Generale la tentazione di privilegiare le decisioni più «popolari» anziché quelle ritenute nel periodo medio-lungo più rispondenti all'interesse generale.

A maggior ragione occorrerà in ogni caso che sia assicurata la massima trasparenza nelle procedure decisionali.

All'interno dell'ospedale rispetto dell'autonomia, come autonomia decisionale, significa naturalmente piena osservanza delle «regole» e dei «criteri» che guidano la devoluzione della capacità di decidere, per cui l'equilibrio di forze sul quale si regge un sistema di autonomie è continuamente in evoluzione.

4. A seguito della attuale vera e propria crisi delle risorse del welfare state (e in primo luogo delle risorse della sanità) è emersa progressivamente la necessità di introdurre nuovi criteri di guida alla gestione delle risorse ed in particolare: politiche di controllo delle

spese, introduzione tickets limitativi, compartecipazione degli utenti alle spese, introduzione calcolo dei costi, introduzione controllo di gestione, introduzione budgets e sue tecniche, «aziendalizzazione» di USL e ospedali, determinazione preventiva (e riduzione) di aree socialmente protette ed orientamento verso il costo delle tariffe di molte prestazioni, DRG's.

Inoltre, è facilmente ipotizzabile che nel prossimo futuro si verificheranno sempre più i seguenti fenomeni: concorrenza tra USL, tariffazione tra USL, piena concorrenza tra USL e privati.

Per quanto riguarda le funzioni tecniche e produttive di USL ed ospedali, esse possono essere ottenute tramite diverse modalità:

— non solo gestione diretta, ma anche gestione interna affidata a soggetti esterni;

— gestione affidata all'esterno (trattativa privata);

— gestione in appalto-licitazione;

— gestione in concessione.

In particolare, via via che si allargano gli spazi per le gestioni non dirette, tutta la guida dei contratti-gare diminuisce di significato giuridico-formale ed accresce di significato economico-aziendale, richiedendo un sostanziale spostamento dall'area affari legali e contratti alla gestione delle risorse (acquisti-provveditorato).

La necessità di temperare tale ruolo con gli spazi di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica delle nuove aziende, consiglia l'adozione di una programmazione «a maglie larghe» in termini di vincoli organizzativi e autorizzativi. Si ritiene invece necessaria una puntuale definizione degli obiettivi, dei contenuti di piani e programmi, degli strumenti di controllo della gestione, di verifica di qualità e di rendicontazione dei sistemi informativi e dei relativi processi di informazione.

5. Per quanto riguarda il sistema di contabilità ormai si sta passando da un sistema di contabilità dove l'equilibrio finanziario è «garantito» dal verificarsi di un'identità fra entrata e spesa ad un sistema di bilancio che ha come base l'equilibrio economico della gestione e una valorizzazione del servizio prodotto (calcolato ora con le prime sperimentazioni di talune modalità dei DRG's).

Va ricercato in tale accezione un rapporto costi/ricavi che definisce le condizioni di equilibrio della gestione, ed entrano in gioco fattori come il «costo di produzione», la capacità di acquistare beni e servizi strumentali alla produzione, la capacità di valorizzare le risorse professionali disponibili, l'assoluta necessità di verificare costantemente il rapporto fra i costi sostenuti ed i ricavi conseguenti alla «produzione» dei servizi e/o i mancanti ricavi dovuti alla ricerca da parte dell'utenza di prestazioni di livello qualitativo migliore.

Tradizionalmente negli ospedali-USL, come nelle altre aziende pubbliche, il sistema informativo aveva lo scopo non già di indicare il raggiunto grado di economicità della gestione ed i correlati indici di efficienza ed efficacia, ma bensì di segnalare il semplice equilibrio finanziario.

Anche la sintesi di bilancio assumeva rispettivamente, il significato di un bilancio vincolo o di un rendiconto per i quali era considerato più che sufficiente l'aspetto finanziario.

Anche quando una parte delle prestazioni è antieconomica (per prezzi politici, per costi aggiuntivi o per entrambi), ma deve essere ugualmente effettuata per ragioni di interesse pubblico, è necessario che si istituisca un rapporto tra il costo della funzione o servizio da espletare e il prezzo che l'ente richiedente deve pagare.

Anche sulla base del 517 l'analisi economica si deve accompagnare a quella dell'aspetto finanziario e pone le basi per un'osservazione più complessa e significativa.

L'analisi economico finanziaria permette non solo di esprimere sintesi sugli andamenti gestionali, ma anche di passare dal controllo giuridico-formale sulle attività poste in essere ad un controllo manageriale (o economico aziendale) sia per l'azienda nel suo complesso che per i vari servizi da essa gestiti o per le loro ripartizioni.

6. In conclusione, dall'epoca della superiorità della funzione produttiva (il grande chirurgo) si passa a quella

della gestione aziendale sistematica integrata (accanto alla produzione sanitaria, anche il pieno apprezzamento di tutte le altre funzioni) per determinare efficacia, efficienza, qualità del servizio.

L'ottica economico-aziendale permette di affrontare le scelte decisionali con un bagaglio informativo-conoscitivo adeguato alla rilevanza delle scelte da compiere: a cominciare dalla permanenza o meno di certi servizi o di alcune condizioni relative ad uno o più servizi poiché nel tempo è evidente che mutano anche i presupposti della «pubblica utilità» e/o la scala di rilevanza di essa.

È assolutamente indispensabile, al di là dei limiti e dei vincoli indicati, la predisposizione dei programmi e la loro articolazione sia nei progetti che in budget perché possa procedersi verso l'attuazione di un reale controllo economico aziendale e non più solo giuridico-formale.

Il metodo della programmazione, la contabilità direzionale e la misurazione della produttività dei servizi sono l'unica via percorribile per dare razionalità alle decisioni autonomamente assunte e poterne valutare efficacia ed efficienza (secondo il principio di responsabilità dei manager).

LA RETRIBUZIONE ACCESSORIA E VARIABILE NELLE U.S.L. TRA POLITICHE CONTRATTUALI E SCELTE AZIENDALI

Renato Ruffini

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

In linea di principio i sistemi retributivi legati alle performance costituiscono un elemento importante per sviluppare una Pubblica amministrazione più orientata ai risultati. Tale forma retributiva, tuttavia, vuoi per i forti problemi di equità che pone (che hanno forti impatti da punto di vista motivazionale) vuoi per il fatto di essere una configurazione retributiva non ancora completamente coerente con l'assetto retributivo implicito delle Pubbliche amministrazioni, è molto delicata da gestire. In generale si osserva che tali sistemi, pur essendo stati recentemente sviluppati in moltissimi paesi stentano a manifestare pienamente la loro efficacia.

Dal punto di vista operativo «i sistemi di retribuzione legati alle performance non funzionano come dovrebbero» (come segnalato da un recente rapporto OCDE). Tra i principali problemi riscontrati vi sono le difficoltà di valutazione del comportamento professionale ai fini della remunerazione, una cattiva gestione dei sistemi di valutazione e dei premi di produttività, una normalizzazione eccessiva ed un controllo troppo spinto da parte degli organismi centrali, un finanziamento insufficiente. Inoltre il personale a cui il sistema è dedicato vede male il rapporto che esiste tra risultato e remunerazione, non ci crede o ritiene che, dato il livello del premio esso non valga lo sforzo; le amministrazioni, da

parte loro ritengono che tale sistema non dia al dirigente né flessibilità né autonomia.

In sostanza è facile constatare che i diversi enti ed aziende pubbliche non sembrano indirizzati ad utilizzare la remunerazione legata alla performance per facilitare la messa in opera delle loro strategie o per influenzare il comportamento degli individui e quindi dell'organizzazione.

Con riferimento alla Pubblica amministrazione italiana (in particolare nel comparto Sanità) vi è stato un giudizio generale di «fallimento» dell'esperienza in tema di incentivazione alla produttività. Tale fallimento trova le sue cause principali non solo nella normativa (che peraltro era chiara negli intenti ma generica nei modi, quindi tale da lasciare ampi margini di libertà agli enti) ma soprattutto in fattori quali:

— il livello degli incentivi era spesso una percentuale pressoché irrisoria dello stipendio totale (almeno in riferimento agli operatori non medici);

— la mancanza, all'interno degli enti, di professionalità adeguate a gestire tali sistemi;

— la mancanza all'interno degli enti di altri fattori premianti, di natura non retributiva, quali quelli connessi alle condizioni organizzative e di sviluppo degli operatori.

Tale mancanza ha spesso indotto ad un'utilizzo distorto ed improprio della

retribuzione variabile e ne ha annullato gli effetti positivi. Esempi di uso improprio dell'incentivo alla produttività sono: erogare l'incentivo al posto dello straordinario o di altre forme retributive non disponibili al fine di «convincere» un operatore a fare qualcosa che altrimenti non fa, erogare l'incentivo come forma di «consolazione» o «surrogato» di altri riconoscimenti organizzativi che non possono essere erogati all'operatore;

— lo scarso utilizzo di altri importanti strumenti per la gestione del personale, quali le carriere, la formazione, ecc.;

— la forte difficoltà (soprattutto nelle amministrazioni decentrate) a definire politiche e strategie del personale, da parte degli organi di governo economico dell'ente (Sindaco, C.d.a, Commissari straordinari, ecc), in grado di indirizzare le politiche retributive verso obiettivi ben definiti.

Di fatto quindi il fallimento dell'esperienza italiana agli incentivi ha avuto come cause profonde i limiti istituzionali e, conseguentemente organizzativi in cui si dibattono attualmente molte delle organizzazioni pubbliche italiane.

Anche in Italia comunque, laddove le USL sono riuscite ad adottare autonome politiche di sviluppo organizzativo (pur all'interno di definiti limiti istituzionali) i sistemi di incentivazione hanno dimostrato «potenzialità»

positive in quanto si sono dimostrati strumenti di governo dell'azienda.

Nell'ambito del quadro sopra delineato, dove si sono mosse fino ad oggi le USL, il CCNL, siglato recentemente si è inserito ricercando un certo equilibrio tra vecchio e nuovo.

In tal senso per quanto concerne gli aspetti retributivi la novità principale riguarda la possibilità di dare un premio individuale (di eccellenza), stressando alcuni aspetti tipicamente «meritocratici» della retribuzione. È evidente che tale «premio» creerà qualche problema all'interno delle organizzazioni. In qualche modo esso costringe a fare sotto la luce del sole ciò che spesso veniva fatto in modo «celato» attraverso straordinari, indennità o altro, dati a categorie o singoli soggetti. Il problema che si pone ora è che, anche in virtù della scarsa legittimazione della dirigenza (dovuta a fattori istituzionali piuttosto che dalle caratteristiche dei singoli soggetti), diventa estremamente difficile trovare regole adeguate per applicare senza conflitti la meritocrazia.

Per il resto il contratto si è limitato ad ampliare gli spazi di manovra relativamente alle diverse forme di retribuzione manovrando i vincoli a livello di costituzione dei fondi che alimentano le varie voci di retribuzione accessoria e variabile. Di fatto è quindi possibile retribuire attraverso indennità connesse a particolari condizioni di lavoro, straordinari, responsabilità particolari nell'ambito delle diverse posizioni e dei diversi livelli funzionali, incentivi collettivi, premi individuali. In sostanza il sistema retributivo si è oggi maggiormente articolato; tale ampliamento se da un lato dà maggio-

ri possibilità di manovra all'azienda, dall'altro può essere fonte di maggiori sperequazioni.

Per affrontare correttamente la gestione dei salari accessori e variabili l'azienda si impone la necessità di definire delle politiche retributive e implementarle in modo corretto, cioè utilizzando la strumentazione adeguata coerentemente alla natura della retribuzione.

Ciò che bisogna assolutamente evitare nell'ambito del sistema retributivo è la complessità e l'utilizzo distorto dei vari elementi retributivi (indennità non collegate a responsabilità effettive, straordinari come premi, ecc.), in quanto tali elementi creano opacità nel sistema retributivo impedendo così ai diversi soggetti di comprendere la correlazione esistente tra contributi e ricompense, con ovvi e gravi problemi in termini di motivazione.

Gli organi di governo delle aziende USL devono essere in grado di sviluppare politiche retributive, fare delle scelte chiare e non lasciarsi sopraffare dalle negoziazioni «individuali».

È inoltre necessario che le strutture tecniche utilizzino strumenti idonei per gestire le varie voci retributive, in particolare:

— devono collegare le indennità a una esplicita valutazione delle posizioni anche sviluppate con procedure semplificate (per esempio con l'istituzione di un comitato che effettua una valutazione tramite confronto diretto delle diverse posizioni candidabili contrattualmente all'erogazione dell'indennità);

— devono collegare i premi collettivi a una corretta gestione di una metodologia di gestione per obiettivi

(evitando che il dirigente debba chiedersi cosa inventare come obiettivo);

— devono sviluppare una procedura per l'assegnazione del premio individuale che dia un minimo di supporto alla scelta dei diversi soggetti;

— devono inserire gli strumenti di retribuzione flessibile all'interno del processo budgetario in quanto le due modalità si supportano vicendevolmente.

In questo contesto l'esperienza di seguito presentata (indipendentemente dai possibili miglioramenti tecnici) offre come principali pregi:

— il fatto di definire linee di indirizzo che fanno chiarezza circa l'applicazione delle modalità di retribuzione relativamente alle voci accessorie e variabili;

— il collegamento tra sistema budgetario e sistema retributivo, e più in generale il raccordo con gli strumenti già esistenti all'interno dell'organizzazione.

Più complessa è la valutazione circa le modalità di attribuzione del premio individuale. Ciò per due motivi: l'attribuzione della scelta alla direzione generale che potrebbe apparire eccessivamente «centralistica» e la definizione dei fattori in base ai quali attribuire il premio (che più che al merito fanno riferimento alla copertura di determinate posizioni).

Peraltro è impossibile dare giudizi definitivi sulle scelte in tema di retribuzione del personale: ciò che è importante è scegliere, in modo chiaro e con la capacità di valutare le conseguenze delle proprie scelte per poterle costantemente migliorare.

LINEE DI INDIRIZZO PER L'APPLICAZIONE DELLE NUOVE NORME CONTRATTUALI RELATIVE ALLA INCENTIVAZIONE DEL PERSONALE NON MEDICO

di Loredana Di Palo ¹, Francesco Longo ²

¹ Ospedale Luigi Sacco - Milano

² SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. I 3 livelli di incentivazione - 2. La filosofia dell'azienda - 3. Il raccordo con gli strumenti esistenti - 4. La logica aziendale di riparto.

1. I tre livelli di incentivazione

Nel nuovo contratto per gli operatori della sanità non medici e non dirigenti, le forme di incentivazione, innovative rispetto alle precedenti, sono regolamentate dagli artt. 40, 43, 45, 46, 47, 48.

In essi vengono determinate le differenti tipologie di incentivazione, fissate le norme per la costituzione dei fondi relativi e per la distribuzione alle équipes e ai singoli, suggeriti i criteri generali per valutare il personale.

In una rappresentazione sintetica possiamo parlare di 3 istituti incentivanti, ognuno dotato di fondo e regolamentazione propria.

1) ICP, incentivo individuale per categoria professionale

Il primo istituto ex art. 45 ha le seguenti caratteristiche:

a) prevede una quota fissa tabellare predeterminata per tutti gli operatori secondo la posizione funzionale (es. infermieri 215.000 al mese);

b) prevede una quota incrementale da distribuire mensilmente, in quota fissa e ricorrente per dodici mensilità (minimo 61.000 lire 3° li-

vello, massimo 118.000 lire 8° livello).

CARATTERISTICHE DEL FONDO B)

Costituzione del fondo

Lo 0,86% del monte salari annuo 1993 eventualmente incrementato dalle rimanenze del fondo straordinari e/o indennità speciali.

Esso è costituito dal 1° dicembre 1995.

Criterio di distribuzione

Distribuzione al 45 per cento del personale di ogni posizione funzionale di ogni ruolo con almeno 5 anni di anzianità.

Il 45% del personale va individuato secondo criteri che premiano la professionalità: es. acquisizione di professionalità grazie a percorsi formativi, introduzione di tecniche assistenziali o gestionali.

Processo di distribuzione

L'incentivo deve essere erogato con decorrenza dal 1° dicembre 1995. L'incremento è fisso ricorrente per dodici mensilità.

Processo di negoziazione con le OO.SS.

I criteri generali di distribuzione vanno negoziati con le OO.SS e l'esito va reso pubblico.

2) ODE, incentivo per obiettivi d'équipe

Il secondo istituto ex artt. 46 e 47 è legato alla produttività collettiva per il miglioramento dei servizi.

Costituzione del fondo

L'incentivo è costituito dalla somma dei fondi di produttività SUB 1 e SUB 2 1993, decurtati del 30% e rivalutati del 3% per il 1996.

Si costituisce dal 31 dicembre 1995.

Può essere incrementato dei residui fondi straordinario, indennità e produttività individuale ex art. 48.

Criteri di distribuzione

L'incentivo è finalizzato al miglioramento dei servizi secondo il raggiungimento di obiettivi concordati tra l'azienda e il responsabile di servizio (o CdR) attraverso il processo di budget. Il responsabile di servizio (o

CdR) può ripartire i premi con differenti quote individuali per i componenti la propria équipe.

Processo di distribuzione

Attraverso il processo di budget la Direzione Generale concorda gli obiettivi di servizio (o CdR) col responsabile che riceve e distribuisce all'interno delle équipes il premio di produttività collettiva assegnato.

Il servizio di controllo interno (ufficio budget, ufficio contabilità analitica, CED) e il nucleo di valutazione (comitato budget) sono responsabili della valutazione del raggiungimento dei risultati collettivi e individuali.

Processo di negoziazione

Col processo di budget la Direzione Generale concorda coi responsabili di servizio gli obiettivi di produttività collettiva.

Attraverso la contrattazione con le OO.SS vengono individuate le quote di premio legate agli specifici obiettivi del singolo CdR.

Il dirigente di servizio informa la propria équipe sui criteri generali di attribuzione delle quote individuali da lui decisi.

I criteri generali di valutazione del raggiungimento degli obiettivi, collettivi e individuali, sono oggetto di contrattazione decentrata.

3) *IVI, incentivo di valorizzazione individuale*

Il terzo istituto di incentivazione ex art. 48 premia la qualità della prestazione individuale.

Costituzione del fondo

Il fondo è costituito dal 1° dicembre 1995.

L'entità per il 1995: 0,1% del monte salari 1993 del personale disciplinato dal contratto.

L'entità per il 1996: 0,2% del monte salari stesso.

Se non utilizzato specificamente il fondo può essere riversato su quello relativo alla produttività collettiva.

Criterio di distribuzione

Il fondo è destinato a una percentuale massima del 7% del personale in servizio.

Per ogni livello è previsto un premio semestrale diversificato (min. 444.000, max 700.000), tab. B del contratto.

Processo di distribuzione

I dirigenti attribuiscono i premi al personale semestralmente (entro il 30 giugno e 30 novembre), sulla base di criteri che premiano le capacità personali degli operatori impegnati soprattutto in situazioni di cambiamento organizzativo.

I criteri e gli obiettivi di valutazione devono essere specifici per figure professionali.

La valutazione deve essere gestita dal dirigente responsabile con coordinamento e verifica della direzione generale.

Processo di negoziazione

Le decisioni devono essere rese pubbliche e motivate a richiesta del singolo lavoratore o delle organizzazioni sindacali.

I risultati generali di applicazione sono comunicati alle OO.SS. che possono chiedere un incontro con la direzione generale.

I criteri generali di attribuzione ai singoli sono oggetto di contrattazione decentrata a livello d'azienda.

2. La filosofia dell'azienda

Il contratto sottolinea che l'erogazione dei trattamenti incentivanti è strettamente correlata ai risultati raggiunti collettivamente e/o individualmente, misurati con precisi indicatori di verifica e sottoposti a valutazione periodica, sulla base di obiettivi programmati.

L'Azienda intende sposare questa logica che mira a valorizzare la responsabilità e il comportamento attivo e propositivo.

Si ritiene infatti che, in un clima come quello che caratterizza la sanità italiana in continua evoluzione e sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e assistenziali, debbano essere coerentemente premiati i comportamenti favorevoli l'innovazione.

La logica di fondo che si intende adottare per normare i tre livelli di incentivazione è la gestione per obiettivi.

La direzione generale esprimerà obiettivi di miglioramento strategici che dovranno essere articolati dai vari CdR in obiettivi operativi, all'interno dei quali dovranno essere determinate le competenze individuali che saranno proposte ai singoli operatori.

3. Il raccordo con gli strumenti esistenti

Per perseguire tale strategia l'Azienda ha a disposizione strumenti già collaudati:

— il budget alla cui formulazione tutti i CdR hanno partecipato nel corso del 1995 e che nel 1996 dovrà essere utilizzato anche per gestire i fondi incentivanti (come espressamente richiesto dall'art. 47 comma 2) del contratto);

— la metodologia di formulazione dei progetti sub 2 ormai acquisita dalle differenti U.O.

Il piano operativo per la gestione degli incentivi che si intende adottare

prevede quindi l'utilizzo di questi due strumenti, ma dovrà rispettare due criteri:

1) *la gradualità*: il processo non deve essere traumatico cambiando radicalmente i compensi incentivanti sino ad ora erogati per le diverse categorie, ma deve evolversi progressivamente partendo inizialmente dagli equilibri consolidati;

2) *il consenso*: non è possibile attivare meccanismi tanto delicati senza il consenso, almeno sulle linee generali, delle OO.SS. e dei lavoratori.

4. La logica aziendale di riparto

Distinguiamo per i tre tipi di incentivi:

ODE, obiettivi d'équipe

La metodologia che si intende adottare prevede i seguenti passaggi:

1) la Direzione Generale definisce gli obiettivi strategici aziendali per l'esercizio, a partire dal 1996;

2) i responsabili di CdR, attraverso le schede di budget opportunamente adattate, formulano gli obiettivi specifici per il proprio servizio, che verranno approvati dal comitato budget e dalla direzione aziendale;

3) attraverso la contrattazione con le OO.SS. saranno concordati i premi da attribuire agli obiettivi dei singoli CdR;

4) il premio concordato sarà distribuito dal Responsabile di CdR ai singoli operatori sulla base di criteri generali esplicitati in sede di definizione del budget e di presentazione degli obiettivi alla propria équipe;

5) attraverso l'analisi dei dati forniti dal servizio di controllo interno (uff. Budget, C.d.C. e CED) il nucleo di valutazione (comitato budget) provvederanno periodicamente e a fine periodo a monitorare il raggiungimento degli obiettivi prefissati, vin-

colo alla liquidazione dei premi. Questa logica favorisce la responsabilizzazione del dirigente del CdR, che periodicamente dovrebbe essere spinto a incontri periodici di monitoraggio con la propria équipe.

ICP, incentivo individuale per categoria professionale (art. 45, comma 2)

La distribuzione del fondo può rispondere a tre logiche distinte:

a) distribuzione gestita direttamente dalla Direzione Generale che effettua le scelte di assegnazione sulla base di concorsi interni cui potranno partecipare gli aventi diritto (operatori con almeno 5 anni di anzianità);

b) distribuzione decisa della Direzione Generale sentiti i responsabili di CdR che esprimeranno una valutazione sugli operatori affidati ai singoli CdR;

c) distribuzione direttamente decisa dai Responsabili di CdR nell'ambito del processo di budget.

La logica più coerente con la strategia di applicazione proposta è la terza per la quale si intende approfondire il processo di distribuzione.

1) La Direzione Generale, sentito il Comitato Budget e sulla base di una ricognizione delle professionalità e livelli di anzianità presenti, provvede a definire per singolo CdR e per ogni professionalità il n. di operatori che possono essere individuati per l'incentivo (es. CdR 22: 4 infermieri di VI livello).

Infatti solo una programmazione centrale del n. di operatori da incentivare per ogni CdR e per professionalità, permette di rispettare i vincoli imposti dal contratto.

2) Il Responsabile di CdR provvede a identificare gli operatori nei limiti dei numeri e delle professionalità assegnate, in modo correlato coi criteri stabiliti per la distribuzione dell'incentivo d'équipe.

In questo modo il responsabile di CdR ha la possibilità di presentare un piano organico di incentivazione dei propri operatori che correla la distribuzione dell'incentivo di équipe con quello individuale per categorie professionali.

Le due logiche alternative possibili tra cui il responsabile può scegliere sono:

a) sommare gli effetti incentivanti privilegiando nel riparto degli incentivi di équipe gli stessi operatori che accedono anche all'incentivo individuale per categoria;

b) compensare gli effetti incentivanti individuali con il riparto inversamente proporzionale delle quote d'équipe.

3) Per alcune categorie professionali i cui numeri sono insufficienti per individuare almeno una unità incentivabile per CdR (es. capi-sala) provvederà la D.G. sentiti i competenti uffici (es. USSA).

La direzione provvederà, sulla base dell'analisi delle professionalità esistenti in ogni CdR e delle relative anzianità di servizio (possesso del requisito minimo di anzianità di 5 anni di servizio), a definire quote premio complessive da assegnare ad ogni responsabile di CdR che, sempre attraverso la scheda di budget, provvederà a ripartire le singole quote ai propri collaboratori equilibrandole, per quanto possibile, con le assegnazioni ex art. 47.

IVI, incentivo di valorizzazione individuale (art. 48)

Il fondo sarà direttamente gestito dalla Direzione Generale che individuerà il 7% del personale da premiare utilizzando i seguenti criteri:

- attribuzione di funzioni superiori;
- incarichi funzionali di coordinamento;
- responsabilità di progetto;

— riconoscimento di professionalità specifiche che non risultano intercambiabili.

Sarà formulato un elenco di operatori corredato da motivazioni specifiche per ogni scelta effettuata.

Fase transizione

Vista la complessità della materia e degli strumenti che occorre attivare, l'Azienda intende:

— iniziare con i nuovi criteri dal 1° gennaio 1996 in coerenza con l'esercizio del budget;

— accantonare i fondi costituiti per ICP dal 1° dicembre 1995 al 31 dicembre 1995 per una distribuzione nell'anno successivo;

— l'entità del fondo IVI per il 1995 (0,1% del monte salari 1993, quindi il 50% dello stesso fondo stabilito per il

1996), fa presupporre che si riferisca ad un premio semestrale da attribuire relativamente al secondo semestre 1995. La Direzione intende quindi individuare i nominativi entro il 30 novembre e utilizzare il fondo costituito dal 1° dicembre per liquidare la quota 1995 entro l'anno;

— proseguire per tutto dicembre 1995 con la distribuzione tradizionale del sub 1 e del sub 2 per garantire continuità di erogazione.

Erogazione dei premi

1) L'erogazione dei premi di incentivazione avviene, come previsto dal contratto, solo a raggiungimento degli obiettivi.

2) Per garantire la continuità salariale, mensilmente vengono riconosciuti acconti del (70%) sugli incentivi

attesi in caso di raggiungimento dei risultati.

3) Ogni 6 mesi viene valutato lo stato di avanzamento dei progetti e il raggiungimento tendenziale degli obiettivi. Una valutazione positiva porta all'erogazione totale dell'incentivo; una valutazione di raggiungimento parziale dell'obiettivo comporta un ammontare di incentivo proporzionale. L'ingiustificabile raggiungimento dell'obiettivo porta alla negazione dell'incentivo.

4) Eventuali acconti pagati in eccesso sono da considerarsi debiti nei confronti dell'azienda e vengono conteggiati come acconti per l'esercizio successivo.

5) Per i primi 6 mesi del 1996, in attesa della definizione dei premi, gli acconti sono calcolati in base agli incentivi sub 1 erogati nel 1995.

UNA PROPOSTA PER LA PROMOZIONE DELLE LINEE-GUIDA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA CLINICA

di Gianni Ottone

I.R.Fo.Ge.Me.O. - Istituto di Ricerca e Formazione per la Gestione Medico Ospedaliera - Torino

Uno degli strumenti più significativi ai fini del tentativo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria consiste nella produzione di linee-guida.

Le linee-guida sono indicazioni di comportamento pratico rivolte ai medici per aiutarli ad adottare le decisioni più appropriate nelle varie situazioni cliniche. Esse sono basate su una sintesi sistematica delle evidenze scientifiche disponibili integrate dalla interpretazione di esperti della professione medica e, talvolta, di altre figure professionali pertinenti (epidemiologi, economisti, ecc.). L'obiettivo è quello di raggiungere un consenso entro la professione medica su quali siano le condizioni cliniche in cui una specifica procedura diagnostico-terapeutica debba essere o meno utilizzata.

In linea generale, si può affermare che le motivazioni fondamentali che hanno portato all'attuale crescente utilizzo delle linee-guida sono le seguenti: la crescita delle spese sanitarie; le ripetute evidenze che molte delle risorse tecnologiche disponibili sono impiegate sovente in modo improprio da parte dei medici; la necessità da parte dei medici di informazioni sintetiche, appropriate, flessibili, riproducibili ed affidabili, che siano anche strumento di difesa della propria autonomia professionale.

Su questi temi si è svolto a Torino, il 25 e 26 novembre 1994, il Convegno nazionale «Le linee-guida in ospedale. Un nuovo strumento per il miglioramento della pratica clinica» organizzato dall'Istituto di Ricerca e Formazione per la Gestione Medico Ospedaliera (I.R.Fo.Ge.Me.O.).

A partire da queste considerazioni abbiamo avanzato la proposta che si costituisca un tavolo di discussione tra esperti di enti qualificati onde costituire un «board» che attraverso un'attività di dibattito, ricerca, studio e sintesi proponga una metodologia per la elaborazione delle linee-guida e criteri per la produzione ed implementazione delle stesse nel nostro Paese.

Da questo tavolo di discussione potrebbero sortire le seguenti iniziative:

— la elaborazione di un elenco di raccomandazioni per la produzione e la implementazione di linee-guida di comportamento pratico rivolte ai soggetti medici (società scientifiche, ecc.) e istituzionali (Agenzia per i servizi sanitari regionali, ecc.) responsabili dell'elaborazione delle stesse;

— la costituzione di una «Biblioteca Nazionale delle linee-guida» formulate da Società scientifiche, Aziende ospedaliere, ecc.;

— la proposta della formulazione di una «Progetto nazionale linee-guida» da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali in collaborazione con il Consiglio superiore di sanità e con l'Istituto superiore di sanità;

— altre iniziative pertinenti.

La suddetta proposta è stata inviata al prof. E. Guzzanti, Ministro della sanità, al prof. L. Frati, Presidente del Consiglio superiore di sanità, ai prof. G. Luporini e G. Sirchia, rispettivamente Presidente e Segretario della Fism (Federazione delle società medico-scientifiche italiane), al prof. F. Perraro, Presidente della Società italiana di V.R.Q. e al dott. A. Liberati, della segreteria del Centro Cochrane italiano.

Per informazioni e prenotazioni:

CENTRO SCIENTIFICO EDITORE - I.R.FO.GE.ME.O. (Simona Vescia)

Via Borgone, 57 - 10139 Torino - Tel. 011/3853656 - Fax 011/3853244

Esperienze innovative

Sezione 3^a

OSPEDALITÀ PRIVATA PER ACUTI NEL REGNO UNITO

di Lorenzo Mantovani

L.S.E. Health

SOMMARIO: 1. Assistenza per acuti - 2. Dimensioni del mercato e tendenze - 3. Posti letto in strutture pubbliche - 4. Cliniche private - 5. Caratteristiche del settore - 6. Proprietà - 7. Acquirenti e concorrenti - 8. Indicatori di efficienza - 9. Tipologia di interventi - 10. Conclusioni.

Obiettivo del presente lavoro è la descrizione dell'offerta di servizi sanitari per pazienti acuti nel Regno Unito, vale a dire un paese dotato di un Servizio Sanitario Nazionale (il National Health Service, d'ora in poi Nhs) à la Beveridge, cioè simile al nostro, il quale ha anzi costituito il modello cui il legislatore italiano si è a più riprese ispirato.

Il settore dell'offerta privata di servizi sanitari è stato caratterizzato negli ultimi quindici anni da vivaci cambiamenti; gli incentivi governativi verso un mix pubblico/privato più equilibrato dell'assistenza sanitaria hanno creato nuovi spazi, anche se talora solo sulla carta, per gli operatori privati. D'altro canto questi ultimi hanno dovuto rinunciare ad alcune delle fonti che per lungo tempo hanno costituito il nocciolo delle loro entrate, essenzialmente i redditi provenienti dall'estero, i quali ora si dirigono più frequentemente su altri mercati o sui rispettivi mercati nazionali. Anche le tipologie degli acquirenti dei servizi sanitari e degli assetti proprietari si sono modificate nel corso degli ultimi anni.

1. Assistenza per acuti

La materia trattata concerne quel tipo di interventi sanitari volti a risolvere episodi acuti, principalmente di natura non urgente (1). Essa riguarda interventi che vengono offerti anche dalle strutture pubbliche e che sono in queste ultime a fruizione gratuita. La principale differenza tra chirurgia di elezione nel pubblico e nel privato consiste nel meccanismo di razionamento: nel pubblico sono le liste di attesa, nel privato è il prezzo (2). Normalmente infatti gli ospedali privati utilizzano le stesse équipe mediche operanti nel pubblico, con la differenza che nel caso dell'ospedale pubblico deve essere corrisposto un prezzo in termini di attesa in lista, mentre nel privato il prezzo è direttamente monetario.

Tra le altre motivazioni che spingono al ricorso alla struttura privata sono

senza dubbio prevalenti la possibilità di programmare l'intervento stesso e la maggior attenzione che il paziente percepisce, in termini sia di caratteristiche alberghiere sia di assistenza sanitaria.

Risulta che circa il 70% della chirurgia di elezione viene finanziata attraverso le polizze sanitarie contratte dal paziente (Laing, 1995; Williams and Nicholl, 1994). Se si tiene conto del profilo dell'assicurato medio (Garattini, 1995; Laing, 1993) (40-50 anni, reddito elevato, spesso professionista), si può comprendere perchè l'assistenza privata sia così allettante: essa permette di risolvere immediatamente problemi che possono compromettere la produttività del paziente, consente di intervenire nei periodi che egli reputa più adatti, garantisce in sostanza un trattamento calibrato su misura.

2. Dimensioni del mercato e tendenze

Passiamo ora ad occuparci delle dimensioni dell'offerta di servizi sanitari privati per pazienti acuti (tabelle 1 e 2, grafico 1), si nota immediatamente come i tassi di crescita reale, a doppia cifra per quasi tutto lo scorso decennio, si mostrino negli ultimi anni postivi pur se inferiori al periodo precedente. Si noti come, in ogni caso, nel periodo 1981-1994 la spesa sanitaria privata per acuti è più che triplicata in termini

Lo spunto per questa ricerca deriva dalla permanenza dell'autore quale ricercatore presso il Cesav. Desidera pertanto ringraziare Livio Garattini per averlo stimolato allora ad occuparsi di questo campo. Desidera inoltre ringraziare Franco Sassi per il prezioso supporto tecnico durante la preparazione e la stesura dell'articolo. Resta naturalmente il solo responsabile per quanto di seguito esposto.

Tabella 1 - Dimensione economica del mercato per acuti nel Regno Unito 1986-1994 in milioni di sterline

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
<i>A) Ospedali e cliniche private</i>									
Attività acute medico-chirurgiche	392	470	567	649	768	848	920	978	1061
(valori deflazionati).....	450	450	517	559	627	750	674	703	744
Attività psichiatriche	25	31	36	39	52	65	66	72	79
(valori deflazionati).....	30	30	33	34	42	57	48	52	55
Riabilitazione medica-fisica	6	7	8	9	11	12	11	11	12
(valori deflazionati).....	7	7	7	8	9	11	8	8	8
Regolazione della fertilità.....	18	20	21	23	26	27	25	24	25
(valori deflazionati).....	19	19	19	20	21	24	18	17	18
Screening.....	23	26	29	33	31	29	29	30	31
(valori deflazionati).....	25	25	26	28	25	26	21	22	22
(A) Totale	464	554	661	753	888	981	1051	1115	1208
(valori deflazionati).....	531	531	603	648	725	867	771	801	847
di cui acquistate dal Nhs.....							32	38	45
<i>B) Attività privata ospedali Nhs</i>	65	73	83	99	113	147	164	185	215
(valori deflazionati).....	70	70	76	85	92	130	120	133	151
<i>C) Onorari chirurgi</i>	280	322	378	413	479	508	547	585	641
(valori deflazionati).....	308	308	345	355	391	449	401	420	450
Totale	809	949	1122	1265	1480	1636	1762	1885	2064
(valori deflazionati).....	909	1023	1089	1209	1446	1292	1354	1447	

Valori deflazionati espressi in sterline 1986 deflazionati utilizzando l'indice dei prezzi al dettaglio

Fonte: Laing (1995)

reali. Le componenti della stessa si sono modificate leggermente, pur senza subire spettacolari modificazioni.

Occorre precisare che il settore dell'assistenza privata può essere segmentato in tre sotto-categorie in funzione della localizzazione dei posti letto:

- posti letto in unità dedicate all'interno di ospedali pubblici;
- posti letto dedicati alla pratica privata in ospedali pubblici;
- posti letto in cliniche ed ospedali privati.

La differenza tra le prime due classi consiste nel fatto che nella prima i letti privati sono separati, identificati e destinati in modo permanente alla pratica privata, mentre nella seconda essi sono generici, nel senso che ne esistono alcuni a pagamento ma non indivi-

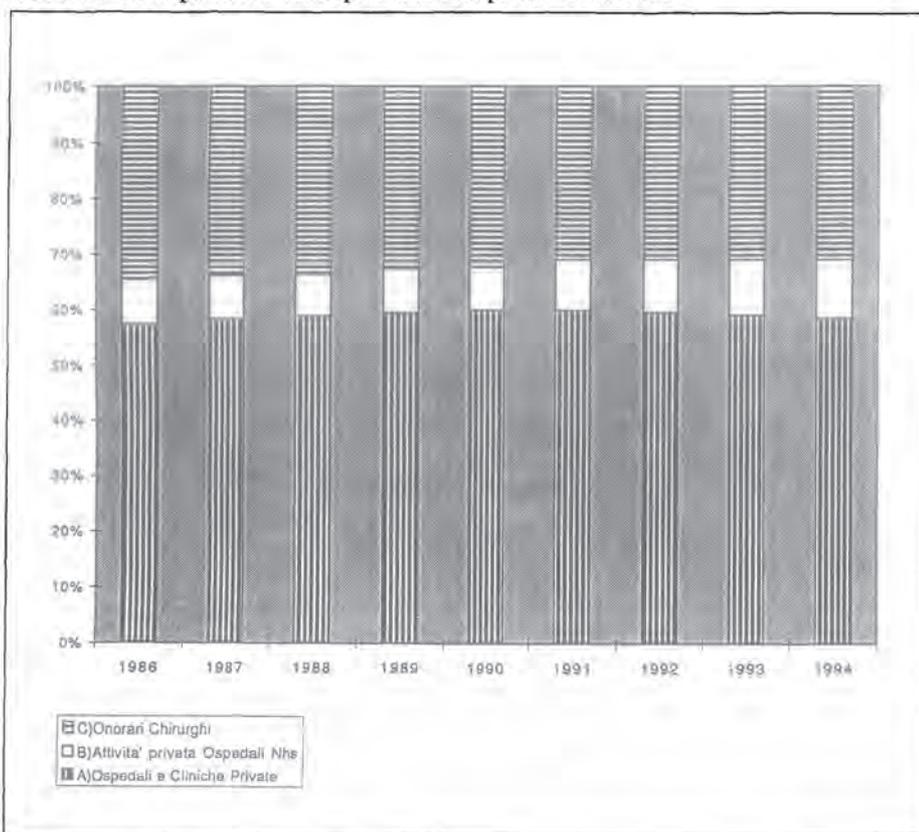
Tabella 2 - Trend di spesa sanitaria privata per acuti 1981-1994

Anni	V.A. (milioni di sterline)	N.I. Valori assoluti	N.I. deflazionati	Crescita reale
1981	334	100	100	
1982	419	125	117	17%
1983	499	149	131	11%
1984	583	175	145	16%
1985	709	212	168	9%
1986	809	242	184	12%
1987	949	284	207	13%
1988	1122	336	232	7%
1989	1266	379	248	11%
1990	1481	443	275	3%
1991	1635	490	283	4%
1992	1763	528	294	5%
1993	1885	564	308	7%
1994	2064	618	329	7%

V.A. = Valori Assoluti
N.I. = Numeri Indici
Deflazione effettuata con l'indice dei prezzi al dettaglio

Fonte: Laing (1995)

Grafico 1 - Scomposizione della spesa sanitaria privata 1986-1994



duati n  destinati esclusivamente all'uso privato.

3. Posti letto in strutture pubbliche

Si calcola che nel 1995 esistano circa 3.000 posti letto privati nelle strutture pubbliche. Di questi circa 1.700 sono situati nei reparti degli ospedali pubblici ed il rimanente (circa 1.300) in unit  dedicate appositamente (Laing, 1995).

Quanto ai letti dedicati, si stima che il tasso di occupazione si aggiri intorno al 10%. La ragione di questo valore basso del tasso di occupazione risiede in primo luogo nello scarso entusiasmo che i medici dimostrano verso questo tipo di pratica privata, data la possibilit  di fruire di posti letto in cliniche private in cui esercitare la propria pratica in tutta tranquillit  (Laing, 1993). Altro fattore determinante   co-

stituito dalle condizioni alberghiere e di assistenza, maggiormente curate nelle cliniche private e, perci , preferite dai pazienti.

Per quanto concerne le cosiddette unit  dedicate vale un discorso differente. Esse sono delle vere e proprie unit , vale a dire reparti indipendenti, seppur costituiti all'interno di un ospedale pubblico, dedicati alla pratica privata. Il loro numero   andato nel recente passato crescendo fino a toccare le 74 unit  e i 1.376 posti letto all'inizio del 1995.

Fino al 1992 la maggior parte dei posti letto in unit  dedicate alla pratica privata era concentrata nella zona di Londra. In seguito gli operatori hanno realizzato che questa forma di pratica privata ben si adatta a zone che, per caratteristiche territoriali e demografiche, non possono ammortizzare i costi di costruzione e di gestione di un ospe-

dale privato. Questo fatto ha provocato la rapida espansione di simili strutture all'interno di ospedali di provincia, tanto che all'inizio del 1995 ne esistono 18 in Londra e ben 56 fuori Londra (3). Il numero totale dei posti letto   divenuto superiore in provincia (790 contro 586). Le dimensioni sono significativamente diverse nelle due realt , dato che nella zona di Londra la dimensione media   di 32,6 posti letto (range 6-60, mediana 35), mentre in provincia la media   di 14,1 posti letto (range 3-35, mediana 13).

I vantaggi principali di questo genere di pratica privata sono da ricercarsi nella facolt  offerta ai medici di esercitare la professione privatamente ed allo stesso tempo senza muoversi dalla struttura pubblica, nonch  nella possibilit  di godere, in caso di bisogno, dei servizi altamente specializzati che normalmente solo una struttura di grandi dimensioni pu  garantire, acquistandoli al prezzo di mercato, invece che dovendoli produrre e gestire in proprio come avviene per le cliniche private. Il fatto poi che le unit  siano anche fisicamente distinte dalla parte pubblica a fruizione gratuita dell'ospedale permette di fornire la qualit  alberghiera tipica delle cliniche private (ad esempio la presenza di camere singole) e difficile da fornire nei letti, pur a pagamento, in un reparto pubblico. A ci  si aggiunga il fatto che anche l'indipendenza e la privacy professionale del medico risultano maggiori e pi  simili a quelle riscontrabili in una clinica privata in questo particolare setting di quanto avvenga nei letti privati dei normali degli ospedali pubblici.

Quanto alla gestione di queste unit , nel passato era stato tentato un esperimento da parte di una organizzazione, Bioplan, la quale gestiva unit  in diversi ospedali (era giunta ad avere 144 posti letto): questo esperimento   fallito a causa del fatto che il tasso di occupazione effettivo si   rivelato largamente

inferiore rispetto a quello di break-even previsto. Attualmente la quasi totalità delle unità viene gestita internamente: solo tre delle settantaquattro esistenti sono infatti affidate alla gestione di operatori esterni (Laing, 1995).

Un problema tipico di queste forme di assistenza privata deriva dal fatto di ereditare assai spesso contratti di lavoro dalla struttura principale, non avendo così piena autonomia e flessibilità. Questo non ha tuttavia ostacolato la crescita di tale forma di erogazione di servizi privati.

Di recente ha fatto la sua comparsa un nuovo tipo di erogazione di servizi sanitari: essa prende sostanza nella costruzione di nuovi reparti privati all'interno di aziende ospedaliere pubbliche (Nhs Hospital Trusts), anche se separati fisicamente dalla struttura principale, reparti che vengono gestiti da operatori privati. Attualmente ne esistono (o sono in costruzione) tre, uno ciascuno per le tre più grandi organizzazioni presenti nel mercato dell'erogazione di servizi sanitari privati (GSI, BUPA, Nuffield). Il vantaggio per l'operatore privato consiste nell'avere a disposizione la tecnologia ed i servizi tipici di un ospedale di grande dimensione in una struttura con le caratteristiche alberghiere proprie di una clinica privata. Il vantaggio per l'azienda ospedaliera pubblica consiste nella possibilità di vendere i propri servizi a prezzi di mercato.

Il risultato dei fenomeni appena descritti è stato quello di invertire negli ultimi anni la tendenza dei redditi derivanti al Nhs dalla pratica privata e soprattutto di invertire il trend della quota di mercato privato gestito dal Nhs, quota che, dopo decenni di decremento (si pensi che nel 1972 essa ammontava al 48,3%), è tornata a crescere stabilmente a partire dal 1989, in coincidenza con la liberalizzazione introdotta dal Health and Medicines Act (tabella 3), attestandosi intorno al 15%.

4. Cliniche private

Il settore delle cliniche private per il trattamento di pazienti acuti (gli ospedali dotati di sala operatoria) si è andato espandendo negli ultimi quindici

anni. Dal 1981 al 1995 il numero degli ospedali è aumentato quasi del 50% (da 154 a 227), mentre il numero dei posti letto è cresciuto circa di circa 2/3 passando da 7.035 a 11.681 (tabelle 4-5).

Tabella 3 - Reddito Nhs per trattamento privato per acuti in valori assoluti e come quota della spesa privata totale (1981-1994)

Anni	V.A. (milioni di sterline)	N.I.	N.I. deflazionati	Quota %
1981	56	100	100	25,3
1982	54	96	90	19,5
1983	60	107	94	18,2
1984	61	109	91	15,8
1985	67	120	95	14,3
1986	65	116	88	12,3
1987	73	130	95	11,6
1988	83	148	103	11,2
1989	99	177	115	11,6
1990	113	202	125	11,3
1991	148	264	153	13,1
1992	164	293	163	13,5
1993	185	330	180	14,2
1994	215	384	204	15,1

V.A. = Valori Assoluti
N.I. = Numeri Indice
Deflazione effettuata con l'indice dei prezzi al dettaglio

Fonte: Laing (1995)

Tabella 4 - Numero di ospedali-posti letto per acuti 1981-1995 nel Regno Unito

Anni	Posti letto		Ospedali				
	V.A.	N.I.	Aperti	Chiusi	Saldo	Totali al 1° gennaio	
						V.A.	N.I.
1981	7.035	100	6	2	4	154	100
1982	7.867	112	14	1	13	167	108
1983	8.687	123	16	2	14	181	118
1984	9.330	133	12	5	7	188	122
1985	10.067	143	14	2	12	200	130
1986	9.955	142	7	7	0	200	130
1987	10.033	143	10	11	-1	199	129
1988	10.204	145	7	4	3	202	131
1989	10.443	148	4	1	3	205	133
1990	10.739	153	8	2	6	211	137
1991	10.972	156	9	4	5	216	140
1992	11.157	159	5	2	3	219	142
1993	11.367	162	5	3	2	221	144
1994	11.452	163	3	0	3	224	145
1995	11.681	166	9	6	3	227	147

V.A. = Valori Assoluti
N.I. = Numeri Indice

Fonte: Laing (1995)

Nel contempo anche l'assetto proprietario delle aziende operanti in questo settore è profondamente mutato: gli operatori non profit hanno visto ridotta la propria quota di mercato a posti letto passando dal controllo dei due terzi circa posti letto ad un terzo soltanto dei posti letto (Laing, 1993; Laing, 1995). Discorso analogo ma opposto vale naturalmente per i gruppi for profit (da un terzo a circa due terzi). In questo periodo si è inoltre avuta l'entrata nel mercato di nuove tipologie di aziende, quelle a capitale europeo continentale (tedesco, francese, elvetico).

Il mercato dell'assistenza acuta in cliniche private appare assai concentrato, dato che i tre operatori più grandi ne controllavano nel 1993 oltre il 50% a fatturato, quota che sale a oltre il 75% qualora si considerino i primi dieci operatori (4) (tabella 6).

Un ulteriore dato rilevante riguarda l'integrazione che è avvenuta tra

compagnie di assicurazione e mutue da un lato ed ospedali e cliniche dall'altro. Assai spesso, infatti, le imprese assicurative e le associazioni di mutua assistenza (ad esempio la BUPA) hanno acquisito direttamente

la proprietà delle cliniche stesse con le quali stipulavano in precedenza convenzioni. Questo fenomeno è stato provocato essenzialmente dalla particolare aggressività dei competitori, specialmente quelli for profit, nel

Tabella 5 - Operatori del settore ospedaliero privato per acuti (strutture ospedaliere e posti letto). Gennaio 1995

Operatore	Ospedali	Posti letto
Generale de Sante Internationale	28	1.830
BUPA Health Services	29	1.730
Nuffield Hospitals	34	1.439
Compass Healthcare	15	688
Independent British Hospitals	17	509
Community Hospitals Group	10	493
Columbia	1	266
St. Martin's Hospital	3	247
British Pregnancy Advisory Service	7	199
Paracelsus-Kliniken	3	174
Goldsborough Ltd.	5	171
Independent Care	2	109
Population Services FPP	4	83
Hospitals Management Trust	2	64
Libra Health	1	37

Fonte: Laing (1995)

Tabella 6 - Reddito degli operatori del settore ospedaliero privato per acuti 1991-1993

Operatore	Posizione	Reddito operativo (milioni di Sterline)				Quota 1993 %	
		1991	1992		1993		
			valori nominali	deflazionati	valori nominali		deflazionati
Generale de Sante Internationale	1	178	192	185	208	196	21.0
BUPA Health Services	2	161	178	171	201	190	20.3
Nuffield Hospitals	3	101	106	102	110	104	11.2
Cumulata primi 3		440	476	457	519	489	52.5
Compass Healthcare	4	39	57	55	61	57	6.2
Community Hospitals Group	5	31	36	35	41	38	4.1
Wellington Private Hospital	6	30	31	30	35	33	3.6
St. Martin's Hospitals	7	29	33	32	31	29	3.2
Medical Services International	8	23	24	23	26	24	2.6
Trustees of London Clinic	9	24	26	25	25	24	2.5
Independent British Healthcare	10	5	27	26	20	19	2.1
Cumulata primi 10			685	659	759	714	76.7
Altri operatori			286	275	231	218	23.3
Totale			971	934	990	932	100.0

La deflazione è stata effettuata utilizzando l'indice dei prezzi al dettaglio

Fonte: Laing (1995)

campo della copertura dei rischi sanitari. L'accesa competizione ha spinto gli operatori verso forme di integrazione (5) al fine di agire sui propri costi nello sforzo di contenerne tanto l'entità globale quanto il relativo tasso di crescita.

5. Caratteristiche del settore

Esistono vari punti su cui dovremo soffermarci nell'analizzare il settore dell'erogazione privata di servizi sanitari. Di seguito accenneremo ai principali:

- proprietà degli operatori presenti sul mercato;
- tipologie acquirenti e concorrenti;
- principali stimatori di efficienza economica del settore;
- tipologie di interventi.

6. Proprietà

Quanto all'assetto proprietario, si è assistito negli ultimi 15 anni alla progressiva concentrazione in gruppi di medio-grandi dimensioni (in termini sia di numero di ospedali sia di quote di mercato gestite). Questo fenomeno è avvenuto lungo due binari distinti e paralleli. Innanzitutto si è verificato l'ingresso di capitali stranieri che hanno visto nel mercato sanitario privato inglese un'opportunità aperta dalle riforme thatcheriane: si tratta di investimenti effettuati da gruppi solitamente già in possesso del know-how necessario in quanto operanti nello stesso settore nel paese d'origine (principalmente USA, Germania, Confederazione Elvetica). In secondo luogo si sono verificati fenomeni di integrazione da parte degli operatori che agiscono sul lato della domanda (soprattutto mutue) essenzialmente per i motivi di contenimento dei costi cui già abbiamo accennato.

7. Acquirenti e concorrenti

Per quanto concerne gli acquirenti dei servizi, si tratta sempre più spesso di soggetti istituzionali, nella forma di convenzioni stipulate con operatori specializzati quali assicurazioni, mutue o brokers, piuttosto che singoli soggetti. È stato calcolato, come già accennato, che attualmente circa il 70% degli interventi di chirurgia per acuti in strutture private viene finanziato attraverso polizze assicurative (Laing 1995, Williams and Nicholl, 1994). Dato che i soggetti che si rivolgono all'ospedalità privata sono in prevalenza detentori di polizze assicurative, si può affermare che la domanda di prestazioni sanitarie private tende ad essere sempre più di natura istituzionale, intendendo con questo termine che la controparte dell'acquisto di un trattamento è sempre più frequentemente un operatore specializzato piuttosto che una persona singola. Il fatto di trattare con soggetti istituzionali consente agli erogatori privati di programmare meglio le proprie attività, su basi più certe, in quanto questi ultimi tendono ad acquistare non singole prestazioni ma veri e propri pacchetti sotto la forma classica della convenzione. Resta comunque il fatto che la forza contrattuale della controparte istituzionale è maggiore.

Il Nhs and Community Care Act del 1990 ha introdotto la scissione della gestione dell'assistenza sanitaria in due grandi aree: quella dell'erogazione delle prestazioni e quella del finanziamento dei servizi. Questo fatto potrebbe permettere in futuro alle cliniche private di vendere i propri servizi alle autorità sanitarie regionali, entrando così in competizione con le aziende ospedaliere. È probabile che un tale fenomeno riguardi comunque servizi di carattere ausiliario e/o particolarmente specializzato più che il nucleo dell'attività di ricovero e cura, in quanto le dimensioni medie richieste

da una struttura efficiente per la gestione di questa attività sono ritenute tali da scoraggiare, al momento attuale, la competizione sul nucleo dei servizi medico-chirurgici.

In questo senso la ricerca di potenziali fonti di reddito potrebbe portare le cliniche ad indirizzarsi verso i medici di base gestori di bilancio autonomo (GPs budget fundholders). Si tratta di pratiche singole o studi professionali i cui assistiti superano le 7.000 unità (6). Qualora essi ne facciano richiesta, viene loro assegnato un budget di cui disporre per l'assistenza farmaceutica e per alcuni servizi medico-chirurgici (tra cui la chirurgia di elezione) ai propri assistiti. Il budget viene determinato in funzione delle caratteristiche degli assistiti stessi (case mix). I GPs budget fundholders godono perciò di una certa autonomia decisionale avendo la libertà di trattare certe prestazioni (visite specialistiche, indagini diagnostiche, interventi chirurgici ecc.) direttamente con le strutture erogatrici. Questo significa che essi possono anche rivolgersi ad operatori privati per acquistare i servizi sanitari di cui i propri assistiti necessitano, a condizione che i produttori privati siano in grado di offrire pacchetti appetibili. Laing (1995) stima che nei prossimi anni circa il 50% della pratica di medicina generale dovrebbe avvenire in questa modalità, con punte, in certe aree rurali, addirittura del 100%. Si tratterebbe perciò di un mercato potenziale dalle dimensioni rilevanti, anche se i contendenti (le grandi aziende ospedaliere) sarebbero certamente molto agguerriti.

È possibile anche che la trasformazione degli ospedali pubblici in aziende ospedaliere (7) comporti l'ingresso di queste ultime in tutti i mercati contendibili. Nello specifico quelli dei servizi «tradizionali», avendo come naturale controparte le autorità sanita-

rie regionali, e quelli «nuovi» avendo come controparte i GPs budget fundholders e le assicurazioni. La competizione alla tradizionale pratica ospedaliera privata sarebbe in tal caso molto agguerrita.

8. Indicatori di efficienza

I tassi di occupazione delle cliniche private nel Regno Unito raramente risultano superiori al 60%, valore questo tradizionalmente considerato di break-even, vale a dire discriminante per una gestione per lo meno di pareggio. La tendenza al calo del tasso di occupazione appare inoltre stabile negli ultimi anni (Laing, 1995; Department of Health, 1995). Questo fenomeno è determinato essenzialmente da due ordini di fattori: di mercato da un lato, tecnologici dall'altro.

Quanto ai primi, le prospettive ottimistiche sulla privatizzazione della sanità hanno richiamato nel mercato nuovi investitori (soprattutto stranieri); questo fenomeno ha fatto lievitare il numero totale sia di ospedali sia di posti letto privati, fino ad arrivare probabilmente a saturare il mercato.

D'altro canto le tecnologie di recente sviluppo consentono attualmente di trattare in regime di day-hospital una casistica sempre più vasta e complessa di patologie. Si stima (Williams e Nicholl, 1994) che attualmente non meno del 37% degli interventi portati a termine negli ospedali privati siano di questo tipo, contro una stima relativa al 1986 di circa il 23%. Questo fenomeno, tutt'ora in corso, comporta un calo nella richiesta di giornate di degenza ed una conseguente decremento dei tassi di occupazione. È significativo sottolineare come il tasso di interventi condotto in regime di day-hospital arrivasse già nello scorso decennio a toccare punte del 40% laddove a gestire la clinica era una mutua come la BUPA

(per la quale cioè la giornata di degenza non rappresenta un utile ma un costo).

Questo fenomeno, se da un lato conferma la motivazione (il contenimento dei costi) che ha indotto assicurazioni e mutue ad entrare nella gestione degli ospedali privati, dall'altro suggerisce come probabilmente nella maggior parte delle cliniche attualmente operanti sia in atto un processo di riassetto organizzativo. Assai difficilmente esse potranno competere con le aziende ospedaliere pubbliche sul piano delle prestazioni ad altissima specializzazione, a causa dei costi elevati che queste comportano e che solo strutture di dimensioni ampie riescono ad coprire a motivo delle economie di scala (maggiore potere di contrattazione nel acquisto dei fattori produttivi, ripartizione di alcuni costi fissi su livelli di attività elevati), e del potere contrattuale più elevato che un ospedale dotato di ogni tipo di servizio offre (8). Le strutture private, perciò, si concentreranno presumibilmente sull'erogazione di quelle prestazioni in cui la possibilità di sfruttare economie di scala non è fattore decisivo o in cui addirittura possono verificarsi diseconomie di scala.

In tale ambito, una delle direzioni di sviluppo per la pratica privata è costituita dagli ambulatori di Day Surgery, cioè di strutture che si concentrano sulla quota sempre maggiore di interventi di elezione che possono essere effettuati in ambulatorio per mezzo delle tecniche di minimo accesso chirurgico. Negli Stati Uniti tali strutture si sono rapidamente diffuse a motivo dei prezzi vantaggiosi cui riescono a vendere i propri servizi. Nel Regno Unito pare esservi ancora da parte dei fruitori una forte diffidenza verso questo tipo di pratica, allorchè effettuata al di fuori di una struttura ospedaliera.

9. Tipologia di interventi

Per quanto concerne il case-mix, è interessante analizzare la composizione dei casi trattati nelle cliniche private, come risulta da un'indagine condotta durante la settimana 3-9 febbraio 1992 in un campione di ospedali privati (Laing, 1993). Circa la metà (48%) degli interventi condotti era classificata nella categoria di difficoltà intermedia (9), mentre la percentuale totale delle due tipologie di interventi più complessi ammontava all'8%. La percentuale di interventi di alto livello si attestava intorno al 25% (secondo invece uno studio condotto nel 1988 dalla Independent Healthcare Association questo genere di interventi ammontava a circa un terzo del totale degli interventi in ospedali privati). Dallo stesso studio risulta inoltre che buona parte (dal 27% al 33% a seconda della complessità) degli interventi condotti nelle cliniche private ha avuto luogo in orari fuori dal comune, intendendosi con questa locuzione interventi effettuati di sabato, o terminati prima delle 9.00, oppure iniziati dopo le 17.00. Questo fenomeno appare naturale alla luce del fatto che il personale medico che esegue l'intervento è lo stesso che lavora all'interno delle strutture del Nhs. La pratica privata viene infatti consentita a patto che il medico non guadagni più del 10% del proprio reddito attraverso di essa. Questi limiti sono validi per i medici a tempo pieno, vale a dire per coloro che sono tenuti a lavorare almeno 11 mezze giornate teoriche (nhd o notional half day) per il Nhs. Per coloro che invece sottoscrivano contratti di massimo tempo parziale (maximum part-time), vale a dire 10 nhd, i guadagni derivanti dalla pratica privata non hanno limiti contrattuali; discorso analogo è valido per chi abbia contratti di tempo parziale inferiore alle 10 nhd. È da sottolineare come nel 1992 esistesse-

ro 20.561 medici a contratto con il Nhs di cui 11.194 a tempo pieno, 5.411 a massimo tempo parziale, 1.947 a tempo parziale non massimo e 2.009 accademici detentori di posizioni onorarie. Uno studio commissionato dalla Monopolies and Mergers Commission ha stimato che circa 17.100 (83% circa) di essi fossero coinvolti nella pratica privata.

10. Conclusioni

Il settore dell'ospedalità privata nel Regno Unito ha certamente mostrato tassi di sviluppo dimensionale notevoli nel passato decennio. Una delle cause per cui questo fenomeno è avvenuto è da ricercare nel fatto che i governi conservatori vedevano assai di buon occhio la possibilità di ampliare le dimensioni dei mercati sanitari privati. È tuttavia difficile che le ipotesi su cui gli ingenti investimenti in ospedalità privata si sono basati possano verificarsi appieno. Innanzitutto perchè non sembra esservi largo consenso politico nel ridurre eccessivamente offerta e finanziamento pubblici di assistenza sanitaria. In secondo luogo perchè le riforme recentemente introdotte (Nhs and Community Care Act del 1990) sembrano favorire la soppressione a breve/medio termine di una parte degli ospedali pubblici (quelli di dimensioni piccole ritenute inefficienti). Considerando il fatto che la dimensione media delle cliniche private è piuttosto ridotta e che difficilmente esse superano i 300 posti letto, è arduo immaginare che queste strutture possano concorrere efficacemente con le grandi strutture pubbliche divenute aziende autonome, almeno per quanto riguarda il nucleo dei servizi medici e chirurgici. È difficile prevedere infine che la domanda di servizi da parte delle assicurazioni private possa mostrare vistosi trend crescenti nei prossimi anni, date

le difficoltà nella raccolta di premi e di sottoscrittori cui esse sono andate incontro nel recente passato (da cui forse stanno lentamente uscendo) a motivo della crisi economica che va sì attenuandosi ma che tarda a delinearci come vera e propria ripresa (Laing, 1993). Si tenga conto, inoltre, che il sempre maggior uso di tecniche che consentono la cura in regime di day-hospital di un numero sempre più vasto di patologie, toglie di fatto alle cliniche private uno dei parametri su cui esse hanno fatto affidamento per fare concorrenza al settore privato: la qualità alberghiera.

Possiamo figurare che la sanità per acuti nel Regno Unito sia di fronte ad un bivio. Essa può crescere definitivamente, raggiungendo, in termini di dimensione delle singole strutture, gli standard delle aziende pubbliche, oppure, più probabilmente, votarsi a politiche di nicchia, dedicandosi principalmente all'offerta di prestazioni in regime di day-hospital. La prima strada richiede ingenti investimenti, non facilmente reperibili anche data la situazione economica generale e può essere percorsa esclusivamente dai grandi gruppi. Quanto alla seconda, essa implica che il privato accetti di ricoprire un ruolo complementare ed in questo senso si dirigono i recenti accordi sulla costruzione di reparti privati fisicamente individuati anche se all'interno degli ospedali pubblici.

(1) La scelta di concentrarsi sulle prestazioni elettive è connessa al fatto che la scelta soggettiva del paziente è un fattore determinante, diversamente da quanto accade per la chirurgia di urgenza.

(2) Anche le caratteristiche alberghiere, naturalmente, costituiscono un fattore importante nella scelta di utilizzare servizi sanitari privati.

(3) Anche nel 1992 le unità erano 18 a Londra con un totale di 571 posti letto, mentre in provincia esse erano 36 con 492 posti letto. Na-

turalmente la dimensione media era più elevata nella zona metropolitana di Londra, con 31,7 contro 13,6 posti letto per singola unità dedicata.

(4) Nel calcolo di tale indice sono stati considerati solo gli operatori con un reddito superiore a 6 milioni di sterline.

(5) Si tratta del processo mediante il quale un'impresa che opera in un settore-mercato ne acquisisce una che opera in uno adiacente. Si dice «a monte» quando l'impresa acquirente acquista un'impresa sua fornitrice. «a valle» quando l'acquirente acquista l'impresa cui essa vende i propri beni-servizi. Queste sono dette integrazioni verticali. Le integrazioni orizzontali avvengono invece quando un'impresa acquista un'altra impresa che opera nello stesso settore economico ma allo stesso livello della catena produttiva.

(6) Da aprile 1991 ad aprile 1993 il livello era posto a 9.000 unità; a partire da aprile 1996 il livello sarà ridotto a 5.000.

(7) Processo che risulta quasi completato avendo coinvolto la quasi totalità degli ospedali pubblici.

(8) Il prezzo riflette anche la componente detta di *option demand*. L'acquirente è disposto a pagare un prezzo più elevato per il fatto di avere la possibilità (opzione) di usufruire, in caso di bisogno, di un servizio aggiuntivo (ad esempio la terapia intensiva). Il prezzo del servizio acquistato comprende perciò anche il prezzo dell'opzione del servizio ausiliario.

(9) In tale studio gli interventi erano suddivisi in 5 classi: minor (27%), intermediale (48%), major (17%), major plus (6%), major complex (2%). L'indagine venne eseguita tramite questionario (203 ospedali interpellati, tasso di risposta del 49%).

BIBLIOGRAFIA

- DEPARTMENT OF HEALTH (1995). *Private Hospitals, Homes and Clinics Registered under Section 23 of the Registered Homes Act 1984*. ISBN 1 85839 341 8.
- GARATTINI L, A CURA DI (1995). *Il privato in sanità*. Milano, Kailash Editore.
- GLAD STONES D. (1993). *The deregulation of hospitals, Nursing and Residential Homes*. London, Independent Hospital Association.
- HMSO (1993). *Private Medical Services: a report on agreements and practices relating to charges for the supply of private medical services by Nhs consultants*. Monopolies and Mergers Commission.
- INDEPENDENT HEALTHCARE ASSOCIATION (1988). *Patient Treated Independently*. London, Independent Healthcare Association.

- INDEPENDENT HEALTHCARE ASSOCIATION (1994). *Acute Hospitals in the Independent sector*. London, Independent Healthcare Association.
- LAING (1993). *Laing's Review of Private Health Care 1993*. London, Laing and Buisson Publications.
- LAING (1995). *Laing's Review of Private Health Care 1995*. London, Laing and Buisson Publications.
- NICHOLL J.P., BEEBY N.R., WILLIAMS B.T. (1989). *Role of the private sector in elective surgery in England and Wales*. British Medical Journal: 298: 243-247.
- POLLARD S., LIDDLE T., THOMPSON B. (1994). *Towards a more Cooperative Society*. London, Independent Healthcare Association.
- PRATT K. (1994). *Private Medical Insurance Heads for causality*. Planned Savings, May.
- PROPPER C. (1990). *Utilisation of Private Health Care by the medically insured*. Discussion Paper n. 90/280, University of Bristol.
- PROPPER C., MAYNARD A. (1989). *The market for Private Health Care and the Demand for Private Insurance in Britain*. Discussion Paper n. 53, University of York.
- THE WYATT COMPANY (1992). *Survey of Medical Benefits: Analysis of Results*. London, The Wyatt Company.
- WILLIAMS B.T., NICHOLL J.P. *Patient Characteristics and Clinical Caseload of Short-Stay, Independent Hospitals in England and Wales, 1992-1993*. British Medical Journal: 308: 1699-1701.

L'INTRODUZIONE DEL CONCETTO DI NETWORK IN SANITÀ: L'ESPERIENZA DEL CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE TELEFONICA

di Attilio Gugiatti, Emanuele Vendramini

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

SOMMARIO: 1.0. Introduzione - 1.1. Reti e servizi sanitari - 1.2. Il Centro unico di prenotazione telefonica - 1.3. Linee di sviluppo - 1.4. Funzionamento del servizio - 1.5. Analisi dell'attività - 1.6. Il servizio - 1.7. Risorse e costi - 1.8. Cuptel: prospettive e sviluppo - 2.0. Modelli possibili - 2.1. Modello centralizzato - 2.2. Modello distribuito - 2.3. Modello misto - 3.0. Macrovalutazione delle differenze di costo di gestione.

1.0. Introduzione

La definizione di nuovi assetti all'interno del Sistema Sanitario Nazionale ha comportato una modificazione degli equilibri esistenti anche a livello locale. In particolare si sono evidenziati all'interno delle politiche sanitarie interventi finalizzati sia al miglioramento della equità e dell'accessibilità dei servizi, che ad una maggiore efficienza a livello macroeconomico.

La legge regionale lombarda del 1993 di ridefinizione degli ambiti territoriali ha confermato a grandi linee l'assetto esistente, mantenendo cioè la città di Milano suddivisa in sei Aziende USSL.

Le USSL zionali offrono una vasta gamma di offerta di servizi sanitari: tra l'altro sono responsabili del convenzionamento con i medici di medicina generale (MMG) e gestiscono la rete di servizi e strutture operanti nell'ambito della medicina di base.

Al fine di acquisire ulteriori strumenti utili per gestire il cambiamento organizzativo e gestionale apportato dal D.L. 502/92 la Regione Lombardia ha finanziato un progetto di ricerca volto ad analizzare la struttura del sistema di offerta di servizi sanitari nel-

la città di Milano comparandolo con le più significative esperienze internazionali (modello inglese, i sistemi multiospedalieri americani, il caso della rete di ospedali pubblici della città di Parigi-APHP, l'esperienza catalana, il sistema bavarese, ecc.) i cui risultati verranno presto pubblicati.

Il presente articolo intende presentare un'analisi dell'attività del servizio di prenotazione telefonica attivo nella città di Milano con l'intento di evidenziarne le caratteristiche e le possibili implicazioni in termini di soddisfazione della domanda di assistenza sanitaria.

Attualmente sono in corso altri progetti finanziati dalla Regione Lombardia volti sia a definire politiche di coordinamento delle politiche di acquisto di cinque Aziende Ospedaliere Milanesi che a strutturare la loro offerta di servizi sul mercato (camere a pagamento, area a pagamento, libera professione, convenzioni attive, ecc.).

Prima di presentare l'attività del Cuptel verranno richiamati alcuni riferimenti teorici al concetto di network in generale e di reti sanitarie in particolare (a cura del dott. Gugiatti).

1.1. Reti e servizi sanitari

L'analisi proposta in questo lavoro cerca di fornire alcuni spunti per una possibile linea di intervento che si sviluppa attorno ad un tema spesso poco e male affrontato, vale a dire l'introduzione del paradigma reticolare nel sistema sanitario come risposta all'emergere in forme nuove e decisamente critiche del problema «organizzativo».

Dal punto di vista dell'economia aziendale, il concetto di rete si inserisce come momento di interpretazione delle diverse forme organizzative assunte dagli istituti. Individuando l'attività di azienda come una successione di processi integrati di accadimenti (Borgonovi, 1994), all'aumentare della complessità ambientale si rendono necessari maggiori livelli di coordinamento ed integrazione che possono assumere forme organizzative ed istituzionali interne ed esterne tipicamente reticolari.

Le aziende sanitarie operano in contesti tipicamente caratterizzati da crescenti livelli di complessità, innovazione e incertezza in cui viene esaltata la funzione di coordinamento del

sistema e dei singoli centri di offerta di servizi (Borgonovi, 1992).

Si individua quindi una rete di servizi sanitari in cui ciascuna struttura o funzione può attivare e quindi migliorare le potenzialità e capacità autorganizzative delle proprie strutture e funzioni, nonché delle proprie specializzazioni.

La rete di servizi sanitari è caratterizzata, in primo luogo, dall'articolazione degli stessi processi di tutela della salute che sono per loro natura processi che configurano reti. Il passaggio dalla centralità della malattia a quello della salute sposta necessariamente l'attenzione nella definizione e nella scelta delle strategie da un unico centro di offerta di servizi ad una pluralità di soggetti e di ambiti di intervento. In prima approssimazione, si può affermare che i processi di tutela della salute siano tutt'altro che limitati all'interno di una singola struttura (es. ospedale) (Borgonovi-Meneguzzo, 1985). Sia dal punto di vista dell'analisi dei soggetti preposti all'offerta di servizi sanitari (Regioni, USL, ospedali-USL e ospedali-azienda, IRCCS, ISS, distretti, organizzazioni di volontariato) che operano con funzioni specifiche in diverse localizzazioni territoriali, sia dal punto di vista della stessa natura dei servizi offerti (prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione) si configurano relazioni tra organizzazioni e tra processi/servizi che nella loro specificità ed autonomia formano un contesto a rete.

Importanti fasi che caratterizzano i processi di tutela della salute come il controllo dell'ambiente e dei luoghi di lavoro, le molteplici forme di assistenza socio-sanitaria (per handicappati, anziani, tossicodipendenti, alcolisti, ecc.), i servizi ambulatoriali e diagnostici, sono diffuse sul territorio, definendo aree di riferimento su cui interagiscono servizi e funzioni che ne-

cessitano di specifici livelli di coordinamento.

La presenza nello stesso ambito territoriale di più organizzazioni sanitarie di derivazione pubblica e privata con differenti livelli di autonomia istituzionale e con specifiche tipologie di servizi offerti rende evidente la tipica natura reticolare del servizio sanitario che informa l'ambiente attraverso la natura dei propri processi di organizzazione e coordinamento. Si possono individuare non solo diversi soggetti o servizi caratterizzati da differenti gradi di autonomia e specializzazione, ma soprattutto differenti modalità di collegamento, flussi informativi di natura e contenuto articolati, specifiche logiche organizzative e gestionali.

Un altro aspetto che spinge verso un approccio di tipo reticolare ai servizi sanitari si riferisce alla loro caratterizzazione pubblica. L'interesse della collettività alle problematiche di ordine sanitario si è espresso nei paesi più avanzati nella creazione di sistemi sanitari nazionali che, pur con diversi gradi di partecipazione di soggetti privati ai processi decisionali e all'offerta di servizi, sono caratterizzati da preminenti obiettivi di ordine pubblico.

La diffusione sul territorio delle tecnologie sanitarie, rispondendo a logiche come il bacino di utenza, è stata governata nel sistema sanitario italiano da strategie non razionali anche per effetto dei vincoli finanziari. Il patrimonio tecnologico appare per molti aspetti sovradimensionato rispetto alle effettive esigenze, ma nello stesso tempo si è in presenza di fenomeni come le liste di attesa, l'utilizzo parziale e discontinuo delle attrezzature, livelli di manutenzione inadeguati, mancata rispondenza agli standard qualitativi e di sicurezza. Molti di questi effetti sono dovuti alla mancata adozione di una logica di rete sia nei processi di diffusione che nell'utilizzo delle tecnologie. Variabili fondamen-

tali nella gestione del patrimonio tecnologico come la formazione del personale, la manutenzione e l'assistenza delle apparecchiature, la gestione della domanda, la circolazione delle conoscenze, sono tipici momenti in cui la logica di rete esprime le proprie potenzialità permettendo un sostanziale innalzamento dei livelli di produttività e di economicità per tutti i centri di offerta.

Tutti i punti sottolineati in precedenza rimandano alla necessità di un approccio sistemico e per molti aspetti reticolare all'insieme dei servizi sanitari. L'utilizzo del paradigma reticolare in sanità appare quindi giustificato sia a livello teorico dell'economia d'azienda e dello studio delle organizzazioni sanitarie come aziende di servizi, sia sul versante proprio dell'organizzazione dell'offerta di servizi sanitari che trovano nella specializzazione, nel coordinamento e nell'integrazione la loro stessa ragione d'essere.

1.2. Il Centro unico di prenotazione telefonica

La denominazione C.u.p.tel. deriva dalla abbreviazione di Centro unificato di prenotazione telefonica. Le origini del progetto risalgono all'agosto 1991 quando, all'interno del progetto Città Sane, viene lanciata l'idea di dotare la città di Milano di un centro unico per la prenotazione telefonica delle visite specialistiche presso i poliambulatori; a questa iniziativa aderirono tre USSL la 75/VI, 75/V, 75/II e l'ospedale Sacco. Dal punto di vista normativo il riferimento era la legge regionale 16 maggio 1989 n. 15 «norme per facilitare l'accesso ai servizi sanitari».

In un secondo tempo, dopo che si era aggregato al progetto anche l'ospedale «Buzzi», al fine di realizzare un più efficace funzionamento del Cuptel e di garantirne una gestione

snella e tempestiva, gli Amministratori Straordinari delle tre USSL e degli ospedali concordarono sull'opportunità di individuare un ente capofila, cui conferire la responsabilità della conduzione del servizio. Tale Ente viene individuato nell'USSL 75/VI, in considerazione del fatto che le strutture del Cuptel sono collocate nell'ambito territoriale di detta USSL e che fino dall'inizio ha svolto questo ruolo.

Investita di tale funzione la 75/VI:

- individua, nell'ambito del bilancio di previsione, le spese in conto capitale e parte corrente necessarie al funzionamento del servizio;

- riceve dalla Regione specifici finanziamenti e ne rendiconta l'utilizzo in sede di bilancio consuntivo;

- definisce la pianta organica del personale addetto al servizio e richiede alla Regione la copertura ed il relativo finanziamento;

- stipula contratti per l'acquisizione di beni e servizi necessari al funzionamento del servizio

Il controllo del progetto è affidato al comitato di coordinamento, composto dal vertice delle quattro amministrazioni consorziate, mentre la progettazione tecnica è del comitato tecnico. Ambedue i comitati sono assistiti dalla Sogess di Milano, società che fin dall'origine supportava il progetto Città Sane.

Il progetto Cuptel rappresenta un interessante caso che ha anticipato nel tempo la tendenza attuale a voler raggruppare in consorzi i presidi ed enti di erogazione e gestione dei servizi sanitari milanesi. Si deve oltremodo affermare che il servizio Cuptel oltre a perseguire obiettivi di razionalizzazione delle prestazioni ambulatoriali, venendo incontro alle necessità degli utenti, oltre ad eliminare le code agli sportelli con una telefonata, prevede la possibilità di interpellare telefonicamente il personale anche per ricevere informazioni relative all'attività delle

USSL e degli altri Enti Sanitari Milanesi (modalità per accedere all'assistenza sanitaria, presenza di funzioni sanitarie nei vari presidi, ecc.).

1.3. Linee di sviluppo

Sostanzialmente il progetto Cuptel ha incontrato nella sua fase iniziale due difficoltà: dal punto di vista organizzativo, l'impossibilità di poter prenotare una serie di specialità quali gli esami di laboratorio e quelli radiologici, a causa della difficoltà di lettura delle impegnative mediche e dei comportamenti specifici che determinati esami di laboratorio richiedono. Da un punto di vista tecnologico, si evidenzia la presenza di uno stato dell'arte dei sistemi informatici di gestione del Cup delle USSL e dell'Ospedale L. Sacco caratterizzati da una sostanziale disomogeneità.

In presenza di queste problematiche si è scelto di procedere delimitando la tipologia delle prestazioni prenotabili telefonicamente e realizzando un sistema informatico che, sebbene non integri i singoli Cup, consenta il costante collegamento con i Cup stessi e una completa visibilità delle singole agende di prenotazione. In questo modo c'è la possibilità di avere un sistema aperto ad ulteriori adesioni.

Gli obiettivi che ci si era proposti erano:

- riduzione delle code agli sportelli (di circa il 10%);

- diminuzione dei tempi di attesa per il migliore utilizzo delle agende potendo sfruttare al meglio le opportunità delle alternative;

- svolgere un servizio informativo (il 12.5% delle chiamate sono dovute ad una richiesta di informazioni);

- semplificare il rapporto utente-erogatore.

Le caratteristiche del sistema individuato sono: economicità (impegno di spesa in conto capitale molto conte-

nuto), minimo intervento sulle strutture informatiche presenti, soluzione aperta all'adesione di nuovi enti, maggiore integrazione dei centri di offerta di servizi.

Il 12 luglio 1993 il servizio cuptel diviene operativo mettendo a disposizione del cittadino un servizio che fornisce loro in tempo reale un quadro delle possibilità di prenotazione di visite specialistiche presso le strutture dei poliambulatori delle tre USSL e dei due ospedali che costituiscono il consorzio.

1.4. Il funzionamento del servizio

Il servizio è attivo con orario continuato dalle 8.30 alle 16.30, dal lunedì al venerdì; il centralino telefonico è dotato di 20 linee in entrata ed è completo di servizio di cortesia e di casella vocale: in caso di linee occupate l'utente è invitato a lasciare il proprio nome e recapito telefonico. Sono attualmente in studio nuovi orari di apertura e un differente utilizzo della casella vocale.

Dal punto di vista organizzativo il servizio è strutturato in due aree distinte: *front office* e *back office*:

- *front office* per la ricezione delle chiamate e per la prenotazione;

- *back office* con compiti di coordinamento operativo e tecnologico, gestione delle richieste informative e di supporto al front office.

Le chiamate medie giornaliere sono circa 600 e la struttura operativa è composta da 7 addetti al front office ed uno al back office.

Il sistema informatico è strutturato in modo tale da non rendere disponibile una singola agenda per specialità con le disponibilità dei vari Enti ma consente di connettersi, dallo stesso terminale, alle diverse agende di prenotazione Ente per Ente, tutto ciò è dovuto alla già citata disomogeneità degli hardware e dei software disponibili presso gli Enti.

1.5. Analisi dell'attività

L'andamento della domanda presenta due tipi di trend, uno crescente ed uno stagionale. Nel 1994 si evidenzia infatti un aumento dell'attività rispetto all'anno precedente e relativamente ad uno stesso anno si riscontrano dei fenomeni tipici in relazione al periodo dell'anno.

La media giornaliera è passata da 430 nel secondo semestre 1993 alle 605 dei primi dieci mesi del 1994. Sul piano mensile ci si è attestati a 12500-13000 richieste corrispondenti ad ol-

tre 3000 richieste a settimana, con esclusione dei mesi estivi. I mesi di settembre e ottobre 1994 hanno registrato i valori più elevati raggiungendo punte di 15000 e 16000 chiamate pari a 750-780 chiamate giornaliere (vedi grafico 1.1).

È importante notare la concentrazione delle telefonate nelle prime ore della giornata e la costante diminuzione della mole delle stesse verso il fine settimana.

Paradossalmente è più conveniente prenotare una visita nelle ore centrali della giornata, nessun problema di li-

nee e il personale è meno impegnato. Il sistema di valutazione, divenuto operativo nel mese di agosto 1994, considera chiamate sia quelle effettivamente ricevute sia quelle effettuate per richiamare coloro che avevano lasciato il proprio nominativo nella casella vocale. Il grafico 1.2 mostra anche come la distribuzione delle chiamate sia più omogenea di quella registrata nei primi mesi di attività; si è passati da ricevere il 66% delle telefonate nelle prime 4 ore al 58%. Tale modifica di utilizzo del servizio è il risultato della costante in formazione

Grafico 1.1 - Carico medio chiamate ora/giorno

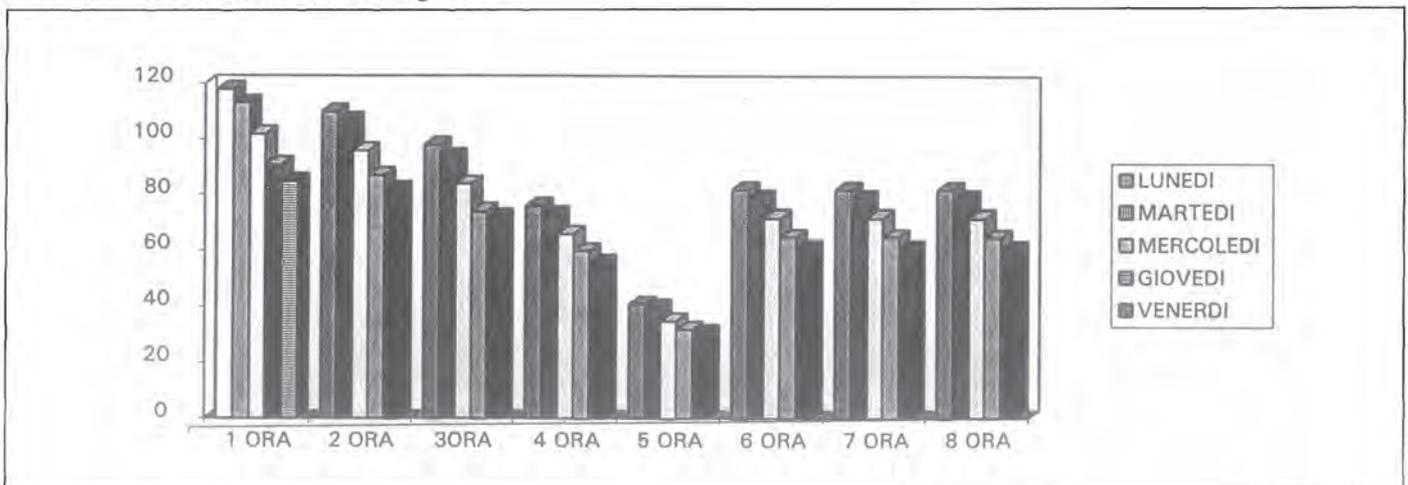
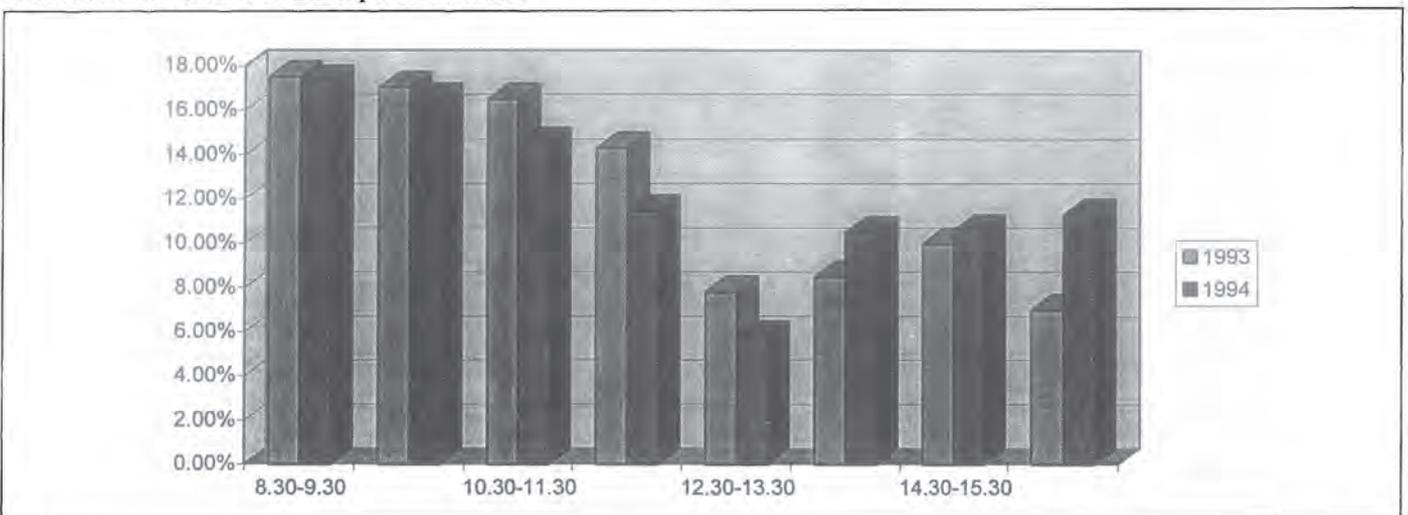


Grafico 1.2 - Percentuale chiamate per fascia oraria



data dal servizio di cortesia del Cuptel che informa gli utenti in attesa di quali siano gli orari migliori per chiamare.

Analizzando invece la tipologia delle richieste, si nota come siano leggermente cresciute in percentuale le richieste di informazioni rispetto a quelle di prenotazione delle visite: nel 1993 la percentuale è stata del 12.01% sul numero di chiamate, percentuale salita al 12.89% (per una analisi disaggregata delle richieste di informazioni di osservi il grafico 1.3).

1.6. Il servizio

Il servizio consente al cittadino di scegliere tra tre opzioni: prenotare, annullare una visita specialistica e richiedere informazioni.

Le prenotazioni effettuate (comprendenti delle richieste di annullamento) sono state oltre 100.000 dall'avvio del servizio; in percentuale sul totale delle richieste di prenotazione sono cresciute nel biennio del 2.26% passando dal 62.1% del 1993 al 64.36% del 1994 (vedi grafico 1.4). Le richieste telefoniche di annullamento di prenotazioni sono state valutate a partire dal settembre 1994 e vengono a pesare sul totale delle richieste nella misura del 16.59% (vedi grafico 1.5).

Analizzando i dati si osserva come sia decrescente il trend relativo alle prenotazioni in Ente diverso da quello inizialmente richiesto: si è passati dal 13.1% del 1993 di prenotazioni inizialmente richieste in un Ente ed effettuate in un altro, al 9.36% del 1994: quindi dall'inizio del Servizio, Pronto Sanità ha contribuito ad una più efficiente distribuzione della domanda tra i servizi disponibili concorrendo ad una maggiore razionalizzazione della distribuzione delle risorse sul territorio.

In merito alle chiamate ricevute vi è una percentuale di prenotazioni che non possono essere effettuate per differenti motivazioni:

Grafico 1.3 - Richieste di informazioni

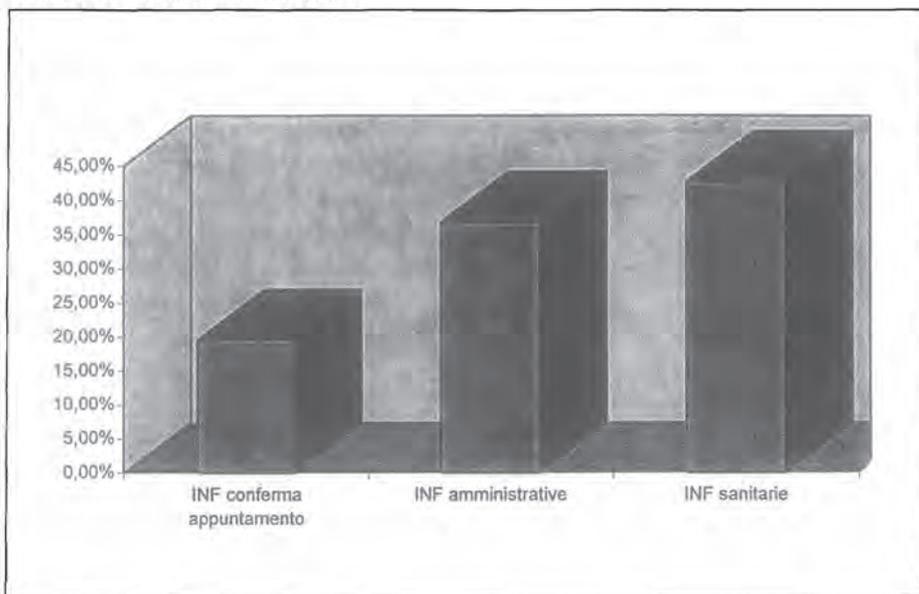


Grafico 1.4 - Richieste di prenotazioni/annullamenti sul totale delle chiamate

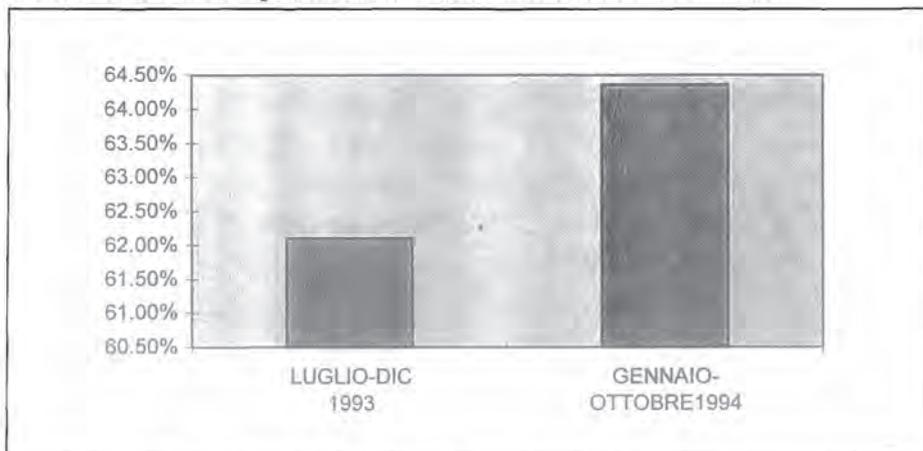
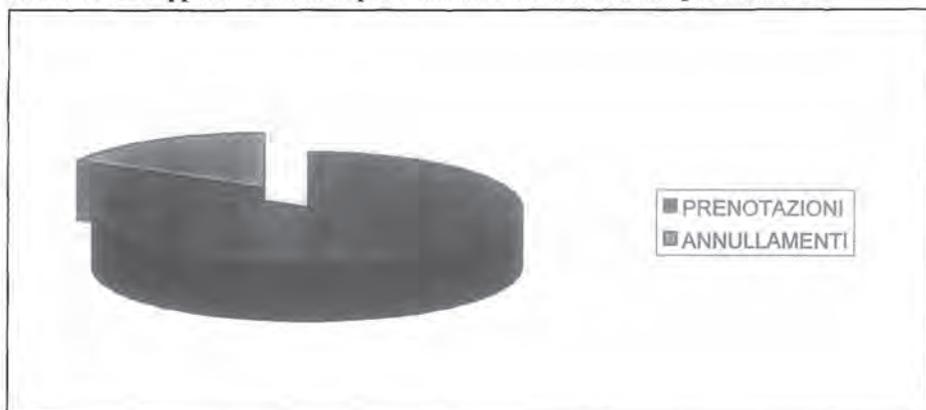


Grafico 1.5 - Rapporto richieste di prenotazione e di annullamento prenotazione



— non prenotabili, in quanto riguardano esami per cui non è prevista la prenotazione telefonica (44%);

— rimandate (29%): riguardano prenotazioni non eseguibili per motivi contingenti (temporanea sconnessione di una linea, l'utente stesso dichiara di voler ponderare la scelta);

— urgenze: richieste non soddisfabili in quanto le varie opzioni presentano liste d'attesa troppo lunghe per le esigenze dell'utente (8%);

— senza tessera (13%): il numero di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale è un requisito necessario per poter effettuare una prenotazione;

— altro (6%): es. caduta della linea (vedi grafico 1.6).

Volendo analizzare con maggiore attenzione le prenotazioni rimandate, prendendo a riferimento 4 mesi del 1994, si evidenzia che sono dovute per la maggior parte alla indisponibilità del collegamento con l'Ente (50.54%). I casi di disconnessione sono imputabili sostanzialmente a manutenzioni o a problemi di linea S.I.P. Il 35% delle richieste rimandate è relativo alla indisponibilità dell'agenda di prenotazione per quella determinata richiesta, il rimanente 14% deriva dalla volontà del paziente che dichiara di volerci pensare.

1.7. Risorse e costi

Il personale al momento all'avvio del servizio nella previsione che il carico medio fosse di 400 chiamate giornaliere, consisteva in 4 operatori di front office e uno di back office, ma il limite venne raggiunto già nel mese di settembre 1993, per cui dall'aprile 1994 la struttura è stata riorganizzata in 7 operatori di front office ed uno di back office (ma considerando le ferie ed i permessi si riesce a garantire la presenza di 6 persone per il servizio di front office).

Nella tabella 1 vengono presentati i costi in conto capitale e quelli in gestione per anno.

Grafico 1.6 - Prenotazioni non effettuate settembre-ottobre 1994

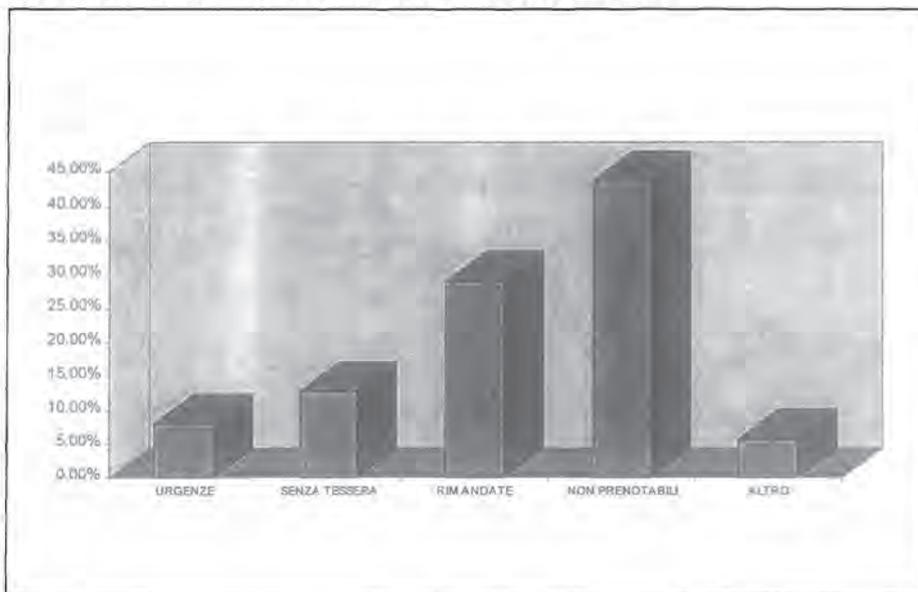


Tabella 1

	Costo	Anni vita economica	1991-1992	1993	1994	1995
<i>Costi capitali</i>						
Progettazione	285.06	5	114.24	57.12	57.12	57.12
Sistema hw/sw	77.95	5		15.59	15.59	15.59
Ampliamento sistema	15.47	4		3.87	3.87	3.87
Centralino	59.05	5		11.09	11.09	11.09
Casella vocale	72.59	5		14.52	14.52	14.52
Arredi	20.23	5		4.05	4.05	4.05
Addestramento	83.03	5	16.66	16.66	16.66	16.66
Totale	614.64	34	119.84	123.71	123.71	123.71
<i>Costi correnti</i>						
Front office						
Personale Enti				106.67	160	160
Personale esterno				28.92	186.43	242
Backoffice				79.75	161.08	185
Canoni linee				64.26	64.26	65
Traffico telefonico				4.76	4.76	5
Affitto spese				7.02	19.02	19
Altre spese				2	4	4
Manutenzione				10	15	15
Totale				303.56	615.45	695
Totale generale			114.24	423.39	739.16	818.71
Costo studio fattibilità						357
Totale 1994						1175.71
Finanziam. regionale						500
Totale						675.71

Il grafico 1.7 mostra invece l'analisi del costo medio per chiamata confrontando i dati attuali con la previsione di aumento del carico di lavoro dovuto alla gestione di tutta la prenotazione telefonica dell'ospedale Sacco attraverso il servizio di Cuptel (25000 chiamate anno). Il costo medio per chiamata è riportato evidenziando la quota relativa ai costi correnti e quella relativa ai costi in conto capitale.

1.8. Cuptel: prospettive e sviluppo

Sulla base di quanto asserito sia nella parte introduttiva che in quella teorica del dott. Gugiatti, risulta sempre più importante poter sviluppare un servizio che riesca a coinvolgere un numero via via maggiore sia di possibili utenti che di prestazioni erogabili.

Viene quindi presentato uno studio di massima per la messa a regime del servizio Cuptel in tutta la città di Milano. Tale studio presenta:

- le funzionalità principali del sistema Cuptel;
- le diverse possibili ipotesi di architettura del sistema;
- il piano dei costi di realizzazione nelle varie ipotesi;

Il sistema dovrà presentare una gestione C.u.p. per ogni ente che dovrà prevedere alle seguenti attività:

- prenotazione della propria agenda da parte degli operatori agli sportelli dei poliambulatori;
- manutenzione e aggiornamento delle agende;
- gestione delle anagrafiche di prestazioni, clienti, medici prescrittori ed erogatori;
- gestione della riscossione dei ticket;
- gestione delle autorizzazioni;
- predisposizione dei fogli di lavoro per gli ambulatori e i laboratori;
- statistiche sull'attività effettuata;

In merito al sistema di Cuptel l'impostazione di base è quella già presen-

te. Nello studio è stata considerata la possibilità di un accesso remoto per i medici di base e i farmacisti; questa funzionalità deve consentire di eccezzare prenotazioni effettuate da un numero elevato di postazioni remote. Dato il numero elevato dei possibili fruitori di questo tipo di accesso e dato che l'attività di prenotazione non sarà continua il sistema deve prevedere una tipologia di accesso che consenta un numero elevato di connessioni contemporanee effettuate utilizzando i normali strumenti di lavoro (linea telefonica commutata e Personal Computer) o terminali a basso costo, tipo videotel.

2.0. Modelli possibili

Centralizzato: unico elaboratore centrale per tutti i C.u.p. e per il C.u.p.tel. Ogni ente dispone agli sportelli dei poliambulatori di postazioni remote.

Distribuito: ogni ente dispone di un proprio sistema (hardware e software) di C.u.p.; vari C.u.p. sono interconnessi con il sistema di C.u.p.tel.

Misto: costituisce una via intermedia tra le due situazioni precedenti prevede un sistema centralizzato con

possibilità che alcuni enti abbiano un proprio sistema di C.u.p.

I modelli sono stati indagati sulla base di vari parametri:

1) quantificazione del numero dei posti di lavoro (operatori agli sportelli dei poliambulatori e del C.u.p.tel.) dell'intera rete specialistica milanese per poter valutare la configurazione hardware;

2) quantificazione il numero delle connessioni possibili contemporaneamente;

3) valutazione delle difficoltà di realizzazione delle varie funzionalità a seconda dei modelli alla fine della valutazione del software da realizzare.

In merito al primo punto sono state considerate le seguenti esigenze per la città di Milano:

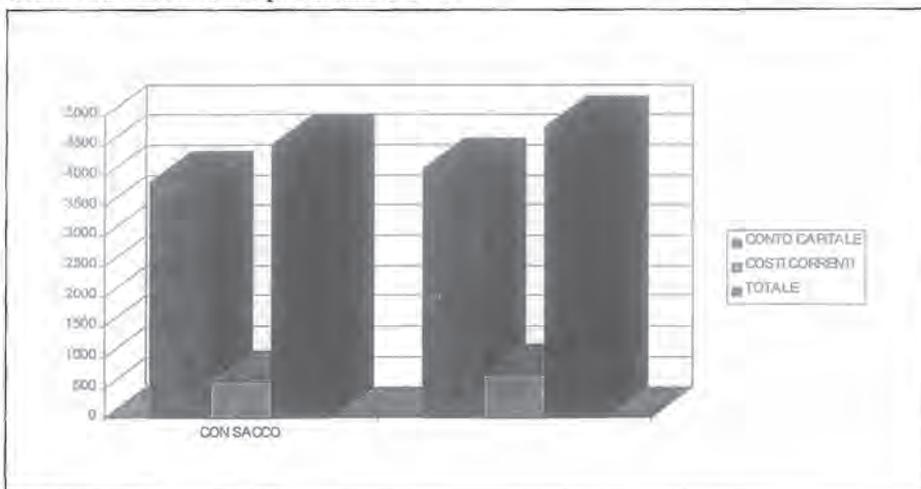
— numero dei posti di operatore complessivi tra C.u.p.tel. e sportelli dei poliambulatori: circa 200;

— i singoli enti sono stati raggruppati in 3 classi in funzione del numero dei posti operatore:

	numero enti
classe A: fino a 6 operatori	6;
classe B: fino a 12 operatori	2;
classe C: oltre 12 operatori	6;

— il sistema C.u.p.tel. prevede fino a 30 posti operatore.

Grafico 1.7 - Costo medio per chiamata 1995



In merito al secondo punto è stato previsto di disporre circa 60 connessioni contemporanee. Questo non significa che il numero delle postazioni remote sia limitato ma che tale sistema permette l'accesso in contemporanea di non più di 60 utenti per volta. L'implementazione del software nei vari modelli: la realizzazione del software presenta difficoltà diverse a seconda dei modelli considerati soprattutto in relazione relativamente alle modalità di aggiornamento dell'agenda cittadina da parte delle agende degli enti. Più in specifico si possono avere due configurazioni alternative.

2.1. Modello centralizzato

Viene previsto un unico elaboratore centrale, ogni ente disporrà della medesima procedura di C.U.P. e gli archivi saranno fisicamente sulle stesse memorie di massa. Quindi risulta meno oneroso sia il mantenimento dell'agenda cittadina aggiornata in tempo reale con i dati delle agende dei singoli enti che la condivisione degli archivi anagrafici (dei cittadini, dei medici, ecc.).

Da un punto di vista hardware il sistema è previsto in configurazione duale in modo che risulti garantita la funzionalità in caso di un guasto di un componente.

2.2. Modello distribuito

Si prevede un elaboratore centrale (al C.u.p.tel.) interconnesso con i vari sistemi di C.u.p. degli enti.

In questa ipotesi il software da realizzare presenterà maggiori problemi rispetto all'ipotesi precedente per quanto concerne l'interconnessione delle agende e la condivisione dei dati. A grandi linee si può indicare che, richiedendo l'aggiornamento in tempo

reale, le difficoltà software saranno maggiori che nel caso di un aggiornamento in tempo differito.

Le difficoltà diventano ancora più elevate nell'ipotesi in cui coesistano sistemi di C.u.p. non omogenei. Infatti si deve considerare che l'integrazione dei software attualmente esistenti (costruiti per risolvere una casistica limitata e senza visibilità globale) è un problema complesso e che tale complessità aumenta dovendo coinvolgere, in fase di realizzazione e implementazione, le società che hanno realizzato i vari software di C.u.p.

Da un punto di vista dell'hardware l'elaboratore centrale sarà meno potente di quello ipotizzato nel modello precedente. Dato il suo ruolo centrale si prevede comunque una configurazione duale. Non è stata invece prevista una configurazione duale per tutti i sistemi dei singoli C.u.p.

I sistemi di C.u.p. necessari, nell'ipotesi di non utilizzarne di esistenti, sono:

- 9 sistemi di C.u.p. di classe A (fino a 6 posti operatore);
- 2 sistemi di C.u.p. di classe B (fino a 12 posti operatore);
- 6 sistemi di C.u.p. di classe C (oltre 12 posti fino ad un max di 24).

Tabella 2

	Modello		Costi	
	Centralizzato	Distribuito	Centralizzato	Distribuito
Personale Cuptel	15 operat., 12 front 33 back office	idem	X	X
Manutenzione hard-software	10% del sistema	idem	190 + iva	245 + iva
Assistenza a tempo pieno	120 mil. anno	120 mil. anno	X	X
Affitti	240 mq	200 mq	72	60
Spese generali	fattore 1.2	fattore 1	60 + iva	50 + iva
Costi Telecom	canoni,manut., traffico	idem	X	X
Totale			322	355
Totale con iva			370	410

2.3. Modello misto

Questo modello contempla un mix delle due precedenti nell'ipotesi che alcuni enti utilizzino il sistema centrale, del C.u.p.tel., per i loro C.u.p. mentre altri enti dispongano di propri sistemi di C.u.p. (anche non uniformi).

Le considerazioni del precedente modello valgono anche in questa ipotesi.

3.0. Macrovalutazione delle differenze di costo di gestione

Nella tabella 2 sono riportati alcuni costi di gestione evidenziando le differenze nei due modelli. Dove non vi sono differenze si è indicato con una X.

Personale C.u.p.tel.

Prevede la gestione di 1500-1600 chiamate/die (oggi con solo 3 Ussl variano tra le 800-900) giorno pari a 375000-400000 chiamate annue.

Assistenza a tempo pieno

Si prevede che, per la gestione e supervisione del sistema, si utilizzi un «service» (che sarà probabilmente richiesto alla ditta fornitrice) con coper-

tura a tempo pieno di almeno una risorsa.

Spese generali

È stato calcolato con un fattore di proporzione 1.2 contro 1 per tenere conto della maggiore occupazione e dei costi (consumi elettrici) nel caso del sistema centralizzato.

BIBLIOGRAFIA

- BORGONOV E., MENEGUZZO M. (1985), *Processi di cambiamento e di programmazione nelle Unità Sanitarie Locali*, Milano, Giuffrè.
- BORGONOV E. (1991), *La logica di gestione aziendale come superamento della contrapposizione pubblico-privato nel sistema sanitario*, in *Economia Italiana*, n. 2.
- BORGONOV E. (1992), *Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza una strategia organizzativa*, in *Mecosan*, n. 2.
- BORGONOV E. (1994), *L'aziendalizzazione*, in *Confronti*, n. 3.
- BUTERA F. (1990), *Il Castello e la Rete*, Milano, Franco Angeli.
- DI BERNARDO B. (1989), *La rete del capitalismo flessibile oltre la dicotomia gerarchia-mercato*, in *Economia e Politica Industriale*, n. 64.
- Fiorentini G., Meneguzzo M., Zangrandi A. (1987), *La pubblica amministrazione da sistema burocratico a network di servizi*, in
- FIOCCA R. (A CURA DI), *Imprese senza confini*, Milano, Etas Libri.
- GANDOLFI V. (1990), *Relazionalità e cooperazione nelle aree sistema*, in *Economia e Politica Industriale*, n. 65.
- LOMI A. (1991), *Reti organizzative. Teoria, tecnica e applicazioni*, Bologna, Il Mulino.
- MASSEI M.A. (1992), *Interesse pubblico e responsabilità sociale. Regolatori del comportamento aziendale*, Milano, EGEA.
- MENEGUZZO M., REBORA G. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino, UTET.
- NACAMULLI R., RUGIADINI A. (A CURA DI) (1985), *Organizzazione e mercato*, Bologna, Il Mulino.
- PILOTTI L. (1990), *Dall'impresa-struttura all'impresa-progetto: dalle transazione ai linguaggi nelle forme di impresa a rete*, in *Economia e Politica Industriale*, n. 65.

CONTROLLO DI GESTIONE ED INGEGNERIA CLINICA: DUE NUOVI ED IMPORTANTI STRUMENTI AL SERVIZIO DELLE AZIENDE SANITARIE

di Massimo Lucchelli ¹, Monica Sivo ¹, Eugenio Porfido ², Francesco Magni ³, Nunzio Del Sorbo ¹

¹ Azienda Ospedaliera H San Carlo Milano

² Azienda Ussl n. 12 Bergamo

³ Azienda Ussl n. 37 Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il controllo di gestione - 3. Il servizio di ingegneria clinica - 4. Discussione.

1. Introduzione

Le strutture sanitarie rappresentano realtà complesse e hanno la caratteristica d'impiegare ingenti risorse, quali personale specializzato ed attrezzature ad elevata tecnologia.

Ne derivano alti costi di gestione che rendono sempre più diffusa la consapevolezza di come le decisioni cliniche siono imprescindibili da una valutazione anche economica.

Per questi motivi, alcune strutture stanno attivando due nuove unità operative non contemplate nel tradizionale assetto organizzativo sanitario: il controllo di gestione (esplicitamente previsto nel decreto 502/92) e l'ingegneria clinica.

Gli argomenti sviluppati sono il risultato dell'esperienza e della collaborazione realizzata in questi settori tra diversi professionisti negli ultimi anni.

2. Il controllo di gestione

Il controllo di gestione ha avuto particolare sviluppo nel settore industriale come supporto del management durante la pianificazione strategica, la programmazione, la definizione del budget e la verifica a consuntivo, ma presenta rilevanti potenzialità anche in campo sanitario.

In quest'ambito trova impiego sia personale medico sia amministrativo il quale opera in staff con le direzioni (sanitaria ed amministrativa) per agevolare la valutazione complessiva delle problematiche di governo aziendale.

Il presente articolo riporta un'esperienza che ha avuto inizio nella metà degli anni ottanta presso l'Irccs H, San Raffaele di Milano.

Un percorso analogo è stato poi riprodotto presso l'Ussl 75/II di Milano dove è stata costituita nei primi mesi del 1994 una unità operativa denominata ufficio controllo gestione (UCG), ed è in fase di avvio anche presso l'azienda ospedaliera H San Carlo di Milano.

Contabilità analitica

L'UCG ha svolto un ruolo importante nell'identificazione dei centri di costo (CdC), nell'articolazione del piano dei costi e nell'introduzione della contabilità economica ed analitica (CA).

L'attivazione della contabilità analitica per centri di costo ha reso possibile superare i limiti derivanti dalla attuale contabilità finanziaria che raccoglie i dati secondo capitoli di bilancio. L'UCG ha inoltre collaborato alla individuazione dei flussi informativi

per la raccolta delle notizie riguardanti l'attività svolta e la spesa sostenuta dai CdC. I dati ottenuti sono stati elaborati per permettere una valutazione dei risultati e dei costi sostenuti.

Elaborazione reportistica di attività

L'UCG ha prodotto elaborazioni per rendere possibile l'analisi degli scostamenti o formulare pareri su problemi tecnico-sanitari e gestionali.

Per quanto riguarda l'attività ospedaliera di ricovero, sono stati preparati reports mensili relativi alle patologie trattate utilizzando il sistema di raggruppamento omogeneo per diagnosi (DRG).

Gli indicatori di «case-mix» e «performance» hanno permesso di valutare la complessità delle patologie trattate e verificare il livello di operatività dei reparti, mentre l'appropriate-ness evaluation protocol (AEP) ha evidenziato la percentuale di ricoveri inappropriati.

Inoltre la raccolta delle informazioni sulla tipologia di esami effettuati dai servizi diagnostico-terapeutici per DRG è stata eseguita con l'obiettivo di definire i profili di cura, confrontando i teorici con quelli rilevati.

Valutazione delle necessità informatiche e collaborazione nella costruzione della rete informatica all'interno della struttura

La notevole quantità di dati di attività e di costi, necessari per garantire un efficace management, ha reso indispensabile il coinvolgimento del settore informatico.

In questa fase l'UCG ha fornito precise indicazioni sulla definizione dei flussi provenienti dalle diverse unità operative.

Per quanto attiene all'attività ospedaliera di ricovero, sono stati specificati i livelli di informazione definendo le prestazioni per centro di costo, tipologia, volume e regime (divisionale, libera professione, convenzionata).

Carichi di lavoro ed analisi di redditività dei servizi

La rilevazione dei carichi di lavoro è stata possibile applicando la metodologia scelta dalla Regione Lombardia per determinare la quantità di lavoro necessaria alla produzione degli outputs prodotti dai vari centri di costo.

Con i dati a disposizione è stata stimata la capacità produttiva per le diverse unità operative (reparti, sale operatorie, servizi diagnostici) ed è stato evidenziato il rapporto tra produttività teorica e reale.

Contabilità industriale e determinazione dei costi e tempi standard

I costi per fattori produttivi (personale, consumi, manutenzioni, spese varie), forniti dalla CA, ed i dati di attività sono stati elaborati al fine di costruire indicatori economici di efficienza (costi medi) permettendo la verifica degli scostamenti e la determinazione delle eventuali cause.

L'analisi delle informazioni ha consentito l'elaborazione e la successiva

determinazione dei conti economici consuntivi per responsabile e per CdC con la produzione di report che hanno evidenziato il rapporto tra finanziamento a prestazione e costi sostenuti.

Infine sono stati definiti i costi specifici per tipologia di prestazione tramite l'individuazione del personale necessario, il tempo dedicato, i consumi utilizzati per articolo e quantità, le eventuali attrezzature impiegate ed altri costi specifici.

Questi costi vengono verificati periodicamente ed aggiornati al variare delle singole voci permettendo così l'introduzione della contabilità industriale (CI) o di prodotto.

Formulazione budget

Dopo un breve periodo, resosi necessario per consolidare l'impiego dei nuovi strumenti gestionali tra il personale sanitario, è stato introdotto l'utilizzo del budget.

La sua costruzione non è stata presentata come un puro meccanismo contabile, ma si è insistito sugli aspetti di responsabilizzazione del medico nel formulare programmi di attività e valutare i mezzi necessari al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'UCG è stato di supporto al Management ed ai Responsabili dei CdC (reparti, servizi di diagnosi e cura, ambulatori) nella formulazione dei singoli budgets mediante l'elaborazione dei dati a consuntivo, le previsioni di attività e la definizione del costo atteso per prodotto.

Valutazione acquisti e technology assessment

Un ultimo aspetto da rilevare è l'attività di valutazione delle richieste di acquisto riguardanti le attrezzature ed i presidi sanitari effettuata dall'UCG in collaborazione con le direzioni, il servizio di ingegneria clinica e l'uffi-

cio acquisti, al fine di verificare la loro congruenza con gli obiettivi di budget e l'impatto sui costi standard.

L'UCG, fornendo un valido aiuto nell'analisi costi/benefici, è stato di supporto al technology assessment nel considerare la diffusione e l'utilizzo di tecniche sanitarie di nuova introduzione (procedure chirurgiche, terapie farmacologiche).

3. Il servizio di ingegneria clinica

L'incremento della dotazione di apparecchiature biomediche complesse, in particolare elettroniche, dedicate alla diagnosi e terapia è senza dubbio uno dei fattori di maggior peso nell'aumento del costo della salute.

Questo ha contribuito a rendere sempre più evidente la necessità di fare ricorso a competenze e strumenti specifici affinché la direzione delle strutture sanitarie sia in grado di scegliere ed impiegare correttamente la strumentazione, di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, di aumentare la qualità del servizio e di ridurre ed ottimizzare i costi di gestione.

A tal fine presso alcune strutture sanitarie (in Lombardia ad esempio: le aziende ospedaliere San Carlo Borromeo, Niguarda, San Paolo, San Gerardo di Monza, gli Spedali Civili di Brescia e l'Istituto Ospedaliero C. Poma di Mantova), è stato avviato il servizio di ingegneria clinica (S.I.C.) con il compito di fornire indicazioni per l'utilizzo corretto ed efficiente della tecnologia, monitorare tutti gli aspetti legati alla gestione nonché supportare i processi decisionali e programmatori.

In Lombardia, sulla spinta di altre realtà regionali, sono stati individuati dall'Assessorato alla sanità alcuni centri pilota appartenenti agli ospedali azienda sopra menzionati con l'obiettivo di procedere alla classificazione e

catalogazione delle attrezzature biomedicali, che rappresenta il primo indispensabile passo per l'avvio di una corretta gestione tecnica. Con questo progetto si intende sensibilizzare e supportare le restanti strutture sanitarie lombarde nell'introduzione di queste nuove metodiche.

L'esperienza condotta in campo nazionale e da circa venti anni in quello internazionale (International Federation for Medical and biological Engineering e Clinical Engineering Division), hanno evidenziato come l'ingegnere clinico rappresenti per preparazione e specifica competenza la figura professionale di riferimento nella gestione delle tecnologie biomediche in ambiente sanitario.

Dai dati raccolti su un campione di 23 Paesi, con una popolazione totale di circa 1 miliardo di abitanti, risulta che sono impiegati nelle strutture ospedaliere dei citati paesi circa 2000 ingegneri clinici. L'Italia si colloca tra i Paesi in cui l'ingegneria clinica è meno diffusa, infatti i dati indicano la presenza di un ingegnere clinico ogni 8300 posti letto contro una media internazionale di un ingegnere ogni 3500 posti letto.

La letteratura fornisce dei parametri quali 1 tecnico ogni 100-200 posti letto ed un ingegnere clinico ogni 3-5 tecnici oppure utilizzando come parametro il valore di rinnovo delle apparecchiature biomediche esempio 1 tecnico ogni 1/1,5 milioni di dollari ed 1 ingegnere clinico ogni 3/5 tecnici. Un'ulteriore modello è quello secondo il quale vengono parametrizzate le attività del SIC in funzione del valore e/o del numero di apparecchiature.

Qui di seguito si riporta una breve descrizione delle sue aree di competenza e quanto si sta realizzando nel settore presso l'azienda ospedaliera «ospedale San Carlo Borromeo»

(O.S.C.B.) di Milano da circa due anni.

Attività di classificazione ed inventario delle apparecchiature biomediche

L'attività di classificazione ed inventario delle tecnologie biomediche è indispensabile al fine di conoscere il proprio patrimonio per qualità e valore in apparecchiature biomediche. Consente inoltre una corretta gestione delle medesime ed implementa le informazioni necessarie alla contabilità economico-finanziaria ed analitica per centri di costo.

La codifica più comunemente adottata in Italia è quella sviluppata dal centro di informazione e valutazione delle apparecchiature biomediche (C.I.V.A.B.), dell'area di ricerca di Trieste, evoluzione del precedente progetto AC.MA.GEST. del CNR.

Verifiche di sicurezza

Vengono eseguite le verifiche periodiche di rispondenza delle apparecchiature elettromedicali alle norme CEI 62-5 e particolari e le verifiche di sicurezza sugli impianti elettrici in conformità alle norme CEI 64-4 entrambe previste nell'ambito della normativa riguardante la sicurezza nelle strutture sanitarie.

Verifiche di accettazione

Riguardano l'installazione ed il collaudo delle attrezzature applicando gli standard normativi in vigore, sia dal punto di vista elettrico che funzionale. L'attività mira ad escludere carenze, omissioni o eventuali difetti costruttivi che potrebbero inficiare la sicurezza, l'affidabilità e la durata del ciclo di vita della macchina.

Gestione ed esecuzione delle attività di manutenzione preventiva e straordinaria

La manutenzione preventiva e gli interventi su guasti di piccola e media complessità effettuati con personale interno permettono di ridurre i tempi di fermo macchina, i costi di intervento delle ditte e quelli dei contratti di assistenza tecnica. La manutenzione preventiva di un'apparecchiatura è, infatti, un fattore essenziale per assicurare la sicurezza, l'efficienza e la sostituzione programmata della strumentazione obsoleta.

Per le apparecchiature ad alta tecnologia, per le quali è necessario il ricorso a ditte esterne, il SIC si occupa della gestione del contratto di manutenzione, dalla sua stesura alla verifica degli eventuali interventi.

Valutazione degli acquisti e programmazione degli investimenti

Funzioni di supporto nella valutazione, acquisto ed installazione dell'apparecchiatura, per quanto concerne:

1) la stesura ed il controllo dei capitolati di appalto e la consulenza tecnica in fase di acquisto (caratteristiche tecniche, valutazione del servizio di assistenza tecnica, etc.);

2) la valutazione dell'apparecchiatura, tenendo conto del rapporto costo/beneficio, dei costi di gestione e di consumo e delle spese ausiliarie;

3) l'adeguatezza dell'apparecchiatura nel soddisfare le caratteristiche funzionali richieste dal medico;

4) la sicurezza dell'apparecchiatura nell'ambiente proposto.

Supporto tecnico ai servizi generali

Produzione di dati ed informazioni necessari ai vari settori amministrativi quali: il controllo di gestione, la dire-

zione amministrativa, la direzione sanitaria.

Corsi di formazione

Organizzazione e realizzazione di seminari, corsi, workshop con lo scopo di fornire al personale sanitario e tecnico le informazioni più adeguate sul corretto utilizzo delle attrezzature e sulle normative vigenti in materia di sicurezza.

Ricerca e sviluppo

Partecipazione ai progetti di ricerca che prevedono l'impiego di tecnologie, con coinvolgimento nella fase di definizione del problema.

Il primo passo è stato quello di informatizzare l'inventario del parco macchine elettromedicali con l'acquisizione ed utilizzo di un software per la gestione inventario, manutenzione e raccolta dati delle verifiche di sicurezza delle apparecchiature biomediche.

La raccolta dei dati per l'informatizzazione dell'inventario, iniziata nel 1993, ha impegnato il servizio per circa un anno.

Il software impiegato è stato realizzato dagli ingegneri della U.s.l. 16 di Modena ed utilizzato nell'ambito di una collaborazione tra aziende ospedaliere; esso è inoltre in grado di fornire report essenziali alla programmazione ed alla valutazione di aspetti economici e di prevenzione.

Per quanto concerne la sicurezza elettrica, le verifiche sia periodiche sia di accettazione di rispondenza alle norme CEI sono affidate, per carenza di personale, ad una ditta esterna tramite gara.

La manutenzione di alcune tipologie di apparecchiature (soprattutto quelle per esplorazione funzionale e terapia) viene svolta con l'utilizzo di

personale tecnico specializzato in organico al S.I.C., mentre per le apparecchiature ad elevata complessità la gestione degli interventi è assicurata con contratti di assistenza tecnica (A.T.) annuali, sulla base delle reali esigenze dei reparti.

Questa politica gestionale ha reso possibile negli ultimi due anni un sensibile risparmio.

Il S.I.C. inoltre assiste gli altri settori fornendo le informazioni necessarie alla gestione della struttura. Ad esempio, con la direzione amministrativa e la ripartizione provveditorato/economato collabora per quanto concerne la definizione delle caratteristiche tecniche delle apparecchiature da acquisire, per la validità dei servizi di A.T. forniti delle ditte; alla direzione sanitaria fornisce i dati relativi al parco apparecchiature ed effettua la rilevazione ambientale dei gas anestetici ed il controllo del microclima. Il S.I.C. ha tenuto dei corsi per l'aggiornamento professionale del personale tecnico e sanitario ed ha collaborato in alcuni dei progetti di ricerca sviluppati dalla divisione di nefrologia e dialisi dell'ente.

4. Discussione

Per quanto riguarda l'introduzione di queste nuove funzioni è da rilevare che i numerosi ostacoli incontrati sono state prevalentemente determinati dal fatto che entrambe interessano il settore sanitario ed amministrativo.

Una delle maggiori difficoltà è stata quella di definire con i medici l'attività svolta (DRG, interventi chirurgici, prestazioni ambulatoriali) e le risorse utilizzate.

Mentre sul versante tecnico/amministrativo resistenze incontrate sono derivate dalla scarsa cultura economica esistente e dal rifiuto ad avviare i

nuovi strumenti economico-gestionali previsti dalla legge di riordino.

Inoltre l'uso quotidiano dei supporti informatici è ancora scarsamente rappresentato la dotazione esistente è obsoleta nella maggioranza della realtà.

Questi fattori determinano un forte ritardo nel processo di aziendalizzazione ed è stato quindi necessario sia il continuo coinvolgimento del personale. Quest'opera di sensibilizzazione è stata favorita dall'aggiornamento professionale promosso dalla Regione Lombardia.

Infine un'ulteriore problema riguarda la definizione della dotazione organica di questi servizi che in assenza di standard di riferimento devono essere formulati in funzione del livello di informatizzazione presente.

BIBLIOGRAFIA

- BORGONOV E. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, E.G.E.A., 1990.
- ROSENSTEIN A.H. (1991), *Health economics and resource management: a model for hospital efficiency*, Health Planning and Management Fall 1991: 36(3): 313-330.
- ROBERT N. ANTHONY, DAVID W. YOUNG, *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, Mc. Graw-Hill.
- ZANGRANDI A. (1990), *I prezzi di trasferimento: per un controllo di gestione*, Clueb 1990.
- BRONZINO J.D. (1994), *Management of medical technology*, Butterworth Heinemann 1994.
- AA.VV. (1994), *Le attività dei servizi di ingegneria clinica*, Commissione ministeriale per la predisposizione di linee guida per interventi in ordine all'attività di ingegneria clinica all'interno delle strutture ospedaliere e degli IRCCS 1994.
- AA.VV. (1994), *Tecnologie biomediche e sanitarie: sviluppo, valutazione e gestione*, Patron Bologna 1994.
- MARIANI L., *I servizi di ingegneria clinica*, Università degli studi di Padova.
- AA.VV. (1992), *Bollettino informativo del Comitato di ingegneria del Centro ricerche e studi tecnologie biomediche e sanitarie*.

11 annate arretrate
prezzo ordinario L. 5.632.600

I cento fascicoli che fanno la sanità

direttore
Luigi D'Elia
condirettore
Emidio
Di Giambattista

quasi 30.000
pagine
di grande
formato
21 x 28

i 1 2 5 di Ragiusan

al prezzo speciale di L. 2.500.000

- 11 anni di articoli
- 11 anni di massime e sentenze
- 11 anni di leggi nazionali e regionali
- 11 anni di relazioni a proposte di legge a livello parlamentare e di consiglio regionale
- 11 anni di decreti ministeriali e di deliberazioni regionali
- 11 anni di recensioni di libri e di segnalazioni bibliografiche
- 11 anni di relazioni a convegni

Un grande patrimonio culturale

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

L'INTRODUZIONE DI ELEMENTI DI MERCATO NELLA RIFORMA SANITARIA IN GRECIA

di Manos Matsaganis

Dipartimento di economia sanitaria - Scuola nazionale di salute pubblica - Atene

Traduzione a cura di Chiara Moroni

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Frammentazione dell'assicurazione sanitaria sociale - 3. Configurazione dei servizi sanitari ambulatoriali - 4. Presenza di un largo settore privato - 5. Conclusione.

1. Introduzione

L'ondata di riforme sanitarie che sta attraversando l'Europa, benché assuma caratteristiche differenti tra paese e paese, è sufficientemente radicale da indurre alcuni autori a parlare di *paradigm shift* [1].

Infatti, in Europa sembra si stia creando un consenso generale tra gli studiosi ed i politici sul fatto che lo spostamento da sistemi di comando e controllo verso forme di mercato con funzionamento pubblico offra la promessa di un miglioramento nella libertà di scelta, nella qualità e nella efficienza, senza incidere negativamente sull'equità. Non deve sorprendere che tale promessa si sia dimostrata intellettualmente attraente e politicamente irresistibile. Ciò spiega l'enorme influenza che le riforme hanno avuto oltre i confini dei paesi del Nord Europa, dove queste furono formulate e per la prima volta messe in pratica.

I mercati pianificati e finanziati dal settore pubblico, o quasi mercati, si distinguono dai mercati convenzionali per quanto riguarda ognuno dei seguenti aspetti: (i) erogatori non a scopo di lucro competono tra loro e, possibilmente, con quelli a scopo di lucro, per ottenere contratti pubblici; (ii) il potere d'acquisto viene espresso in

maniera indiretta, con il consumatore che sceglie il fornitore, il quale verrà in seguito ricompensato dall'ente pubblico responsabile; (iii) i consumatori sono rappresentati sul mercato da intermediari che prendono decisioni per loro conto [2].

L'introduzione dei quasi mercati può essere vista come un tentativo di risolvere alcune delle contraddizioni dei tradizionali sistemi di *Welfare* nella loro fase di maturità [3]. Nella sanità, la liberazione dell'iniziativa dei diversi attori, ritenuta soffocata fino ad allora da legami burocratici, è vista come la chiave per ispirare nuova vita in tale sistema. La restaurazione del meccanismo dei prezzi, la creazione di incentivi concorrenziali e un maggior ruolo per i pazienti-utenti sono considerati essenziali a questo scopo. La separazione delle funzioni di acquisto e di erogazione (cioè di domanda e di offerta), fino ad allora condotte dagli stessi enti, è considerato lo strumento fondamentale; per questo, lo stesso progetto di riforma può essere descritto in termini di una svolta dal modello «integrato pubblico» verso il modello di «contratto pubblico» [4].

La questione se i risultati che emergono dall'esperienza delle riforme di quasi mercato in tali paesi soddisfino le attese di coloro che hanno creduto

nel suo potenziale, è chiaramente cruciale. Purtroppo è anche sufficientemente complessa da occupare a lungo gli studiosi poiché, nonostante alcune incoraggianti indicazioni preliminari, il problema rimane lontano dall'essere risolto. Nel frattempo, analisti da altre parti d'Europa potrebbero riflettere utilmente sull'applicabilità dei contenuti delle riforme alla situazione specifica dei loro paesi.

L'ultimo paese ad essere testimone dell'arrivo di tali idee è la Grecia, dove il suggerimento che i quasi mercati potrebbero costituire le fondamenta della riforma sanitaria venne l'anno scorso nella relazione di una commissione internazionale di esperti invitati dal Ministero della Sanità a commentare sullo stato del sistema sanitario greco e ad avanzare proposte per un suo miglioramento. Le raccomandazioni principali di questa relazione includono la creazione di un sistema di medici di famiglia, rimborsati secondo una quota capitolaria. Oltre a ciò, la maggioranza della commissione propose che i medici di famiglia debbano gestire un *budget* per l'acquisto, per conto dei loro pazienti, di servizi specialistici e ospedalieri e di prodotti farmaceutici. È ovvio, e gli autori stessi lo hanno ammesso, che questa proposta (che, come hanno sottolineata-

to, è «fondamentale» nella loro visione della riforma del sistema sanitario greco) è direttamente ispirata dalla riforma del *National Health Service* in Gran Bretagna e modellata sul programma *fundholding* [7].

Le raccomandazioni della commissione sollevano la questione dell'applicabilità del *fundholding* in Grecia. Questo articolo cerca di fornire alcune risposte preliminari alla questione. Più precisamente, si possono porre obiezioni con riferimento a tre punti: (i) la frammentazione del sistema di assicurazione sanitaria sociale; (ii) la configurazione dei servizi sanitari ambulatoriali del paese; (iii) la coesistenza del sistema sanitario pubblico greco con un largo e crescente settore privato. Questi punti verranno discussi nelle sezioni seguenti.

2. Frammentazione dell'assicurazione sanitaria sociale

Storicamente, il modello «integrato pubblico» e quello dell'assicurazione sociale erano fondati su filosofie molto divergenti: il primo era collettivista e sottolineava l'obbligo da parte delle autorità pubbliche di provvedere alla salute della comunità; il secondo era individualistico e sottolineava invece il diritto degli individui ad ottenere protezione medica, diritto comunque condizionato all'acquisto degli appropriati titoli assicurativi. Tuttavia, in molti paesi si è giunti con il passar degli anni ad un considerevole grado di convergenza. In particolare, l'originale frammentazione del sistema di assicurazione sociale in centinaia di mutue assicuratrici, discendenti dai fondi professionali di assicurazione volontaria del secolo scorso, fu contrastata da vari meccanismi intenti alla ricerca del livello più alto di equità ed efficienza ottenuto dai sistemi del «modello integrato». Tali meccanismi vanno dalla specificazione di un pacchetto

assicurativo comune a tutte le mutue, alla graduale equalizzazione delle differenti aliquote contributive, finché all'istituzione di «fondi solidarietà» per il trasferimento di risorse dalle mutue assicurative delle professioni con un rapporto demografico favorevole a quelle in declino.

Tuttavia, pochi tentativi sono stati fatti per razionalizzare il sistema di assicurazione sanitaria sociale della Grecia. IKA, che assicura 5.4 milioni di lavoratori e impiegati urbani salariati e le persone a loro carico (oltre il 50% della popolazione), rimane il pilastro del sistema e continua un processo di crescita organica: non solo attrae il grosso dei nuovi entranti nel mercato del lavoro, ma incorpora anche i membri ed i pensionati di piccoli fondi che sono falliti. OFA, il fondo malattia [*sickness funds*] dei contadini e abitanti in aree rurali, offre a un corpo di assicurati di 2.5 milioni di persone una ristretta gamma di benefici sanitari; per il loro finanziamento, essendo le proprie risorse scarse, dipende quasi esclusivamente dagli stanziamenti dallo Stato. TEBE, il terzo più grande fondo assicurativo con 1.2 milioni di iscritti, assicura datori di lavoro o lavoratori autonomi e le persone a loro carico. Inoltre, TAE copre circa 500 mila individui, soprattutto proprietari di negozi e le loro famiglie. Infine, i dipendenti statali di ruolo sono assicurati in uno schema assicurativo separato, quasi interamente finanziato dallo Stato, che conta 600 mila membri incluse le persone a carico.

Benché queste cinque mutue assicurino tra loro oltre 10 milioni di persone, un numero quasi uguale all'intera popolazione della Grecia, il loro corpo di iscritti non conta più dell'80% di tutti i fondi malattia. Questo paradosso si spiega dal fatto che un individuo può appartenere ad un fondo come membro pagante contributi, e ad un altro come persona a carico,

traendo benefici sanitari o dall'uno o dall'altro. Perciò un ulteriore 2.5 milioni di persone sono assicurate in circa 40 altri fondi malattia. Le banche, le autorità locali, le industrie nazionalizzate ecc., gestiscono i loro programmi di assicurazione sanitaria per gli impiegati, mentre una miriade di fondi minori è al servizio di altri gruppi, come quelli dei «liberi professionisti» (avvocati, medici, ingegneri, ecc.).

Questa frammentazione istituzionale non avrebbe provocato tanta preoccupazione se non fosse per il fatto che diversi gruppi della società sono esposti a diverse scale contributive secondo la mutua a cui appartengono, mentre, d'altra parte, anche il pacchetto assicurativo a cui hanno diritto è diverso. Infatti, uno studio recente [8] ha trovato scarsa correlazione fra il livello di contributi assicurativi, da una parte, e la gamma e la qualità di prestazioni a cui i membri di mutue diverse hanno accesso, dall'altra. Inoltre, in mancanza di un «fondo solidarietà» redistributivo, le mutue si ritrovano in serie e irreparabili difficoltà finanziarie, quando il declino delle occupazioni a cui sono legate causa insostenibili rapporti demografici; cioè, ad un numero sempre decrescente di membri contribuenti corrisponde un numero sempre crescente di pensionati e di persone a carico — come è successo recentemente alla «Casa dei Marinai», un tempo prospera. Le preoccupazioni riguardanti l'equità vengono accresciute da quelle riguardanti l'efficienza, queste ultime sorgenti dal fatto che il cordinamento tra le mutue impedisce a queste di esercitare un potere di monopsonio, rendendole incapaci di contrapporsi al monopolio collettivo della professione medica.

La costituzione dell'ΕΣΥ, il «Sistema Sanitario Nazionale» Greco, nel 1983 credè i presupposti per la gestione

coerente del settore ospedaliero attraverso la nazionalizzazione forzata di ospedali indipendenti non a scopo di lucro, lasciando però intatte le contraddizioni del sistema di assicurazione sanitaria sociale. Fu, anzi, la causa di una minore trasparenza nelle transazioni tra le mutue ed i fornitori di servizi, dovuta al congelamento delle quote di rimborso agli ospedali imposte circa nello stesso tempo. La retta giornaliera stabilita da pagarsi agli ospedali da parte delle mutue diminuì gradualmente in proporzione al costo effettivo del trattamento, raggiungendo un minimo pari al 6% nel 1991. Di conseguenza, nonostante adattamenti più recenti, gli ospedali pubblici nell'insieme raccolgono attraverso l'erogazione di prestazioni non più del 12.5% del loro costo complessivo. Nello stesso periodo, il livello del finanziamento pubblico necessario a bilanciare i conti degli ospedali pubblici, e in generale a finanziare i servizi disponibili alle mutue a quote sovvenzionate o totalmente gratis, aumentò sostanzialmente e rimane ancora alto, oltre il 50% della spesa pubblica nella sanità.

Infatti, la percentuale dei costi dei servizi sanitari sostenuta dal sistema assicurativo sociale distinto dal governo (cioè finanziata tramite contribuzioni assicurative piuttosto che imposte generali) è ancora più bassa. Il finanziamento statale non solo sovvenziona il prezzo dei servizi sanitari acquistati dalle mutue, ma si estende anche alle stesse mutue: nella forma di concessioni discrezionali annuali a favore di IKA, TEBE ed altre; tramite la sottoscrizione quasi totale dei costi di OFA e dello schema dei dipendenti statali di ruolo; e, tramite le solitamente generose contribuzioni dei datori di lavoro alle mutue del settore pubblico (autorità locali, banche di proprietà pubblica, industrie statali, ecc.). Inoltre, il sostegno pubblico prende la for-

ma più sottile di rendere le mutue le beneficiarie di «contribuzioni speciali», imposte al pubblico, di solito in forma di supplementi sui costi di certi prodotti e servizi. Nonostante il fatto che, in termini assoluti, il sistema favorisce soprattutto OFA, somme molto consistenti, in rapporto al numero dei membri, sono anche destinate alle mutue di gruppi meno bisognosi (avvocati, medici, giornalisti, tassisti, poliziotti, ecc.). L'arbitrarietà di tali sovvenzioni provoca ulteriori preoccupazioni per quanto riguarda l'effetto distributivo del sistema assicurativo sociale nel suo insieme.

Per quanto detto sopra, la razionalizzazione del finanziamento alla sanità in Grecia sembrerebbe meritare la precedenza, non soltanto come uno strumento per affrontare le inequità e l'inefficienza del sistema odierno, ma anche come un prerequisito per la futura attuazione della riforma di quasi mercato, per lo meno se un vantaggio competitivo guadagnato ingiustamente dovesse essere escluso. Questo punto non è sfuggito agli esperti in visita in Grecia, in quanto questi raccomandarono l'istituzione di un «fondo unificato», concepito come una «alleanza acquirente» volontaria di tutte o inizialmente solo delle più grandi mutue [6].

3. Configurazione dei servizi sanitari ambulatoriali

L'erogazione di prestazioni ambulatoriali da parte delle mutue appare piuttosto inadeguata, per lo meno sulla carta. Gli ordinamenti specifici sono differenti: IKA possiede 242 policlinici, dove servizi specialistici sono offerti da medici salariati che lavorano ad orario ridotto. Altre otto mutue più piccole gestiscono 21 policlinici in favore dei loro assicurati. Si stima che ogni anno circa 33 milioni di visite ambulatoriali, su un totale di 80

milioni, hanno luogo in questi policlinici. Altri pazienti, per esempio 1 milione dei membri dell'IKA che vivono in aree non servite dai policlinici, hanno accesso ai servizi offerti negli studi privati dei medici convenzionati. Questi ultimi sono compensati in vari modi: nel caso di IKA sono salariati, mentre i medici che servono i membri di TEBE sono pagati a quota capitaria, e quelli convenzionati con la mutua degli impiegati statali sono ricompensati in base ad un onorario per prestazione [fee-for-service]. Inoltre, i membri di alcune mutue minori, quali quelle del settore bancario, possono usufruire dei servizi di medici di libera scelta, e le loro fatture vengono rimborsate in modo retrospettivo.

D'altra parte, sebbene OFA non offra alcun servizio ambulatoriale, i suoi membri hanno accesso a 170 centri sanitari, situati soprattutto in aree rurali, oltre che a un gran numero di «ambulatori rurali» dove giovani medici appena laureati lavorano da soli. Queste unità sono finanziate dallo Stato, i loro servizi disponibili su richiesta e gratuiti. Circa 10 milioni di consultazioni mediche hanno luogo ogni anno nei centri sanitari e negli ambulatori rurali. L'erogazione di prestazioni ambulatoriali da parte dello Stato è completata dai reparti pazienti esterni degli ospedali, i quali sono molto usati (9 milioni di visite all'anno). Un ticket a quota fissa per visita fu introdotto nel 1992, attualmente a dracme 1.200 (lire 8.000). In ultimo, i residenti di alcune aree urbane possono usare i policlinici municipali; si stima che il numero di visite che hanno luogo in questi policlinici è di circa 500 mila all'anno.

Comunque, in pratica, la soddisfazione degli utenti dei policlinici dell'IKA è bassa; un'indagine recente ha trovato che il 60% dei pazienti non erano soddisfatti, mentre l'80% preferivano le disposizioni offerte dalle mutue degli impiegati statali e del set-

tore bancario. Di conseguenza, la domanda si rivolge al mercato libero: non meno del 40% degli utenti avevano anche consultato studi medici privati almeno una volta nell'anno precedente, mentre il 15% di tutte le visite nei policlinici dell'IKA avevano luogo al solo scopo di ottenere ricette per farmaci, cioè per permettere ai pazienti di essere rimborsati per medicine già prescritte dai medici privati. D'altra parte, i centri sanitari rurali non sono sufficientemente forniti di personale (il 52% dei posti sono vacanti), e sono inadeguati in rapporto alle necessità della numerosa popolazione rurale del paese, nonostante essi costituiscano un indiscutibile miglioramento in paragone alla disperata situazione precedente.

Di conseguenza, la medicina privata sta prosperando, come è testimoniato dal fatto che già un largo numero di medici privati (20 mil a persone) si dividono fra loro una somma pari a 27.5 milioni di visite ambulatoriali all'anno. Alcune di queste visite, come spiegato sopra, sono fatte a medici convenzionati con le mutue e, perciò, in teoria gratuite per il paziente. Comunque, in pratica, vengono fatte eccezioni per visite fuori orario a medici convenzionati con IKA e TEBE, mentre nel caso della mutua degli impiegati statali il rimborso è fissato a 2.400 dracme (16.000 lire) per visita, molto al di sotto della tariffa di mercato per consultazioni nell'area di Atene, che attualmente si aggira intorno alle 6.000-10.000 dracme (40.000-65.000 lire). D'altra parte, relativamente pochi greci hanno un'assicurazione sanitaria privata, e ancora meno comprano polizze ambulatoriali, che sono considerate discrezionali e, perciò, costose da assicurare. Infatti, la maggioranza degli assicuratori non offre affatto tali polizze; i pochi che le offrono, attaccano clausole di esclusione ed impongono limiti massimi annuali, deduci-

bili, franchigie e scoperti. Per quanto detto sopra, il maggior numero di visite private sono pagate dai pazienti stessi di tasca propria, aggravando le inequità per il modo in cui il sistema sanitario è organizzato in Grecia.

Nel contesto di una professione medica prevalentemente orientata verso il mercato libero, la specialità di medicina generale è diventata per i laureati in medicina ancora meno attraente di quanto sia altrove. La specialità fu ufficialmente riconosciuta in Grecia nel 1964, ma i primi corsi di formazione specifica in medicina generale furono introdotti solo nel 1985. La professione di medico di medicina generale conta attualmente nelle sue fila solo alcune centinaia di medici, 376 secondo le ultime stime del 1991. Ma questa mancanza di capitale umano (la commissione di esperti prevede un servizio nazionale di medici di famiglia che impiega 5-6 mila medici) non è il solo limite alla messa in pratica di tale piano; il precedente storico è un altro. Il primo (e più serio, finora) tentativo di introdurre il sistema del medico di famiglia in Grecia, intrapreso dall'IKA nei primi anni 1960, fu un fallimento. In un recente studio [9], ciò fu attribuito alla mancanza di sostegno e guida da parte dell'alta dirigenza dell'IKA, alla preparazione insufficiente ed allo scarso entusiasmo dei funzionari locali, e, non ultimo, alla ostilità ed alla graduale erosione del programma da parte dei medici partecipanti.

Le conseguenze di quel fallimento furono profonde. In assenza di una struttura nazionale, la specialità di medico di medicina generale non trovò mai un ruolo significativo. Al posto di un medico di famiglia specializzato in medicina generale, i pazienti stabiliscono una relazione a lungo termine con un «pediatra di famiglia», un «ginecologo di famiglia» e così via [10]. L'assenza di un servizio di prima chiamata e di un meccanismo che guidi i

pazienti attraverso il sistema costringe i pazienti a contattare qualsiasi specialista questi considerino appropriato al caso, promuovendo in tal modo una cultura «consumistica» di diagnosi fatte da sé, sistemi di riferimento informali, e aperto accesso agli specialisti.

In queste circostanze, il piano di introdurre un sistema di medici di famiglia necessita di risolvere un problema che si estende molto oltre quello tecnico del tirocinio di medici in numero sufficiente: il problema di creare un servizio di cui i pazienti abbiano fiducia, e con un personale di medici forniti delle capacità e della motivazione di trattare loro stessi con la stragrande maggioranza dei casi, piuttosto che semplicemente passarli ai loro colleghi specialisti. Il recente caso del respinto cum laude del *fundholding* come una opzione per la riorganizzazione del sistema sanitario in Svezia [11] illustra che la familiarità con un servizio di medici di famiglia, la cui funzione di *gatekeeping* è stabilita da tempo e riconosciuta come legittima dal pubblico, è un presupposto indispensabile per il *fundholding*, senza il quale il progetto non può avere speranze di successo.

Operare una tale svolta negli atteggiamenti sia dei pazienti che dei medici è un compito enorme, che richiede risorse abbondanti ed un orizzonte di tempo più lungo di quello che la maggior parte dei politici siano preparati a contemplare. Da questo punto di vista, la raccomandazione della commissione di esperti [6], invece di essere una opportunità, in realtà comporta un rischio. Infatti, un risultato a mezzo sembra probabile: l'emergere di una classe di medici che, avendo recentemente portato a termine un corso superintensivo in medicina generale, sono ribattezzati medici di famiglia, ma continuano ad essere ignorati dai pazienti, o sono visitati al solo fine di

emettere lettere di riferimento agli specialisti.

Le lezioni che derivano dal fallimento di creare un sistema di medici di famiglia in Grecia sono illustrative dal punto di vista politico-sanitario. L'esperimento fallito 30 anni fa ha la probabilità di fallire in modo ancora più spettacolare nella Grecia di fine secolo, dove il consumismo nella sanità sta diventando rampante, i pazienti sono abituati a consultare gli specialisti direttamente, ed i medici possono già godere di considerevoli guadagni da un mercato sostanzialmente chiuso. Tutti questi fattori insieme fanno del servizio del medico di famiglia una proposta poco attraente per il pubblico, la professione medica e i politici.

4. Presenza di un largo settore privato

I quasi mercati non sono necessariamente mercati «interni»: è abbastanza concepibile che i fornitori privati (non a scopo di lucro o, anche, a scopo di lucro) avranno la possibilità di competere per contratti pubblici, come nel caso delle scuole secondarie o delle case di riposo per anziani in Gran Bretagna. Tuttavia, il ruolo dell'erogazione privata nella sanità in quel paese è ancora marginale, nonostante qualche iniziale eccitazione e, in alcuni mercati nicchia, guadagni reali nella quota di mercato [market share]; lo stesso vale per altri paesi che si ispirano al modello «integrato pubblico», come la Svezia. In un certo senso, questo è il riflesso del fatto che i sistemi sanitari nazionali associati con quel modello avevano largamente raggiunto una copertura universale (una delle principali ragioni per cui questi sistemi erano stati originariamente instaurati), lasciando gli erogatori privati in una posizione periferica. Per questo, anche permettendo la pos-

sibilità di un aumento nella quota di attività eseguita dai fornitori privati, ben poco suggerisce che una tale probabile crescita futura sarebbe finanziata privatamente (per mezzo di assicurazione volontaria o di tasca propria), piuttosto che attraverso contratti con le agenzie acquirenti del settore pubblico.

Al contrario, la dimensione del settore sanitario privato in Grecia non è affatto trascurabile: stime ufficiali considerano la spesa privata pari al 40% della costo totale della sanità, di cui almeno la metà è ritenuta costituire l'economia nera della sanità. Entrambe le cifre sono quasi certamente sottovalutazioni, ma ciò nonostante sufficienti a porre la Grecia nella posizione di paese con il più largo, in termini relativi, settore sanitario privato di tutta l'Europa, al di fuori, forse, di alcuni paesi precedentemente socialisti la cui economia sta procedendo verso una rapida privatizzazione.

Paradossalmente, la tendenza all'aumento nel livello della spesa privata nella salute è contrapposta ad una contrazione del settore ospedaliero privato. All'inizio degli anni '80, oltre 25 mila su 59 mila posti letto (42%) erano privati a scopo di lucro; al contrario, un decennio più tardi solo 15 mila letti su un totale di 51 mila (24%) erano privati. Le restrizioni nella costruzione di nuove cliniche private, imposte nel 1983, determinarono tale sviluppo, come anche il congelamento delle tariffe di rimborso ospedaliero a carico delle mutue, che fu introdotto all'incirca nello stesso tempo. Entrambe queste politiche miravano apertamente alla «de-commercializzazione dell'esercizio della professione medica nel paese», per usare le parole del celeberrimo «Preambolo all'atto ESY (1937-1983)», seguendo il credo, anche questo enunciato nel Preambolo, che «la salute è un bene sociale».

Queste misure hanno avuto l'effetto contrario: invece di soffocare il settore privato, il loro impatto sembra esser stato quello Schumpeteriano di una «distruzione creativa». Molte cliniche piccole (spesso poco più di uno studio medico privato con alcuni letti) chiusero, ma i grandi ospedali reputati per la loro qualità continuarono a fornire cure mediche specialistiche e di alta tecnologia ad un mercato accresciuto dalla aumentata ricchezza di alcuni gruppi sociali e la diminuita fiducia negli ospedali pubblici. Inoltre, il divieto di istituire cliniche private per pazienti interni portò gli investitori a rivolgere l'attenzione ai «centri diagnostici» per pazienti esterni, il cui numero crebbe molto rapidamente: mentre nel 1985 in tutta la Grecia c'erano solamente 15 TAC, nel 1990 il loro numero era salito a 66, per raddoppiare quasi appena due anni più tardi. Nel 1992, 99 su 121 macchine tomografiche erano proprietà di privati. Il risultato di questa espansione fu un eccesso di capacità di offerta: uno studio recente ha calcolato che nella Comunità Europea nel suo complesso c'erano 5 TAC e 13.5 ecografi per ogni milione di persone, mentre la cifra corrispondente per la Grecia era rispettivamente di 12.5 e 21.5.

Conseguenze altrettanto contrarie ebbe l'insistenza del governo di allora, conservata in legge, che l'esercizio privato della professione medica dovesse essere proibito ai medici impiegati dall'ESY. Per quanto l'imposizione di contratti «esclusivi ed a tempo pieno» fosse accompagnata da un sostanziale aumento di salario, molti medici continuarono a lavorare privatamente, come, certamente, fecero molti altri che non entrarono mai a far parte del Sistema Sanitario Nazionale. Ma la cosa peggiore fu che il nuovo contratto fallì nel porre termine alla pratica di pagamenti sottobanco ai medici degli ospedali pubblici da par-

te di pazienti preoccupati di assicurarsi i servizi di un esperto particolare o l'ammissione anticipata alla sala operatoria. Tali pagamenti che, secondo quanto si dice, raggiungono 1 milione di dracme (6.5 milioni di lire) per operazioni importanti, costituiscono il sintomo più caratteristico di ciò che la relazione degli esperti molto diplomaticamente ha descritto come «comportamento non professionale», un fenomeno che delinea costantemente nell'immaginazione della gente i limiti del carattere pubblico del sistema sanitario pubblico della Grecia.

L'allentamento delle restrizioni sull'istituzione di cliniche private nel 1990, e l'ostinata insoddisfazione degli utenti verso i servizi sanitari pubblici, inaugurò una nuova era di espansione nel settore sanitario privato, frenata solamente da una crescita economica stagnante. Oggi, la presenza dell'erogazione privata è forte ovunque, anche se è più consistente in alcuni segmenti del mercato. Oltre al già menzionato mercato per i servizi diagnostici, si dovrebbe aggiungere i servizi maternità (l'ultima indagine perinatale nazionale ha trovato che il 69% delle nascite sono avvenute in cliniche private), e i servizi ambulatoriali, al cui proposito ritorneremo nella prossima sezione.

Le implicazioni della coesistenza in Grecia del sistema sanitario pubblico con un largo e fiorente settore privato sono piuttosto significative. La proposta della possibile creazione di un quasi mercato solleva la questione di come integrare il settore privato in modo tale da raggiungere gli obiettivi della politica sanitaria pubblica. Infatti, le sole dimensioni della spesa privata nella sanità in Grecia non si adeguano bene al concetto di quasi mercati, visti come mercati finanziati da enti pubblici. Fino ad ora il precedente di una tale integrazione è scarso, non oltre la proposta nei Paesi Bassi di

porre la copertura assicurativa per un pacchetto assicurativo, offerto da imprese private o da mutue, sotto un «fondo centrale»; il «fondo centrale» raccoglierà le imposte in base al reddito e pagherà i premi in base al rischio per rimborsare gli assicuratori per ogni individuo iscritto. Ciò nonostante, come spiegato sotto, il basso numero di persone con assicurazione sanitaria in Grecia significa che la maggior parte della spesa privata è di tasca propria. Perciò, non è per niente chiaro come una tale idea possa essere adattata alle condizioni del paese.

La relazione degli esperti [6] suggerisce che il «fondo unificato», l'«alleanza acquirente» delle mutue, debba riconoscere che ai medici salariati degli ospedali greci piace essere pagati ulteriormente per i servizi che forniscono: nel sistema proposto, tali pagamenti sarebbero dichiarati e non avverrebbero più di tasca propria del paziente, ma verrebbero tassati e rimborsati dal «fondo unificato». Per prevenire l'aumento dei costi, si dovrebbero fissare le tariffe seguendo una «scala di valori relativi», ed assegnare a questi un valore monetario solo alla fine dell'anno. Il fine di ciò, come nel metodo usato in Germania [15], sarebbe di stabilire la somma totale di tutte le «unità di valore relativo» moltiplicate per il valore monetario di ciascuna unità, cioè l'ammontare totale richiesto per il pagamento delle tariffe, al livello corrispondente al budget globale determinato in anticipo dal «fondo unificato».

Trascurando per un attimo il fatto che il concetto di pagamenti di onorari per prestazione sotto un budget globale per la remunerazione di medici specialisti non va molto d'accordo con quello di budget individuali redatti dai medici di medicina generale per l'acquisto di tali servizi dai specialisti, e lasciando da parte il potenziale scombusolante di introdurre entrambi i

cambiamenti nello stesso tempo, l'idea non è priva di meriti. Ciò nonostante, nel contesto di un progetto che mira ad incorporare nel sistema assicurativo sociale transazioni precedentemente eseguite al di fuori di esso e pagate dai pazienti stessi, lascia senza risposta la domanda chiave di come le risorse necessarie saranno raccolte per finanziare il costo extra, che, come visto prima, è probabile sia molto consistente.

5. Conclusione

Quanto discusso precedentemente mostra, si spera piuttosto chiaramente, che la proposta di creare in Grecia un sistema di medici di famiglia, e per di più dotati di *budget* di spesa, non è adatto alle condizioni specifiche del paese. Ciò nonostante, l'oggetto dell'articolo non è tanto di portare a livello internazionale il dibattito sulle raccomandazioni della commissione di esperti per la riorganizzazione dei servizi sanitari della Grecia, né semplicemente quello di illustrare i pericoli del trasferimento di *know-how* a paesi con caratteristiche differenti ed a diversi livelli di sviluppo; al contrario, l'obiettivo di questo articolo è di esplorare la rilevanza e l'applicabilità delle idee relative alla riforma di quasi mercato oltre i confini di alcuni paesi nord-Europei con sistemi «integrati pubblici».

Come è stato fatto notare precedentemente, la separazione delle funzioni di acquisto e di erogazione in questi paesi ha rimosso una caratteristica fondamentale del modello «integrato pubblico» in relazione al modello di «contratto pubblico». D'altra parte, i sistemi di assicurazione sociale costituiscono già in larga misura il modello di «contratto pubblico», per quanto il tratto che li definisce è la distinzione istituzionale fra erogatori di servizi e mutue, cioè le agenzie «acquirenti» o,

per lo meno, finanziatrici. Perciò, l'esperienza della divisione delle tradizionali agenzie integrate in acquirenti ed erogatrici non è molto rilevante per i paesi dove la sanità è finanziata attraverso l'assicurazione sociale, poiché in questi ultimi una tale divisione è sempre esistita.

La frammentazione del sistema assicurativo sociale in alcuni di questi paesi introduce un'ulteriore difficoltà, poiché il funzionamento di quasi mercati finanziati dallo Stato, nei quali gli obiettivi di equità sono esplicitamente riconosciuti, richiede un uguale campo d'azione per tutti gli attori. Inoltre, sebbene la partecipazione degli erogatori privati possa essere compatibile con le mire della politica sanitaria pubblica, la presenza della spesa privata su larga scala non si adegua bene con il concetto di mercati finanziati da enti pubblici. D'altra parte, è difficile immaginare come il sistema di medici di medicina generale dotati di un *budget* di spesa possa essere introdotto in un paese dove il numero di medici di medicina generale è trascurabile, dove la tradizione di medici *gatekeeper* non è mai esistita, e dove le prestazioni ambulatoriali sono fornite da specialisti.

Infine, l'amministrazione del *fundholding* richiede un grado notevole di rettitudine fiscale fra i membri della professione medica, senza la quale il tentativo di instaurare il sistema potrebbe avere gli effetti opposti a quelli voluti. Su questo punto, la relazione della commissione di esperti offre molte prove a sostegno, sebbene queste prove come tali sono necessariamente citate in forma di aneddoto. La pratica di pagamenti sottobanco a medici che lavorano in ospedali pubblici, e la dimensione del fenomeno di evasione fiscale fra i membri della professione medica sono già stati discussi a sufficienza. Non c'è dubbio che le ragioni del prevalere di una tale

pratica non sono genetiche, ma storiche, e alcuni accenni si possono trovare nelle sezioni precedenti. Ciò nonostante, il fatto rimane che, ai fini dell'analisi della politica sanitaria, la qualità particolare dell'etica medica in Grecia deve essere vista come un dato di fatto, e tenuta in considerazione quando si calcolano gli effetti della riforma proposta.

Le implicazioni della rilassatezza dell'etica medica per le riforme di quasi mercato in generale, e del *fundholding* in particolare, sono cruciali. Se, come la relazione della commissione di esperti sembra accettare, la professione medica greca manca delle credenziali che sono fondamentali al doppio ruolo di avvocato del paziente e custode del denaro pubblico, dedicato al compito difficile di assicurare che quest'ultimo è usato per massimizzare il benessere del primo, l'idea di creare un sistema di medici di famiglia acquirenti diventa insostenibile. Il solo pensiero di affidare considerevoli somme di denaro dei contribuenti ad un quarto della professione medica greca è piuttosto preoccupante. Sembra abbastanza sicuro prevedere che il cambiamento proposto, lungi dall'aumentare la sensibilità dell'intero sistema verso i pazienti, avrebbe l'effetto opposto di accelerare la disintegrazione del servizio sanitario pubblico del paese.

Perciò, il più umile compito di affrontare le inequità ed inefficienze del sistema attuale sembra essere un punto di partenza più plausibile per la riforma sanitaria in Grecia. In un tale contesto, la razionalizzazione dell'assicurazione sanitaria sociale, la regolamentazione efficace di un largo e crescente settore privato, ed il contenimento del reddito mercato nero totalmente sregolato all'interno del sistema sanitario nazionale, sembrano essere preoccupazioni molto più immediate dell'introduzione di mecca-

nismi di mercato per liberare l'iniziativa da una regolamentazione soffocante, come può esser stato il caso altrove.

Una versione precedente di questo articolo è stata presentata alla sezione intitolata «Riforme di mercato nella sanità» della Terza conferenza europea di Economia sanitaria che si è tenuta a Stoccolma dal 20 al 22 agosto 1995.

BIBLIOGRAFIA

- [1] SALTMAN R.B. AND VON OTTER C. (1992), *Planned markets and public competition: strategic reform in northern European health systems*. Buckingham, Open University Press.
- [2] LE GRAND J. (1991), *Quasi markets and social policy*. *Economic Journal*; 101 1256-1267.
- [3] GLENNERSTER H. AND LE GRAND J. (1995), *The development of quasi markets in welfare provision*. *International Journal of Health Services*; 25 (2) 203-218.
- [4] OECD (1992), *The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- [5] LE GRAND J. AND ROBINSON R. (1994), *Evaluating the NHS reforms*. London, King's Fund Institute.
- [6] ABEL-SMITH B., CALLTORP J., DIXON M., DUNNING A., HOLLAND W., JARMAN B. AND MOSSIALOS E. (1994), *Report on the Greek health services*. Athens, Ministry of Health, Welfare and Social Insurance.
- [7] GLENNERSTER H., MATSAGANIS M. AND OWENS P. WITH HANCOCK S. (1994), *Implementing GP fundholding*. Buckingham, Open University Press.
- [8] MATSAGANIS M. (1991), *Is health insurance in Greece in need of reform?* *Health Policy and Planning*; 6 (3) 271-281.
- [9] THEODOROU M. (1993), *Ambulatory care in IKA*. Athens [testo in greco, sommario in inglese].
- [10] NIAKAS D. (1995), *Are the proposals of the international committee of experts for primary health care in Greece feasible?* *Primary Health Care* 7 (1) 33-38 [testo in greco, sommario in inglese].
- [11] GLENNERSTER H. AND MATSAGANIS M. (1994), *The English and Swedish health care reforms*. *International Journal of Health Services*; 24 (2) 231-251.

- [12] BARTLETT W., PROPPER C., WILSON D. AND LE GRAND J. (1994), *Quasi markets in the welfare state*. Bristol, SAUS Publications.
- [13] FIGUERAS J., NORMAND C., ROBERTS J., MCKEE M., HUNTER D., KAROKIS A., POPE C. AND AZENE G. (1993), *Health care infrastructure needs in the lagging regions*. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- [14] VAN DE VEN W.P.P.M. (1991), *Pere-stroika in the Dutch health care system: a demonstration project for other European countries*. *European Economic Review*; 35 430-440.
- [15] HURST J. (1991), *Reform of health care in Germany*. *Health Care Financing Review*, 12 (3) 73-86.

ANALISI DELLA STRUTTURA SANITARIA DECENTRALIZZATA SVIZZERA: L'ESEMPIO DEL CANTONE TICINO

di Christian Castelli

Gran Consiglio del Canton Ticino

SOMMARIO: Parte prima: Il sistema sanitario svizzero e l'operatività a livello di sovranità cantonale - 1. Concezione e sistema di sanità in uno Stato federale: vantaggi ed inconvenienti del federalismo - Parte seconda: Il caso del Cantone di lingua italiana. L'organo di pianificazione del Cantone Ticino: l'ente ospedaliero cantonale (EOC) - 1. Premessa - 2. Situazione precedente la creazione dell'EOC - 3. L'ente ospedaliero cantonale.

Parte prima

IL SISTEMA SANITARIO SVIZZERO E L'OPERATIVITÀ A LIVELLO DI SOVRANITÀ CANTONALE

1. Concezione e sistema di sanità in uno Stato federale: vantaggi ed inconvenienti del federalismo

In Svizzera sia la Costituzione Federale che quelle di ogni singolo Stato membro si basano su una concezione liberale di stato, conforme all'idea dominante del periodo storico facente capo al 1848, anno in cui venne creato lo Stato Federale Elvetico.

In questo senso, i diritti individuali garantiti dalla Costituzione Federale e dalle Costituzioni Cantionali sono stati concepiti in modo tale da tutelare con la massima incisività l'individuo dalle azioni accentratrici di un potere sovra-statale quale poteva essere la Confederazione.

Per quello che pertiene la questione sanitaria anch'essa è stata, nell'ottica descritta sopra, considerata come un bene individuale non avente assolutamente bisogno di una tutela e, soprattutto, di una pianificazione statalizzata e standardizzata.

A tutt'oggi il principio di una organizzazione liberale in materia di sanità pubblica è prevalsa in ogni Stato membro della Svizzera nei confronti di una concezione egemonica pensata e pianificata a livello federale.

Senza ombra di dubbio la sanità pubblica ha subito nella sua globalità un forte sviluppo nel corso degli ultimi decenni, sia nel campo qualitativo dell'offerta che nell'ambito tecnico con cui vengono erogate le cure e, nello stesso tempo, si è osservato il crescente potere statale in merito alle questioni sanitarie.

In Svizzera si è assistito all'introduzione di norme legislative atte a perseguire un maggiore coinvolgimento dell'individuo accanto al maggior peso assunto dallo Stato nell'ambito delle questioni pertinenti la sanità.

In questo senso, degno di menzione può essere la recente innovazione apportata dalla nuova legge di assicurazione malattia — LAMAL —, approvata in votazione popolare nel corso del mese di dicembre del 1994, in cui il paziente è tenuto a partecipare in modo diretto alle spese sanitarie, fissato un tetto di spesa massima.

Una seconda nozione chiave per potere interpretare appieno il sistema

sanitario della Confederazione Elvetica risulta essere il concetto di federalismo. La sanità pubblica in Svizzera è di competenza dei Cantoni e pertanto la Confederazione è responsabile di quelle mansioni a lei direttamente ed espressamente attribuite dalla Costituzione Federale.

Allo stato attuale il dettame costituzionale che menziona e tratta la questione sanitaria è l'articolo 69 che attribuisce alla Confederazione il «diritto di emanare disposizioni di legge per combattere le malattie trasmissibili, o largamente diffuse, o di natura maligna che colpiscono l'uomo o gli animali».

Attualmente è in fase di consultazione il progetto di revisione costituzionale federale, elaborato nei primi mesi di quest'anno, in cui si andrà a dare una maggiore organicità all'attuale Costituzione che risale al 1874.

Dal progetto si può comunque estrapolare che, per quanto riguarda la questione sanitaria, verrà mantenuta la scelta di attribuire ai cantoni la responsabilità per la pianificazione della sanità. Nel progetto il nuovo articolo Costituzionale che regola i rapporti di competenza fra Confederazione e Stati membri per la sanità sarà il seguente:

Art. 98 prog. Cost., Protezione della salute

1. La Confederazione prende provvedimenti a tutela della salute della popolazione e degli animali.

2. La Confederazione emana prescrizioni su:

a) l'impiego di alimenti e farmaci, nonché di organismi, sostanze ed oggetti che possono mettere in pericolo la salute;

b) la lotta contro malattie trasmissibili, largamente diffuse o maligne che colpiscono l'uomo o l'animale;

c) la protezione dalle radiazioni e da fenomeni simili.

Come si vede il progetto dell'articolo costituzionale apporta alcune innovazioni al testo attuale. Esse sono dovute in primo luogo all'evoluzione della scienza, focalizzando quindi tutta la questione sanitaria in un unico dettame (1) lasciando però invariate le aree di competenza dei Cantoni per la pianificazione sanitaria.

Nel caso della Confederazione Elvetica spesso ci si lamenta di una eccessiva «cantonalizzazione» ed anche il sistema sanitario non sfugge a questo tipo di critica.

Senza ombra di dubbio una impostazione di Stato con una concezione federalista può creare alcuni scompensi.

Il fatto che ogni Cantone debba operare una propria politica di pianificazione sanitaria può creare dei costi maggiori a causa di mancate sinergie e del non sfruttamento delle economie di scala. Inoltre un'altro aspetto negativo potrebbe derivare dalla diversa forza sanitaria fra i cantoni che implicherebbe una sperequazione fra gli stessi. Bisogna comunque osservare che la differente forza finanziaria viene in parte ridotta ed attenuata dai contributi di livellamento orizzontali fra gli stessi.

In ogni caso il sistema federale comporta notevoli vantaggi: la decentralizzazione dei poteri decisionali permette infatti una visione di insieme, a livello territoriale, maggiormente definita ed omogenea rispetto a quanto si potrebbe fare con un potere decisionale accentrato e più orientato ad aspetti di coerenza interna che di effettiva efficienza operativa.

Altro elemento positivo del sistema decentrato per il comparto sanitario consiste nel poter adattare con maggiore facilità e con maggiore celerità le strutture alle mutevoli esigenze degli utenti-cittadini (sia in termini di mentalità che in termini finanziari) rendendo così un servizio consono alla cultura del contesto locale differente da regione a regione in Svizzera.

In questo senso ben si inserisce l'osservazione del modello adottato in uno degli Stati appartenente alla Confederazione Svizzera.

Nella fattispecie concreta l'attenzione si è focalizzata sull'analisi della struttura sanitaria organizzata nel Cantone Svizzero di lingua italiana: il Cantone Ticino.

L'istituto che concepisce ed pianifica l'erogazione dei servizi sanitari è l'ente ospedaliero cantonale (detto EOC). Con la sua costituzione (1982) vennero stabiliti quali fossero gli obiettivi che si sarebbero dovuti perseguire con una struttura di dimensioni medio-grande avente una concezione aziendale.

Finalità da raggiungere per il tramite dell'EOC

Garantire la soddisfazione del cliente.

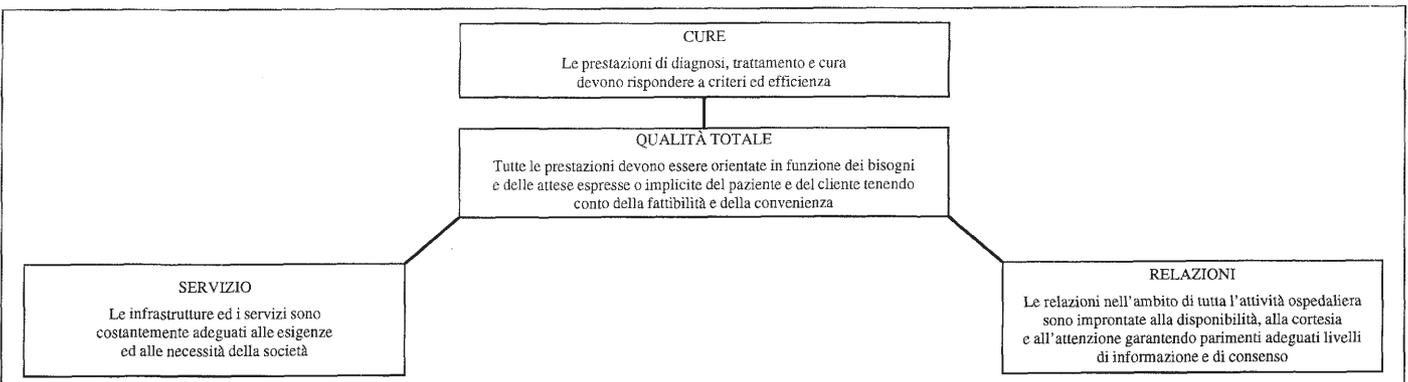
Incrementare la produttività.

Assicurare un vantaggio competitivo nel settore.

Controllare i costi.

Il raggiungimento della qualità totale, obiettivo ultimo dell'ente, è definito come la risultante della qualità ottenuta in tre specifiche aree tutte importanti sia tenendo conto degli aspetti tangibili che quelli intangibili del servizio.

In questo ambito la filosofia di azione si può ricondurre a tre settori ben distinti: la qualità del servizio, l'efficienza e l'efficacia delle cure e l'attenzione all'aspetto psicologico delle relazioni.



Parte seconda

IL CASO DEL CANTONE DI LINGUA ITALIANA. L'ORGANO DI PIANIFICAZIONE DEL CANTONE TICINO: L'ENTE OSPEDALIERO CANTONALE (EOC)

1. Premessa

Dopo aver sinteticamente e succintamente evidenziato due concetti di capitale importanza (le nozioni di liberismo e di federalismo) per la comprensione dei motivi, anche storici, che hanno originato l'attuale struttura di pianificazione ospedaliera del cantone, prima di analizzare la struttura operativa che contraddistingue l'EOC, si evidenzieranno i motivi che hanno indotto il legislatore cantonale ad una modifica radicale del sistema di gestione sanitaria.

2. Situazione precedente la creazione dell'EOC

Fino al momento in cui venne costituito l'ente ospedaliero cantonale, legittimato giuridicamente con l'approvazione della nuova legge sugli ospe-

dali pubblici avvenuta il 20 dicembre 1982, si riscontrava una situazione in cui l'erogazione di prestazioni sanitarie mancava di una sua organicità e di una sua visione d'insieme sul territorio cantonale. In Ticino, prima dell'entrata in vigore della legge sugli ospedali pubblici, erano infatti presenti ben 25 strutture sanitarie (2) e si riscontrava, data l'esiguità della popolazione, uno spreco di risorse e una maggiorazione dei costi.

Fin dal 1974 si era manifestata l'esigenza di ristrutturare il settore ospedaliero in modo più razionale poiché erano sempre più evidenti le lacune poste in essere dalla legge del 1963 che non garantiva più un adeguato uso (razionale) delle risorse economiche causando, di converso, grossi disavanzi di gestione corrente.

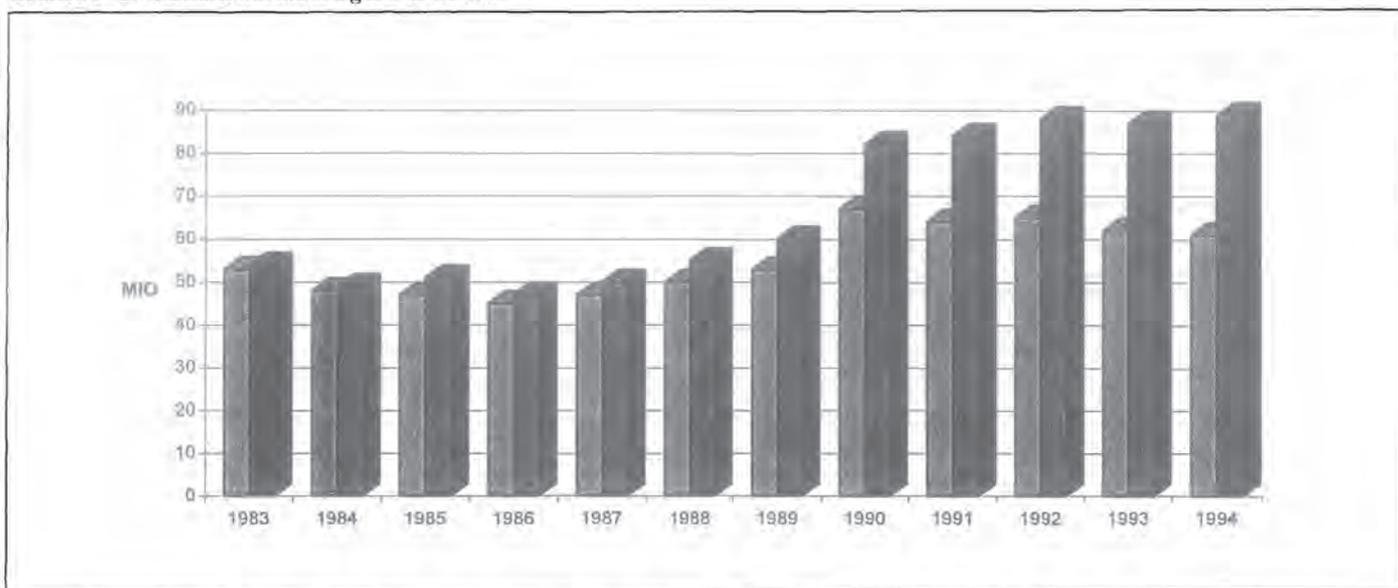
Dal 1970 al 1980 i costi totali degli ospedali sono passati da 31 a circa 126,1 milioni di franchi (aumento del 306,8%) ed allo stesso modo l'intervento del Cantone in termini di esborso finanziario è passato, nello stesso lasso di tempo, da 1,6 milioni (pari al 5,15% dei costi) a circa 36 milioni di

franchi (pari al 20,8% dei costi) (cfr. grafico 1).

In questo senso sia la commissione speciale sanitaria che il Gran Consiglio (3) avevano manifestato «urgente la necessità di giungere al più presto all'elaborazione, discussione, ed approvazione di una nuova legislazione ospedaliera» (4). [...] Infatti un punto debole dell'allora legge ospedaliera era «il finanziamento delle spese d'esercizio mediante l'impossibilità di assicurare un efficace coordinamento con una politica di concessione dei sussidi sia per la costruzione, sia per l'acquisto di attrezzature normali e speciali di diagnosi e di cura, come pure la mancanza di criteri pianificatori quanto alla funzione e al ruolo di ogni singolo istituto ospedaliero e la sua dotazione in reparti, servizi, consulenze, personale ed attrezzature (5).

Ad esempio il finanziamento sui costi d'esercizio avveniva, da parte dello Stato, per il tramite di un'applicazione di un'aliquota di sussidio al giorno per posto-letto disponibile. La conseguenza ovvia fu che ogni posto-letto rappresentava per l'ospedale, indipendentemente dal fatto che il letto

Grafico 1 - Evoluzione dei fabbisogni d'esercizio



fosse stato occupato o meno durante il corso dell'anno, un investimento sicuro che si traduceva alla fine dell'anno in entrate garantite dalla tantum versata dallo Stato. Poiché il letto vuoto rendeva all'ospedale ne conseguì che l'occupazione media effettiva dei posti-letto si situava in una fascia abbastanza bassa (all'incirca il 50-60% di occupazione) e che non vi fu nessuna razionalizzazione di costi, per il tramite di una diminuzione dei posti-letto disponibili.

3. L'ente ospedaliero cantonale

La sua costituzione. Mandato e aspetti giuridici

La nuova legge sugli ospedali pubblici venne approvata, visto il messaggio 17 luglio 1981 n. 2531 del Consiglio di Stato, il 20 dicembre 1982 (6).

Il primo aspetto fondamentale trattato è il tema della ripartizione delle competenze fra Stato e Confederazione.

Con l'art. 1 viene stabilita la peculiarità secondo la quale la sovranità dell'assistenza sanitaria spetta al Cantone. Esso recita infatti:

«Art. 1 — 1. Lo Stato promuove e coordina l'assistenza ospedaliera garantendo alla popolazione, nel rispetto dei criteri pianificatori e dei mezzi finanziari a disposizione, le strutture stazionarie e i servizi medici necessari.

2. L'assistenza ospedaliera è garantita in egual misura a tutte le persone senza discriminazioni di nazionalità, di domicilio, di religione od altro.

3. Ogni paziente ha diritto ad un trattamento sanitario conforme allo stato della scienza ed adeguato ai mezzi disponibili...».

Per potere adempiere ai compiti posti in evidenza sono stati pertanto necessari alcuni cambiamenti di fondo

circa l'impostazione e la pianificazione del sistema sanitario cantonale. Innanzitutto si è dovuto creare una struttura in grado di poter pianificare l'azione sanitaria cantonale in modo organico e globale.

Per questo venne creato un ente avente personalità giuridica di diritto pubblico, denominato appunto «ente ospedaliero cantonale» (art. 2), e sarebbe stato lo Stato a garantirne gli impegni. Inoltre, per potere avere efficacia operativa gli sono state date la facoltà di proprietà degli ospedali (7), fatte salve le decisioni del Gran Consiglio (art. 3).

Lo scopo precipuo dell'ente viene indicato dal dettame 10 della legge dove si specifica la finalità ed i principi della pianificazione ospedaliera. L'ente è obbligato ad elaborare, con cadenze quadriennali, la suddetta pianificazione ospedaliera. Essa, cita l'articolo, «è intesa a garantire una razionale disponibilità e il coordinamento delle strutture ospedaliere dell'ente» tenendo in considerazione quelli che sono gli aspetti legati alle necessità della popolazione alla luce di tre ulteriori aspetti importanti: da un lato quello legato alla questione delle risorse finanziarie e, dall'altro la questione riguardante la tipologia delle cure. Infatti il principio sancisce il diritto della decentralizzazione delle cure e delle prestazioni di base per favorire la popolazione e, di converso, della centralizzazione delle cure specializzate e altamente tecnologicamente dotate, questo per evitare inutili e dispendiosi doppi.

Il Consiglio di Stato è l'autorità preposta alla vigilanza del corretto svolgimento delle attività dell'ente (art. 9 lettera a) rappresentandolo davanti al Gran Consiglio.

Il Gran Consiglio è tenuto ad approvare, su proposta del Consiglio di Stato, i conti consuntivi e preventivi dell'ente, autorizza le spese per investi-

menti ed è preposto alla discussione dei principi generali della pianificazione ospedaliera elaborati dall'ente.

Descrizione della struttura: compiti e sistema di nomina

L'ente opera affinché gli ospedali siano amministrati con criteri economici garantendo un impiego ottimale dei mezzi finanziari di cui dispone nel rispetto della qualità della cura. Esso è composto da cinque organi, elencati nell'art.15, che sono:

- 1) il Consiglio di amministrazione;
- 2) la Conferenza ospedaliera;
- 3) il direttore;
- 4) i Consigli ospedalieri;
- 5) l'Assemblea dei delegati dei comuni.

I compiti peculiari di ogni organo vengono qui di seguito evidenziati singolarmente.

Il Consiglio di amministrazione

Per quanto pertiene il sistema di nomina si può rilevare che il Consiglio di amministrazione dell'ente viene nominato dall'istituzione legislativa cantonale, il Gran Consiglio, su proposta effettuata dal CdS. Il numero complessivo di membri di tale organo ammonta a sette ed è previsto che (8) almeno uno è rappresentante del Consiglio di Stato che di norma è il consigliere dirigente l'istituto delle opere sociali. Il mandato ha una durata complessiva di quattro anni, è rinnovabile, e lo stesso giunge al termine alla fine del primo semestre successivo al rinnovo dei poteri cantonali. Anche se non espressamente statuito dalla legge va da sé che le persone componenti il CdA devono essere particolarmente qualificate nei campi economico, tecnico e scientifico avuto riguardo particolare alla materia ospedaliera e, soprattutto, devono essere estranee a

qualsiasi interesse, di categoria o regionale che fosse.

Per quello che concerne i compiti attribuiti al CdA ci si può comodamente rifare a quanto espressamente statuito dalla legge per il tramite del dettame 17:

a) esegue le decisioni del Gran Consiglio nonché la pianificazione ospedaliera cantonale, assicurando il coordinamento fra i singoli ospedali;

b) elabora le proposte da sottoporre al Gran Consiglio secondo l'art. 8 della legge (9);

c) elabora la pianificazione ospedaliera da sottoporre al Consiglio di Stato;

d) elabora, sentito il parere dei Consigli ospedalieri, l'organico, il contratto collettivo e i contratti individuali d'impiego del personale dell'ente, in particolare con riferimento al numero e alla remunerazione (10). Il contratto collettivo e i contratti individuali d'impiego sono sottoposti al diritto privato;

e) elabora annualmente il bilancio preventivo e consuntivo dell'ente da trasmettere al CdS per essere sottoposti al Gran Consiglio (11);

f) adotta, sentito il parere dei Consigli ospedalieri, i regolamenti relativi all'organizzazione, alla responsabilità, alla contabilità, alla procedura di nomina dei medici e dell'altro personale, al servizio sanitario e amministrativo degli ospedali, nonché il regolamento sull'acquisto di attrezzature di uso corrente, prodotti farmaceutici e simili;

g) stabilisce, sentito l'avviso dei Consigli ospedalieri, le rette e le tariffe degli ospedali pubblici;

h) nomina tra i membri del consiglio il suo presidente e un vice presidente;

i) nomina il direttore dell'ente, i direttori amministrativi degli ospedali nonché i funzionari della direzione dell'ente;

j) nomina, dopo aver sentito il preavviso dei Consigli ospedalieri interessati, i medici che svolgono la loro attività in più ospedali;

k) ratifica le nomine dei membri dei Consigli ospedalieri;

l) ratifica le nomine dei medici ospedalieri;

m) è competente in materia di alienazione di beni immobili che non sono destinati durevolmente all'adempimento di compiti pubblici (beni patrimoniali);

n) adotta tutte le decisioni che la legge non riserva ad altri organi ed autorità.

La conferenza ospedaliera

In accordo con quanto statuito dall'articolo 20 della legge sugli ospedali pubblici la Conferenza ospedaliera è un organo consultivo permanente del CdA dell'ente. La stessa dev'essere convocata dall'ente almeno nelle occasioni in cui vengono allestiti i conti preventivi e quelli consuntivi. Ha una composizione variabile e viene fissata dall'ente stesso tenuto conto del numero delle istituzioni e delle associazioni coinvolte nel settore ospedaliero.

Il direttore

Il direttore dell'ente viene nominato dal Consiglio di amministrazione. Gli obiettivi principali di un mandato quale quello del direttore è quello di fornire al Consiglio di amministrazione e alla direzione dell'ente il supporto specialistico e gli strumenti per una gestione dei problemi sanitari conforme ai principi della legge sugli ospedali pubblici. Fra i compiti a lui attribuiti si possono annoverare la collaborazione con l'ente ospedaliero cantonale nella definizione degli obiettivi, delle strategie e delle azioni di tipo sanitario.

Altro importante obiettivo è quello di garantire ai medici ospedalieri una collaborazione sul piano professionale per il miglioramento del servizio. Inoltre egli è preposto all'adempimento dei compiti di sorveglianza dell'attività ospedaliera con particolare riferimento alla qualità della prestazione medica, delle cure infermieristiche e della deontologia professionale. In questo specifico ambito è tenuto ad impostare i metodi di controllo della qualità. Esamina inoltre i reclami dei pazienti sulle prestazioni sanitarie ricevute e valuta i casi con implicazioni dal profilo delle responsabilità civile e penale.

Elabora la pianificazione ospedaliera cantonale sulla base della valutazione dei bisogni (bilancio sanitario), degli obiettivi della politica sanitaria del Cantone e dei principi di complementarietà interospedaliera. In questo senso è tenuto a valutare i progetti di istituzione di reparti, servizi e consulenze dal profilo sanitario. Valuta inoltre le nuove tecnologie mediche dal profilo degli obiettivi della politica sanitaria dell'ente in collaborazione con il servizio tecno-medico. È responsabile delle iniziative dello Stato nel campo della prevenzione e dell'educazione alla salute in ambito ospedaliero.

È tenuto infine a migliorare l'impatto con l'esterno attraverso l'integrazione della componente medica nella gestione.

I Consigli ospedalieri

Ogni ospedale è amministrato da un Consiglio ospedaliero e la durata della carica è stabilita a norma di legge in complessivi quattro anni e il mandato scade alla fine del primo semestre successivo al rinnovo dei poteri comunali; anch'esso è rinnovabile. Il consiglio è composto (12) da:

a) sette rappresentanti dei Comuni del distretto ove è sito l'ospedale;

b) da un rappresentante dei medici ospedalieri (13) e due rappresentanti del personale operante nell'ospedale;

c) un rappresentante della Federazione ticinese delle casse malati.

Fra i compiti attribuiti ai Consigli ospedalieri si possono annoverare l'elaborazione del bilancio preventivo e quello consuntivo dell'ospedale all'attenzione del consiglio di amministrazione dell'ente. È inoltre tenuto all'elaborazione annua di un rapporto sulla gestione dell'ospedale. Nomina il personale amministrativo, infermieristico, tecnico e ausiliario nonché i medici dell'ospedale nel rispetto dei regolamenti emanati dal CdA (riservata la prevista ratifica). Adotta infine tutte le decisioni e i provvedimenti necessari per la gestione e amministrazione dell'ospedale nel rispetto della legge e dei relativi regolamenti.

L'assemblea dei delegati dei comuni

L'assemblea dei delegati dei comuni del distretto è composta, stando all'art. 28 della legge, da un delegato ogni 1.000 abitanti o frazione superiore alla metà, ritenuto almeno un delegato per ogni Comune. Essa ha un primo compito che è quello di nominare i rappresentanti dei Comuni nei consigli ospedalieri; il secondo scopo dell'assemblea è quello di discutere di ogni problematica connessa con gli ospedali del settore pubblico ed in particolare i conti e il rapporto di gestione dell'ospedale di sua pertinenza.

Obiettivi prefissati e scopi perseguiti

Uno dei principali obiettivi che il Consiglio di Stato e il Gran Consiglio si erano prefissati di raggiungere nel Cantone per il tramite della creazione di un unico ente cantonale, capace di

produrre una politica in materia sanitaria uniforme per tutto il territorio, era quello di ridurre i costi di gestione, attraverso una rigorosa gestione della sanità utilizzando criteri aziendali, pur mantenendo uno standard qualitativo dell'offerta consono alle aspettative degli utenti dei servizi.

Emblematico al riguardo sono le parole usate dall'allora commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio per evidenziare con tutta lucidità l'allora precaria situazione in cui giacevano le infrastrutture erogatrici di servizi sanitari-ospedalieri (14): «La situazione finanziaria (15) è la diretta conseguenza della legislazione attuale il cui meccanismo di sussidiamento, a dir poco perverso, fondato sui posti letto disponibili (quindi anche su quelli cronicamente vuoti) non ha garantito né il finanziamento del disavanzo di esercizio, né l'adattamento della struttura ospedaliera alla mutevole situazione. [...] Inoltre (16) la drammaticità della situazione finanziaria generale del settore ospedaliero di interesse pubblico cantonale richiede, all'evidenza, una modifica della situazione legislativa e, di riflesso, istituzionale che permetta il risanamento finanziario. In particolare gli ospedali non dovranno più, alla fine di ogni anno, presentare degli scoperti di gestione che nessuno vorrà o potrà legalmente assumersi».

Per evidenziare con maggiore incisività quanto stato realmente perseguito in dieci anni di operatività dell'ente ben si presta infine uno stralcio della relazione della direzione generale riportato nel consueto rapporto annuale (17): «La direzione dell'ente è chiamata a rendere operativi gli obiettivi della politica ospedaliera cantonale in un costante sforzo di armonizzazione tra due orientamenti spesso antitetici: la qualità, la completezza e la diffusione territoriale dell'offerta ospedaliera da una parte, il risanamen-

to finanziario, la razionalizzazione del sistema ospedaliero e i limiti di spesa dall'altra. Questi ultimi elementi, pur costituendo obiettivi permanenti, possono essere considerati per il momento sostanzialmente raggiunti: le perdite riportate al momento dell'assunzione degli ospedali sono state totalmente ammortizzate (62 milioni di franchi svizzeri); il limite (18) del 18% è stato rispettato; gli investimenti realizzati sono stati totalmente autofinanziati; il costo medio degli ospedali dell'ente è inferiore a quello degli ospedali svizzeri comparabili.

Alcuni riferimenti legislativi

1. Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 29 maggio 1874.

2. Riforma della Costituzione federale: progetto di Costituzione.

3. Messaggio del Consiglio di Stato n. 2531 concernente la legge sugli ospedali pubblici.

4. Rapporto di maggioranza del messaggio n. 2531 del CdS.

6. Rapporto di minoranza del messaggio n. 2531 del CdS.

7. Messaggio del Consiglio di Stato n. 4414 concernente l'approvazione dei conti consuntivi dell'ente ospedaliero cantonale.

8. Rapporto del messaggio n. 4414 del CdS.

9. Legge concernente il coordinamento e il sussidiamento degli ospedali d'interesse pubblico del 19 dicembre 1963 (abrogata dalla legge osp. pubb. del 20 dicembre 1982).

10. Legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982.

11. Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato del 7 novembre 1984.

12. Rapporto annuale dell'ente ospedaliero cantonale del 1994.

(1) Questo articolo recepisce la situazione giuridica derivante dalle disposizioni seguenti: artt. 69, 69-bis e 24-quinquies cpv 2 Cost.

(2) Così ripartite:

- 10 ospedali di interesse pubblico;
- 1 ospedale neuropsichiatrico gestito dallo Stato del Cantone Ticino;
- 1 ospedale di maternità cantonale gestita dallo Stato del Cantone Ticino;
- 1 ospedale militare;
- 12 cliniche private.

(3) Il Gran Consiglio è l'organo legislativo del cantone; per contro il Consiglio di Stato è l'esecutivo cantonale.

(4) Tratto da pag. 57 del messaggio 2531 del dipartimento delle opere sociali (DOS) del Consiglio di Stato (CdS).

(5) Tratto da pag. 60 del messaggio 2531 dal DOS del CdS.

(6) Pubblicata nel Bollettino 83, 9.

(7) Sono considerati ospedali secondo la legge quelli assunti dall'ente (art. 5).

(8) Art. 16 della legge sugli ospedali pubblici.

(9) L'art. 8 statuisce che le competenze del Gran Consiglio sono:

a) l'approvazione dell'assunzione, dell'apertura e della chiusura degli ospedali da parte dell'ente;

b) l'approvazione dei conti consuntivi e preventivi dell'ente nonché l'organico del personale;

c) l'autorizzazione delle spese per investimenti e l'approvazione della vendita di beni amministrativi;

d) la discussione, ogni quattro anni, dei principi generali della pianificazione ospedaliera;

e) la nomina dei membri del Consiglio di amministrazione dell'ente.

(10) Il contratto collettivo e i contratti individuali d'impiego sono sottoposti al diritto privato.

(11) Da notare che i conti dell'ente sono da allegare contemporaneamente ai conti consuntivi e preventivi dello Stato.

(12) Da annotare il fatto che esiste incompatibilità di nomina fra membro del Consiglio

ospedaliero e membro del Consiglio di amministrazione dell'ente.

(13) Il rappresentante dei medici ospedalieri dev'essere eletto dal corpo medico dell'istituto e dev'essere un primario dell'ospedale.

(14) Tratto dal rapporto di maggioranza della commissione speciale sul sussidiamento degli ospedali sul messaggio 2531 del 17 luglio 1981 concernente la legge sugli ospedali pubblici.

(15) Pag. 1134 del rapporto di maggioranza al messaggio 2531.

(16) Pag. 1136 del rapporto di maggioranza al messaggio 2531.

(17) Tratto dal rapporto annuale dell'ente ospedaliero cantonale del 1994.

(18) In Ticino si sa che il Cantone e i Comuni sono tenuti a contribuire alle spese di avanzo ospedaliero fino al limite imposto della legge che attualmente ammonta, come peraltro evidenziato, al 18% del gettito cantonale di imposta. La quota di ripartizione è di 2/3 a carico del Cantone e il rimanente 1/3 a carico dei Comuni.

LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ NEGLI OSPEDALI PUBBLICI TICINESI

di Anna De Benedetti

Ospedale Regionale di Lugano - SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Definizione di qualità - 3. La cultura della qualità - 4. Il ruolo dei programmi di promozione della qualità dell'assistenza sanitaria negli ospedali dell'EOC - 5. Conclusioni.

1. Introduzione

La crescente attenzione da parte di chi eroga servizi, alla qualità ed in particolar modo alla cultura manageriale del miglioramento continuo, o *continuous quality improvement (CQI)* come mezzo per il suo raggiungimento, è ragionevolmente legata da un lato ad esigenze di contenimento dei costi e dall'altro dalla necessità di garantire alla propria organizzazione maggiori fette di mercato attraverso il soddisfacimento dei bisogni dei propri clienti. A queste brevi considerazioni di carattere generale, le organizzazioni sanitarie (aziende di servizi) sono anche chiamate dai loro Governi ad applicare le direttive del progetto dell'O.M.S. «Health for all by the year 2000» e ad applicare l'articolo 31 che richiede la realizzazione/implementazione di tutte quelle misure atte a produrre miglioramenti continui della qualità delle cure prestate.

È indubbio che anche in Svizzera i recenti articoli di legge, e tutte le direttive sulla promozione della qualità in sanità, abbiano fatto riferimento al documento dell'O.M.S., in quanto ratificato dalla Confederazione Elvetica. Tuttavia, la necessità di valutare e di promuovere la qualità delle cure negli ospedali svizzeri nasce dalla promul-

gazione della legge federale sull'assicurazione malattia (LAM) — legge che entrerà in vigore nel 1996 — e in particolar modo dall'art. 58 sulla garanzia della qualità dove si legge che «il Consiglio federale può prevedere controlli scientifici e sistematici al fine di garantire la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie». Tali controlli potranno essere eseguiti da associazioni professionali o altre istituzioni. Anche la conferenza dei direttori cantonali degli affari sanitari (CDS) raccomanda ai cantoni di impegnarsi affinché si attribuisca importanza alla qualità a tutti i livelli, in particolar modo nei confronti dei fornitori di prestazioni e nel quadro della formazione.

2. Definizione di qualità

La qualità è una valutazione atta a stabilire se una determinata prestazione o servizio ha, o non ha, determinate caratteristiche. È un giudizio relativo e dinamico. Giudizio relativo, perché confronta l'oggetto di riferimento (prestazione/servizio) o con uno standard di riferimento riconosciuto dalla comunità scientifica, o con uno standard ideale di comportamenti e proce-

dure stabilite da professionisti della branca dell'oggetto di riferimento. La suddetta relatività è sostenuta inoltre dalla diversità delle condizioni strutturali ed organizzative in cui vengono erogate le prestazioni. La qualità è anche un giudizio relativo in quanto può essere inteso in modo diverso a seconda del punto di vista del giudicante (utente, fornitore, politico, direzione) e le diverse valutazioni possono anche essere parziali e/o in contrapposizione tra di loro in quanto tendono a privilegiare implicitamente od esplicitamente i diversi punti di vista. La qualità è un giudizio dinamico in quanto questo si modifica con l'evoluzione delle conoscenze tecnico-scientifiche, delle risorse messe a disposizione e della tecnologia e quindi dei punti di riferimento. Infine, la qualità è un concetto multidimensionale vale a dire che si è soliti in letteratura fare riferimento ad almeno tre dimensioni che assieme concorrono alla definizione di qualità:

- 1) la dimensione tecnica;
- 2) la dimensione relazionale;
- 3) la dimensione di comfort.

Per qualità tecnica si fa riferimento al tradizionale punto di vista degli operatori direttamente impegnati nell'erogazione delle cure. S'intende pertanto la messa in atto di tutte quelle procedure, atti, ragionamenti (i criteri)

che assieme concorrono a definire di «qualità» una prestazione, mentre la dimensione relazionale fa riferimento alle relazioni interne alla struttura organizzativa cioè tra cliente e fornitore e tra la struttura e l'utente finale, cioè il paziente. Quest'ultimo aspetto (relazione struttura-paziente; medico-paziente; infermiera-paziente) è quello dove maggiormente e progressivamente sono emersi gli interessi espressi sia dai cittadini sia dai diversi gruppi di consumatori. Infatti, ciascuno di questi soggetti è al contempo attore attivo-passivo nei confronti delle altre categorie e portatore di un peculiare punto di vista sulla qualità. La dimensione di comfort è invece strettamente legata a quegli aspetti di accoglienza e comodità legati agli ambienti e all'arredamento (letti, poltrone, televisione in camera) che concorrono assieme a dare un senso di benessere sia ai pazienti sia ai lavoratori della struttura ospedaliera.

Date queste premesse non sorprende l'estrema varietà delle definizioni di qualità rinvenibili in letteratura, che adottano spesso punti di vista diversi e pongono l'enfasi su differenti componenti della qualità, tuttavia è importante che il giudizio di qualità superi la fase della percezione soggettiva (buono/cattivo, bello/brutto) espressa da ciascuno dei soggetti coinvolti (operatori sanitari, direzione dell'ente, direzione dell'ospedale, pazienti) e che inizi una riflessione pragmatica sul concetto di qualità. Tale definizione deve permettere da un lato di misurare e quindi, di trasformare in numeri un giudizio qualitativo e dall'altro di costruire una scala della qualità che consenta la valutazione degli scostamenti (positivi o negativi) dagli standard di riferimento.

Il piano strategico e operativo dell'ente ospedaliero cantonale (EOC) indirizza gli ospedali in questo senso invitandoli a suddividere i progetti di

miglioramento della qualità nelle tre aree di struttura, processo e risultato, come individuate da Donabedian. Sotto la voce di struttura l'obiettivo dell'EOC è la promozione, identificazione e implementazione di standard relativi all'organizzazione delle cure erogate. In questa direzione vanno quindi, intesi tutti quei metodi di calcolo che permettono di quantificare il fabbisogno di personale curante rispetto alle prestazioni erogate, nonché la promozione e il controllo, ad esempio, della qualità delle immagini delle apparecchiature tecnico-mediche.

Obiettivo del miglioramento del processo è rappresentato dall'istituzione ed implementazione di metodologie di verifica dell'adeguatezza delle indicazioni relative alle prestazioni sanitarie attraverso la promozione, elaborazione e applicazione di linee guida nel campo della diagnosi e cura. Sono allo studio l'implementazione del Medical Review System e l'adozione di protocolli di cura infermieristici. Questi sistemi potranno essere meglio supportati dall'introduzione di un sistema di gestione informatizzato della cartella clinica del paziente legata in rete a tutti i servizi di supporto come il laboratorio, la radiologia e il servizio amministrativo.

Il risultato tecnico deve essere rilevato e misurato da sistemi che promuovono e sostengono la raccolta coordinata e sistematica dei dati sanitari e amministrativi, mentre il risultato relazionale viene determinato attraverso la rilevazione del grado di soddisfazione espresso dai pazienti-clienti delle diverse strutture ospedaliere.

Nel piano dell'EOC ritroviamo anche la definizione di qualità mutuata dal campo industriale che è quella fornita dalla norma ISO 840 2, secondo la quale «Qualità è l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare biso-

gni espressi o impliciti». In particolare la definizione introduce il concetto che le esigenze da soddisfare possono variare a seconda delle situazioni, dei soggetti o dell'ambiente circostante (concetto dinamico), ma che comunque devono essere tradotte in norme. Tale formulazione che si è rivelata di successo anche in sanità, nel senso che tutti ne parlano, dovrebbe essere applicata solo a quei servizi che all'interno dell'azienda ospedale erogano servizi di supporto alberghiero e relazionale (mensa, lavanderia, front-office, servizio informatico, ecc.), lasciando al settore della diagnosi e cura la possibilità d'individuare di volta in volta gli ambiti e gli standard di riferimento congruenti con l'attività svolta. Ed è proprio in quest'ottica che l'EOC sta procedendo alla certificazione della lavanderia centralizzata.

3. La cultura della qualità

Gli ospedali pubblici ticinesi, come molti altri ospedali svizzeri, già da diverso tempo hanno sviluppato e promosso progetti che vanno nel senso auspicato dall'O.M.S. e dalla CDS. Tuttavia, gli ospedali dell'EOC si differenziano dalle altre realtà ospedaliere svizzere poiché fanno riferimento al già citato Piano Strategico ed operativo di sviluppo della qualità che rende complementari tra loro i diversi progetti, ma essenzialmente li formalizza all'interno di un disegno strategico. L'EOC infatti, ha reso pubblica la sua posizione rispetto alla promozione della qualità negli ospedali pubblici, promuovendo nel 1995 il suo piano strategico e operativo della qualità. Questo documento rappresenta per gli otto ospedali pubblici ticinesi la direttiva di riferimento per la promozione continua della qualità delle cure in ambiente ospedaliero. Il documento, di cui sono stati riportati gli aspetti salienti nella parte iniziale di questo

scritto, è concepito come il primo tentativo di realizzazione — a livello regionale — di un concetto («Leitbild») di pianificazione strategica della qualità. Ed è per poter raggiungere i risultati formulati nel documento che occorrono metodi e procedure di sorveglianza continua e sistematica delle cure prestate ai pazienti ed attività permanenti di promozione della qualità. È facile intuire, vista l'influenza del progetto-obiettivo dell'O.M.S. nel documento dell'EOC, come il documento strategico dell'ente sia anch'esso finalizzato al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici nel campo della qualità entro l'anno 2000. Si legge a questo proposito che la responsabilità della promozione della qualità negli ospedali pubblici dell'EOC compete ad ogni operatore sanitario e a questi viene assicurato un aiuto e un sostegno operativo per assicurare e promuovere continuamente risultati di qualità per la fine del millennio.

Date queste premesse si evince come, anche nell'articolata realtà sanitaria ticinese, il CQI rappresenti schematicamente un nuovo modo di pensare e di governare la complessa organizzazione ospedaliera, riconducibile ad un approccio manageriale orientato al processo e alla soddisfazione del cliente. La leadership, il miglioramento continuo delle cure, dei servizi e delle relazioni, il lavoro di gruppo sono tutti concetti che fanno parte della filosofia della qualità promossa dall'ente. Infatti, la qualità riguarda sia gli atteggiamenti, sia la cultura sia l'impegno dei singoli all'interno dell'organizzazione per il raggiungimento degli obiettivi di qualità. In poche parole, quello che si sta affermando in Ticino è una nuova logica di utilizzo delle risorse umane e tecnologiche all'interno dell'ospedale pubblico, spinta in particolar modo dall'evoluzione e dal progresso continuo del-

l'informatica — tecnologia trasversale — che ha costretto e costringe l'organizzazione a riflettere sui propri processi produttivi.

La gestione della qualità diventa pertanto un modo sistematico per garantire agli ospedali pubblici che tutte le attività fondamentali (diagnosi e cura) e di supporto (servizi e relazioni) si svolgano nel modo in cui sono state programmate, col minor impiego di risorse, con la maggior efficacia e con la maggior soddisfazione da parte dell'utente. Pertanto, la qualità delle cure, dei servizi e delle relazioni deve essere un'entità raggiungibile, misurabile e redditizia per l'organizzazione.

4. Il ruolo dei programmi di promozione della qualità dell'assistenza sanitaria negli ospedali dell'EOC

Ai programmi di promozione della qualità è sempre più frequentemente richiesto di contribuire al contenimento dei costi dell'assistenza e, più in generale, di aumentare il bilancio positivo fra benefici e costi dell'assistenza sanitaria, attraverso un uso più appropriato delle risorse. Tuttavia, relegare ad obiettivi di governo della spesa la promozione della qualità risulta alquanto sterile in termini di risultati, di modificazione dei comportamenti e soprattutto di coinvolgimento dell'organizzazione sanitaria ai programmi stessi. Esiste nell'approccio alla qualità, come precedentemente ricordato, la legittimazione dei diversi gruppi di interesse a perseguire la qualità come formulazione del proprio punto di vista. Questo crea di fatto una tensione ineliminabile fra i programmi destinati all'interno, e quindi a prevalente beneficio per gli operatori, e quei programmi che devono rendere conto del funzionamento e dei risultati conseguiti a soggetti esterni: cittadini, ente, politici. Questa tensione deve essere positivamente incanalata attraverso la

condivisione dei valori, della missione e dei Leitbild all'interno dell'organizzazione sanitaria di riferimento. La condivisione dei valori rappresenta infatti la tappa obbligatoria da un punto di vista manageriale per l'implementazione di un qualunque programma di qualità. Un'organizzazione sanitaria che si riconosce nell'approccio pragmatico alla qualità non può accettare che gli stimoli ad un'assistenza di «buona qualità» derivino principalmente da vocazioni spontanee e/o da attività di carattere volontario dei singoli professionisti, ma deve agire affinché questi diventino uno specifico bisogno interno di tutti gli attori coinvolti nell'erogazione del servizio. In questo contesto non solo le funzioni e i ruoli dei programmi di promozione della qualità vengono influenzati e determinati, ma soprattutto vengono condivisi i valori che in ultima istanza permettono di raggiungere gli obiettivi che l'organizzazione si è prefissata ed inoltre diminuisce la potenziale conflittualità derivante dai diversi soggetti interessati alla qualità del servizio. In questo ambito gli ospedali dell'ente sono stati invitati a formulare la loro missione come elemento imprescindibile da cui far discendere la cultura e l'identità aziendale di ogni singolo ospedale.

5. Conclusione

La necessità di valutare e di promuovere la qualità delle cure, in particolare all'interno degli ospedali svizzeri, sembra essere ormai un fatto compiuto. La partecipazione di molti ospedali a incontri e workshop sul tema testimonia come molte realtà sanitarie si posizionino positivamente rispetto allo sviluppo di una cultura ospedaliera orientata alla qualità. Anche negli ospedali pubblici ticinesi, come in molti altri ospedali svizzeri, già da diverso tempo operatori sanitari

e amministrativi lavorano e sviluppano progetti di qualità. Tuttavia, poche sono le realtà ospedaliere svizzere che hanno formalizzato una visione, e da qui un piano strategico, della promo-

zione continua della qualità. Tra le eccezioni, l'EOC, che ha formalizzato la sua posizione divulgandola e promuovendola attivamente all'interno dei suoi ospedali grazie al piano strategi-

co della qualità. Questo documento rappresenta per gli otto ospedali pubblici ticinesi la direttiva di riferimento per la promozione continua della qualità delle cure in ambiente ospedaliero.

Sanità e impresa

Sezione 5^a

FARMACOECONOMIA E IMPRESE FARMACEUTICHE IN ITALIA: I RISULTATI DI UN'INDAGINE EMPIRICA

di Mario Sorrentino

Università degli studi di Salerno

Sommario: 1. Premessa - 2. Metodologia d'indagine - 3. Risultati dell'indagine - 3.1. La diffusione della ricerca farmacoeconomica in Italia - 3.2. Caratteristiche degli studi farmacoeconomici - 3.3. L'organizzazione della ricerca farmacoeconomica - 3.4. Farmacoeconomia e strategie delle imprese farmaceutiche - 3.5. Previsioni di scenario - 4. Conclusioni.

1. Premessa

La valutazione economica dei farmaci costituisce uno strumento su cui alcuni paesi stanno seriamente puntando per la razionalizzazione ed il contenimento della spesa farmaceutica e sanitaria. L'Australia e la provincia canadese dell'Ontario hanno gradualmente introdotto l'obbligatorietà della valutazione economica dei farmaci per l'ammissibilità al regime di rimborso e in tale direzione sembrano dirigersi il Canada e l'Inghilterra.

Il rilievo che la farmacoeconomia sta assumendo in ambito internazionale è testimoniato da una pluralità di fattori tra cui vanno segnalati la crescente pubblicazione su riviste scientifiche di studi sull'impatto economico delle specialità medicinali, la definizione in diversi paesi di linee-guida o di «good pharmacoeconomics practices» per la conduzione degli studi, il concreto interesse mostrato su tale area dal mondo delle imprese farmaceutiche.

È indubbio che il corretto utilizzo di criteri farmacoeconomici nelle decisioni relative, ad esempio, alla ammissibilità dei farmaci ai regimi di rimborsabilità o alla fissazione dei prezzi, potrebbe significativamente contri-

buire ad una razionalizzazione del sistema farmaceutico. La valutazione della convenienza economica comparata delle specialità medicinali si rivela particolarmente utile in contesti in cui sono pressanti le esigenze di risparmio di spesa pubblica pur volendo garantire determinati livelli di assistenza farmaceutica (Sorrentino, 1995).

In Italia la valutazione economica dei farmaci ha iniziato da poco ad essere presa in considerazione. Dal lato delle autorità governative vanno segnalati, al riguardo, gli interventi di riordino del Prontuario, in cui si è cercato di applicare criteri di valutazione economica dei farmaci, anche se con esiti contrastanti (Fattore, 1994). Parallelamente, la comunità scientifica (o parte di essa) mostra segnali di interesse che hanno portato al riconoscimento «ufficiale» della farmacoeconomia come area di studio e ricerca, attraverso la pubblicazione sia di testi e riviste che di *guidelines* per la realizzazione degli studi farmacoeconomici (Garattini et al., 1995). In tale quadro, è apparso interessante analizzare la posizione dell'industria farmaceutica italiana, essendo evidente il ruolo che questa gioca nel determinare lo sviluppo e la

diffusione della pratica farmacoeconomica a livello sia scientifico che istituzionale.

2. Metodologia d'indagine

Obiettivo prioritario dell'indagine è stato quello di valutare lo «stato dell'arte» della ricerca farmacoeconomica svolta dalle imprese operanti in Italia. In tale ambito si è cercato in particolare di:

a) identificare il livello di diffusione della pratica farmacoeconomica nelle imprese farmaceutiche presenti in Italia;

b) esaminare alcuni aspetti metodologici ed organizzativi relativi all'attività farmacoeconomica svolta;

c) valutare la posizione dell'industria farmaceutica italiana circa le possibilità di diffusione della farmacoeconomia.

La metodologia di indagine utilizzata è stata quella del campione ragionato con l'utilizzo di un questionario inviato per via postale. La spedizione è stata fatta precedere da un contatto telefonico di presentazione dell'indagine; sono poi stati effettuati, per ciascuna impresa, fino a tre solleciti per la restituzione del questionario. Il campione di partenza comprendeva le

prime 75 imprese farmaceutiche operanti in Italia (per fatturato). In seguito ad alcune verifiche, 13 imprese sono state eliminate dal campione poiché facenti parte di gruppi o perché recentemente acquisite da altre imprese già comprese nelle prime 75. L'esclusione si giustifica in quanto si tratta di imprese in cui gran parte delle decisioni circa l'attività di ricerca o di marketing non vengono prese autonomamente ma sono di fatto assunte presso la casa madre o in altre aziende del gruppo.

Il questionario è stato strutturato su 26 domande, articolate in tre sezioni: nella prima si sono analizzate le caratteristiche dell'attività di ricerca svolta dall'impresa; nella seconda l'analisi si è spostata sull'attività di ricerca farmacoeconomica, analizzandone la diffusione all'interno dell'azienda, le modalità di realizzazione, la rilevanza organizzativa; nella terza parte, infine, si è chiesto alle imprese di esprimere dei giudizi sulle possibilità di affermazione — anche legislativa — della farmacoeconomia in Italia. L'invio dei questionari alle imprese è avvenuto nel marzo 1995; gli ultimi solleciti sono stati effettuati nel mese di luglio.

Su 62 imprese raggiunte dal questionario, 38 (61%) hanno aderito all'indagine. Il campione è risultato composto (fig. 1) da 15 imprese farmaceutiche a capitale italiano (39%) e da 23 imprese il cui capitale di controllo è prevalentemente straniero (61%). La proporzione fra imprese a capitale italiano e quelle a capitale estero ottenuta nel campione rispecchia le percentuali con cui il fatturato farmaceutico italiano viene diviso fra le due tipologie di imprese: a valori 1993, infatti, la quota di controllo del mercato farmaceutico italiano da parte del capitale estero è stata del 64% (Farmindustria, 1994).

3. Risultati dell'indagine

3.1. La diffusione della ricerca farmacoeconomica in Italia

Relativamente al grado di diffusione della ricerca farmacoeconomica in Italia, dall'indagine è emerso che ben il 63% delle imprese operanti nel nostro paese è impegnato nella valutazione economica dei medicinali (fig. 2). Al riguardo va precisato che il dato è stato ottenuto incrociando le risposte fornite alla domanda relativa allo svolgimento o meno di attività farmacoeconomica con le risposte fornite ad altre domande aventi anche funzione di controllo (numero di studi effettuati, indicazione del responsabile dell'attività farmacoeconomica). In tal senso, anche in presenza di risposte affermative circa lo svolgimento di analisi farmacoeconomiche, non si è

considerata impegnata in tale attività un'impresa in cui non fosse stato effettuato alcuno studio o in cui non fosse identificabile la figura del responsabile dell'attività stessa. In tal modo, si è cercato di eliminare la probabile tendenza delle imprese a dichiarare di svolgere valutazioni economiche dei farmaci anche quando ciò non corrispondeva al vero.

Così come facilmente prevedibile, la ricerca farmacoeconomica è risultata sensibilmente più diffusa tra le imprese a prevalente capitale estero piuttosto che tra quelle italiane: analizzando, infatti, la propensione a svolgere attività farmacoeconomica per tipologia di struttura proprietaria, è risultato che la valutazione economica dei farmaci viene svolta dal 74% delle imprese a capitale estero operanti in Italia, mentre tale proporzione scende al

Figura 1 - Composizione del campione per struttura proprietaria

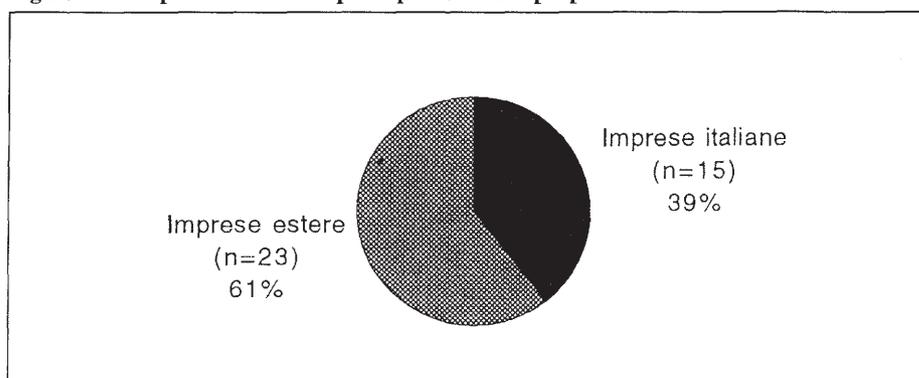
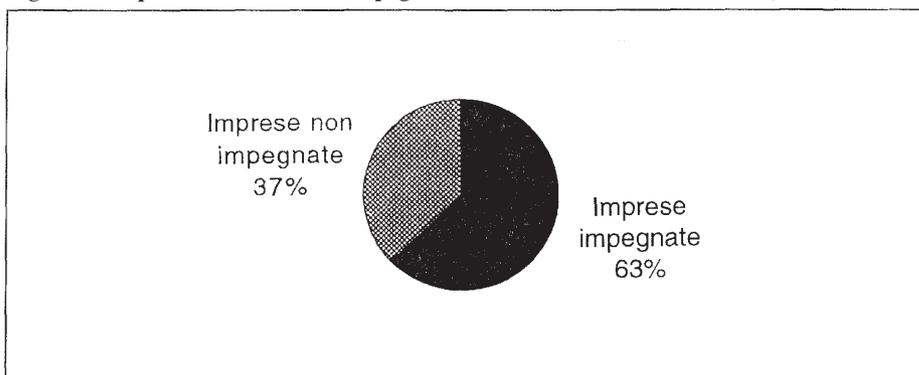


Figura 2 - Imprese farmaceutiche impegnate in analisi farmacoeconomiche (n = 38)



47% per le imprese a capitale italiano (fig. 3).

Nell'ambito di queste ultime, inoltre, lo svolgimento di analisi farmacoeconomiche sembra decisamente collegarsi alla presenza dell'impresa sui mercati esteri: il 75% delle imprese italiane multinazionali (1) è, infatti, risultato impegnato in attività farmacoeconomiche, mentre tale percentuale scende al 36% per le imprese operanti esclusivamente nel mercato nazionale (fig. 4). Al riguardo, va comunque sottolineato che la significatività del dato relativo alle imprese italiane multinazionali risente del ridotto numero di tale tipologia di aziende presenti nel campione (solo 4 imprese).

Le principali motivazioni del mancato svolgimento di analisi farmacoeconomiche fornite dalle imprese «non impegnate» in tale attività (n = 14) sono risultate (fig. 5) l'irrelevanza dei risultati delle analisi per l'Italia e la carenza di strutture (entrambe indicate nel 29% dei casi). Ulteriore motivazione (21%) è rappresentata dalle limitazioni di budget imposte dall'alta direzione, mentre minore rilievo assumono circostanze quali la mancanza di *guidelines* nazionali e/o europee sullo svolgimento degli studi o la scarsità di informazioni sulla farmacoeconomia (entrambi indicate nel 14% dei casi). Apparentemente, dunque, i fattori che sembrano maggiormente inibire l'attività di ricerca farmacoeconomica sono, da un lato, di tipo strategico (irrelevanza dei risultati per l'Italia), dall'altro di tipo organizzativo (carenza di strutture).

3.2. Caratteristiche degli studi farmacoeconomici

Alle imprese è stato chiesto di indicare il numero complessivo di studi farmacoeconomici realizzati ed il tipo di metodologia al riguardo adot-

Figura 3 - Propensione a svolgere farmacoeconomia per struttura proprietaria (n = 38)

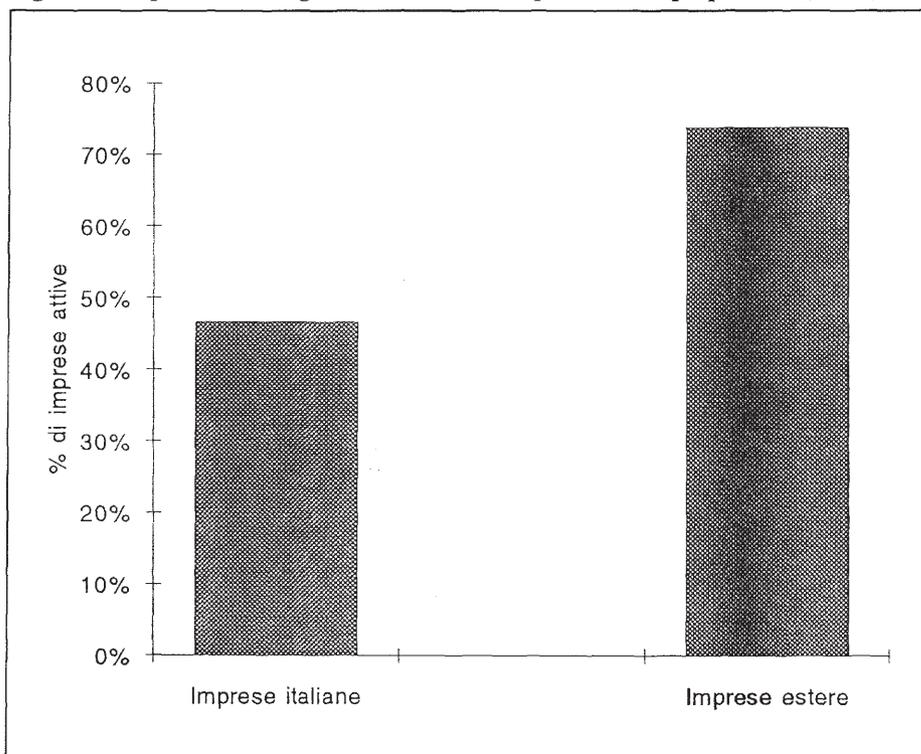
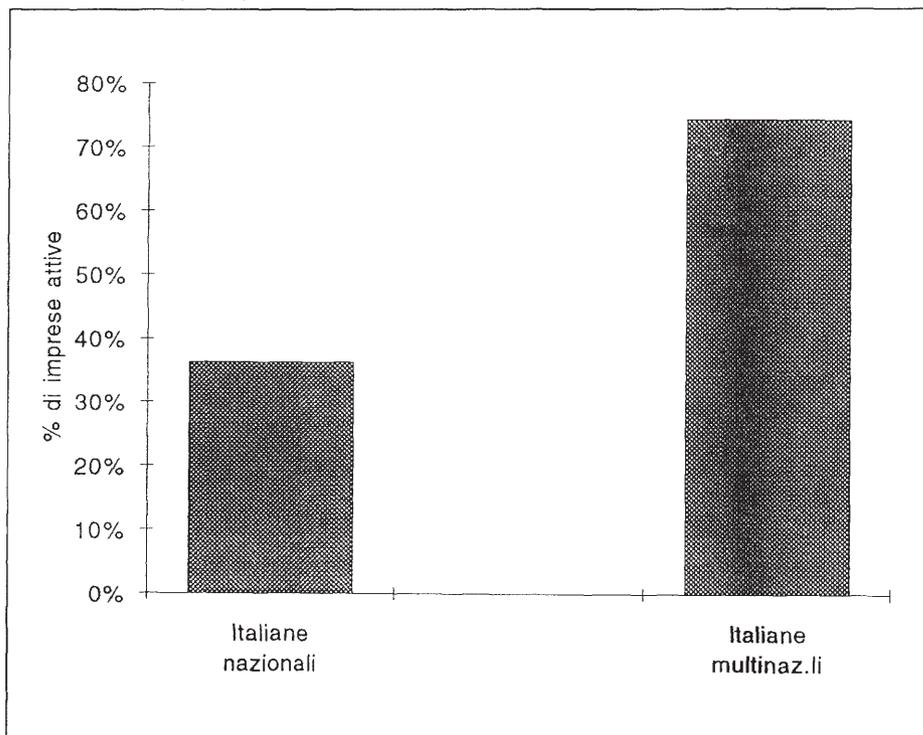


Figura 4 - Imprese italiane: propensione alla farmacoeconomia in relazione alla multinazionalità (n = 15)



tata. Complessivamente sono stati rilevati 66 studi, corrispondenti ad una media di 2.75 per impresa (considerando solo le imprese impegnate in attività farmaco-economica). Relativamente al tipo di metodologia utilizzata (fig. 6), l'analisi costo/terapia risulta quella più diffusa (38%), seguita dall'analisi costi-benefici (20%) e da quella costi-efficacia (18%). Merita inoltre di essere sottolineato il dato relativo allo scarso impegno profuso dalle imprese nella realizzazione di studi relativi alla qualità della vita.

La significativa prevalenza delle analisi di costo-terapia si giustifica con la maggiore semplicità di realizzazione delle stesse: come è noto, con tale metodologia viene monetizzato esclusivamente il costo relativo alla terapia farmacologica, senza cercare di quantificare il costo sanitario complessivo generato dall'uso del farmaco; inoltre, si rinuncia alla valutazione degli effetti associati alla terapia.

Circa l'epoca di svolgimento delle analisi (fig. 7), l'83% delle imprese intervistate realizza gli studi farmaco-economici durante la fase III di sperimentazione clinica dei principi attivi. Anche nella fase IV o post-marketing si registra una elevata percentuale di casi (75%), mentre molto poco diffusi sono i casi di analisi svolte durante le prime due fasi di sperimentazione. Il dato rispecchia quanto generalmente sostenuto in ambito internazionale circa le difficoltà di svolgimento di analisi farmaco-economiche complete sin dalle prime fasi del «drug development process» (fasi I e II) (Bootman et al., 1991). A tali stadi di sperimentazione clinica, infatti, la valutazione dell'impatto economico associato all'uso del farmaco è resa alquanto problematica dai protocolli che impongono il rispetto di condizioni troppo distanti dalla realtà (numero ristretto di

Figura 5 - Principali motivazioni del mancato svolgimento delle analisi farmaco-economiche (n = 14)

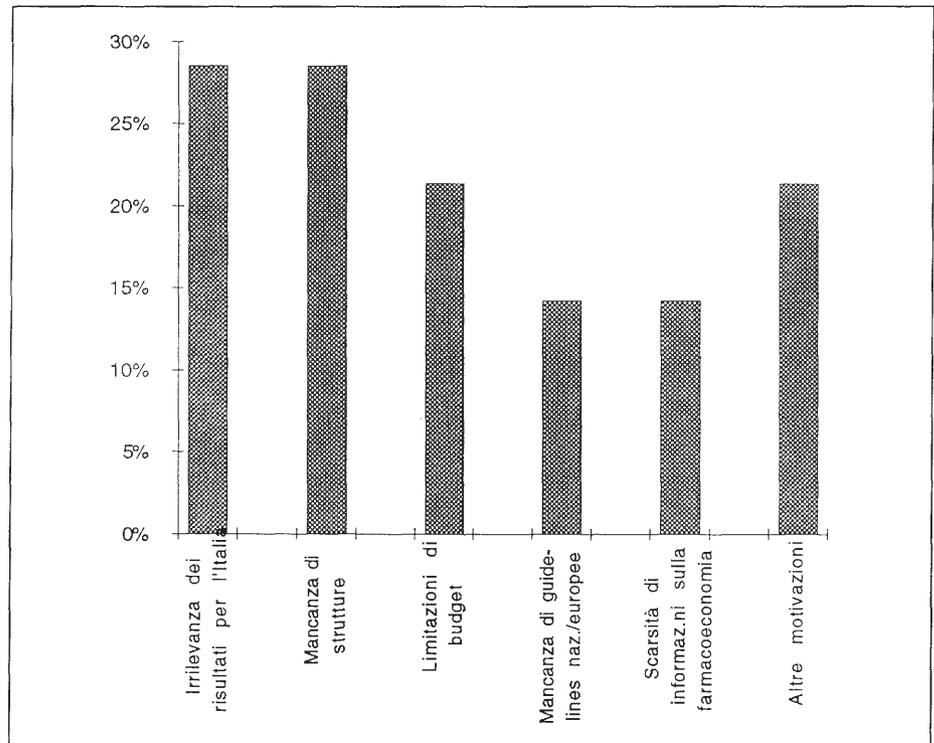
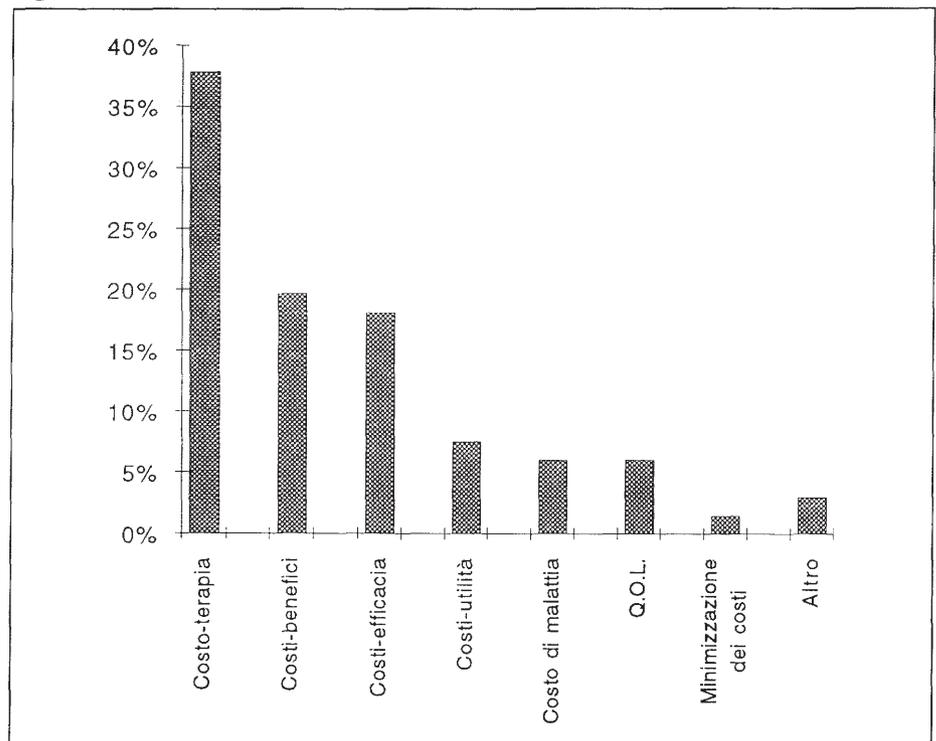


Figura 6 - Studi farmaco-economici realizzati in Italia (n = 24)



pazienti coinvolti, assenza di complicazioni cliniche, ecc.).

Un altro dato interessante relativamente agli aspetti metodologici concerne la suddivisione degli studi per classi di farmaci. Dall'indagine è emerso che, considerando le 14 classi del primo livello del sistema ATC (2), gli studi farmacoeconomici effettuati si sono distribuiti in ben 10 di esse. Questo dato è espressione di una diffusione alquanto omogenea della ricerca farmacoeconomica all'interno delle varie aree terapeutiche. Analizzando in particolare l'incidenza delle principali classi (fig. 8), si nota come l'area terapeutica in cui si concentra il maggior numero di studi è quella degli antimicrobici generali per uso sistemico (25% dei casi). Seguono poi i farmaci: del sistema cardiovascolare e dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (15%), antineoplastici ed immunomodulatori (12%), del sistema nervoso (10%), del sangue ed organi emopoietici e del sistema muscolo-scheletrico (7%). Il fatto che la classe di farmaci in cui si concentra il maggior numero di studi sia quella degli antimicrobici, prevalentemente costituita da antibiotici, è probabilmente giustificato dal diffuso utilizzo di questi farmaci in ambito ospedaliero. Inoltre, in questi casi, la valutazione farmacoeconomica è di particolare interesse in quanto molto spesso è possibile effettuare terapie antimicrobiche di pari efficacia con altri antibiotici (3). Il largo consumo di farmaci gastrointestinali e cardiovascolari (ad esempio, farmaci antiulcera) giustifica il crescente svolgimento di studi in tali campi. Infine, la diffusione di analisi farmacoeconomiche per terapie antineoplastiche ed immunologiche trova giustificazione nella recente espansione di farmaci ad elevato costo in questa classe terapeutica.

L'assenza di metodologie standard cui attenersi nella realizzazione degli

Figura 7 - Momento di svolgimento degli studi farmacoeconomici (n = 24)

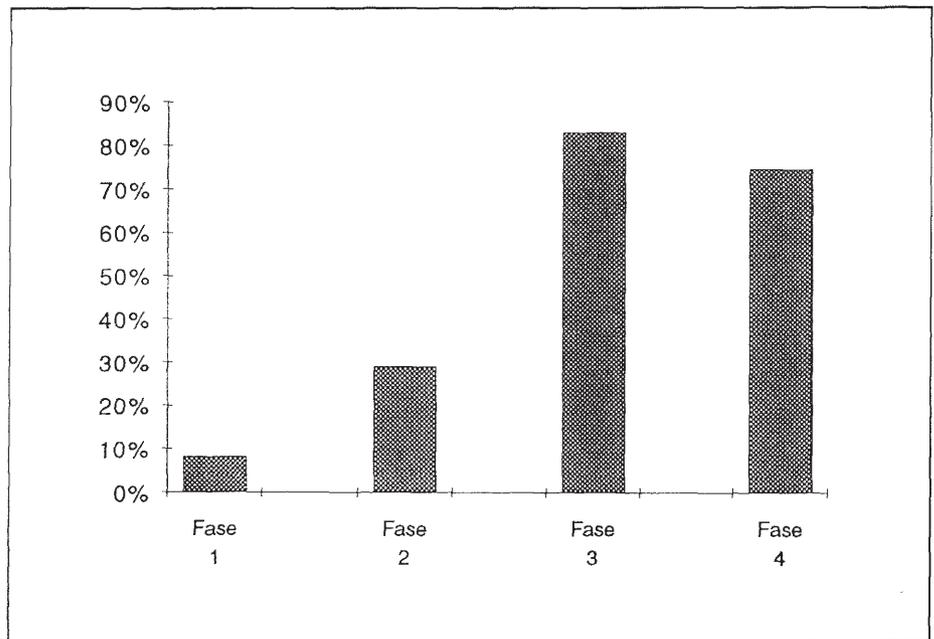
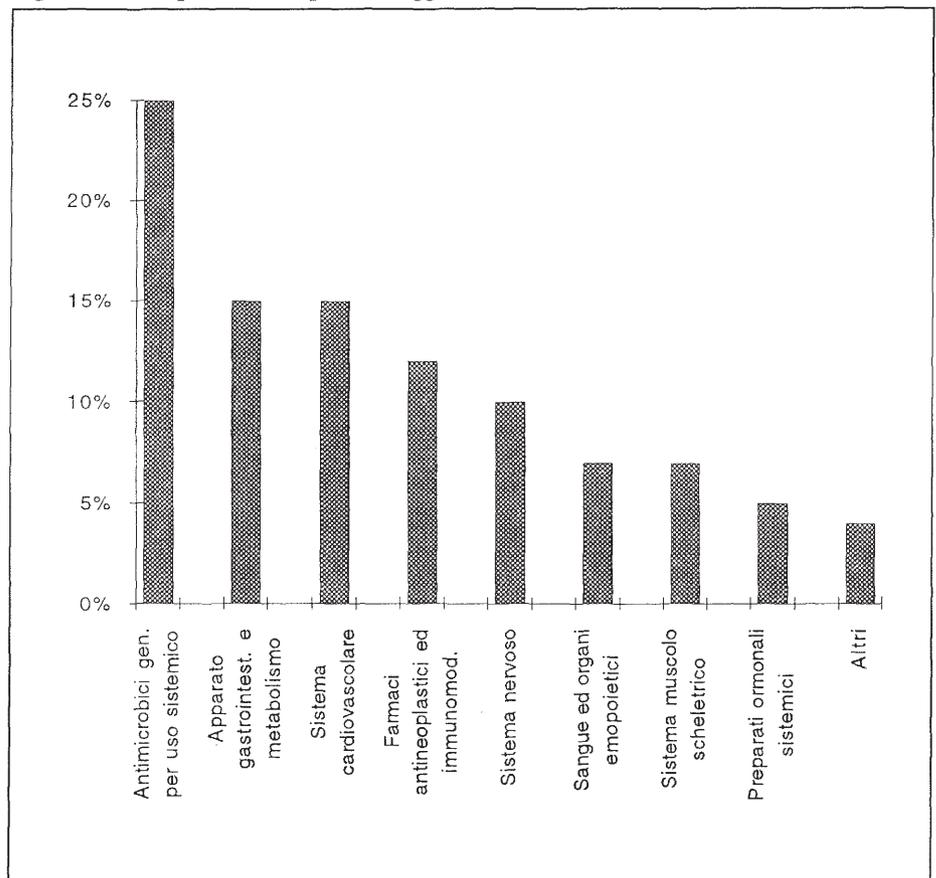


Figura 8 - Principali aree terapeutiche oggetto di valutazioni economiche (n = 24)



studi è emerso come uno dei principali limiti caratterizzanti il nostro paese. Alle imprese impegnate nello svolgimento di analisi farmacoeconomiche è stato, infatti, chiesto di indicare quali fossero i principali aspetti capaci di influire sulla diffusione della farmacoeconomia in Italia (fig. 9). Dall'indagine è risultato che per quasi il 60% delle imprese l'esigenza maggiormente avvertita è la definizione, da parte delle autorità governative, di *guidelines* nazionali ed europee relative alle modalità di svolgimento degli studi (58%), seguita dalla necessità di una sensibilizzazione verso la farmacoeconomia da parte della comunità scientifica (25%). Da notare come la definizione dei riflessi legislativi delle analisi farmacoeconomiche in termini di sistemi di rimborso e di prezzi sia un'esigenza relativamente poco sentita (8%). Le imprese sembrano dunque riconoscere che l'utilizzo a fini legislativi delle valutazioni economiche dei farmaci è in parte prematuro rispetto allo stadio di consolidamento raggiunto dai metodi di indagine farmacoeconomici. L'assenza di criteri e metodologie di riferimento è del resto un problema avvertito a livello mondiale che si traduce nella carenza di standard sia per la misurazione delle variabili che per l'interpretazione dei risultati (Luce, 1993).

3.3. L'organizzazione della ricerca farmacoeconomica

Uno dei fattori che maggiormente incide sulle possibilità di diffusione dell'attività farmacoeconomica è rappresentato dal rilievo strategico ed organizzativo che la stessa assume all'interno delle imprese farmaceutiche. Molti infatti ritengono che la farmacoeconomia troverà un adeguato sviluppo solo allorquando sarà considerata di rilievo strategico per le imprese e ad essa verranno attribuite sufficien-

ti risorse da un punto organizzativo. In tal senso, si è ritenuto utile procedere all'analisi delle modalità con cui le imprese si sono organizzate o si stanno organizzando per la realizzazione degli studi.

Un primo dato concerne la presenza o meno di una apposita unità organiz-

zativa o di un reparto impiegato per la ricerca farmacoeconomica. Dall'indagine è emerso che in circa il 70% delle imprese impegnate in attività farmacoeconomica non è presente un'unità stabilmente preposta a tale scopo (fig. 10). Da notare, inoltre, come le unità organizzative sono state rilevate solo

Figura 9 - Principali esigenze manifestate dalle imprese circa la diffusione della farmacoeconomia in Italia (n = 24)

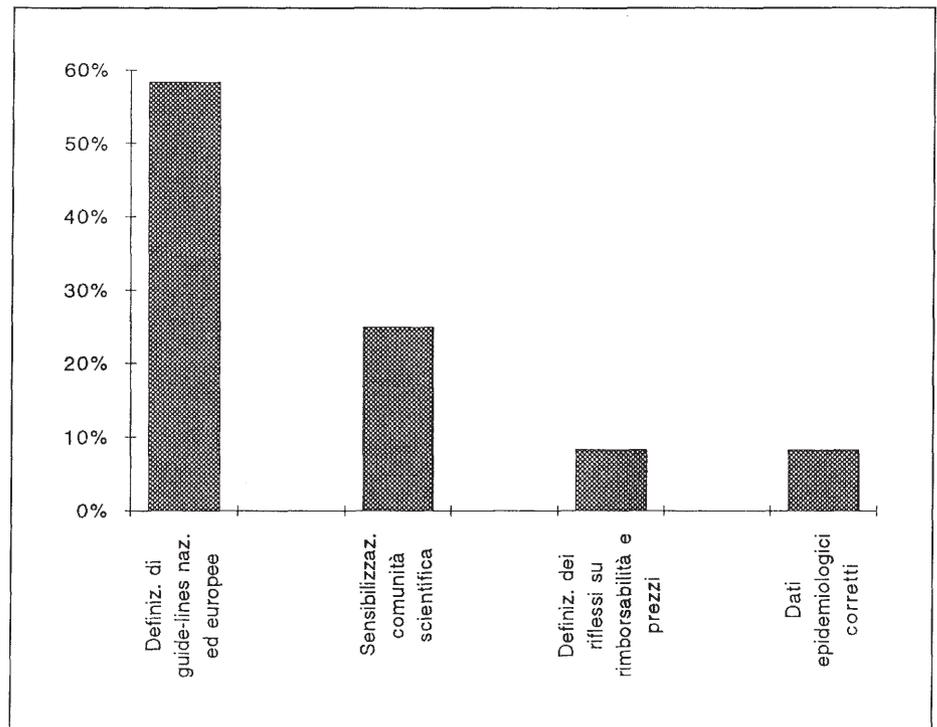
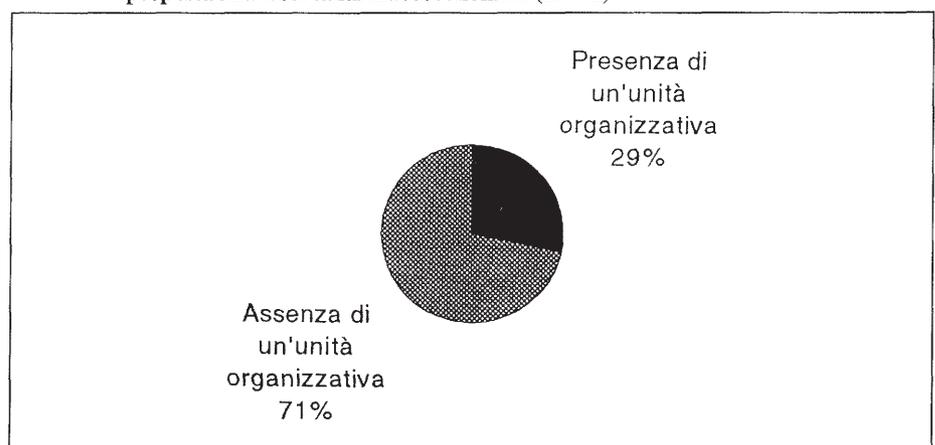


Figura 10 - Distribuzione delle imprese in relazione alla presenza di un'unità organizzativa preposta alla ricerca farmacoeconomica (n = 21)



in imprese a prevalente capitale straniero, mentre nessuna azienda italiana ha dichiarato di essersi attrezzata in tal senso (dato non presentato).

L'indagine ha poi cercato di individuare quali sono le figure aziendali responsabili o, in qualche modo, investite del compito di coordinare la realizzazione degli studi farmaco-economici. Questa informazione consente anche di avere un'idea circa la collocazione organizzativa della ricerca farmaco-economica. Nel 41% dei casi la figura aziendale responsabile delle analisi farmaco-economiche è risultata essere il direttore medico, seguito dal direttore marketing (36%) (fig. 11). Sono state poi rilevate una pluralità di figure, ciascuna delle quali presente in un ristretto numero di aziende (responsabile health economics, medico di ricerca, responsabile pricing, ecc.), mentre in un solo caso si è riscontrato che il direttore R&S sovrintendeva direttamente alla realizzazione degli studi. Complessivamente, dunque, sembrano prevalere due collocazioni organizzative dell'attività farmaco-economica: una nell'ambito della ricerca clinica, l'altra all'interno della funzione di marketing. Ne risulta, quindi, una certa distanza dal vertice strategico delle imprese, anche se in molti casi si è riscontrato il coinvolgimento di direttori di funzione. Questa situazione segnala la ridotta attenzione che, attualmente, viene data alle valutazioni sull'impatto economico dei farmaci nella formulazione delle decisioni-chiave delle imprese farmaceutiche (sviluppo di nuove molecole, strategia complessiva).

Altro aspetto meritevole di interesse concerne le modalità con cui gli studi farmaco-economici vengono realizzati in Italia. Al riguardo, l'indagine ha messo in evidenza che quasi l'80% delle imprese si avvale della collaborazione più o meno intensa di strutture esterne per la conduzione degli stessi (fig. 12). L'elevato ricorso all'esterno

riflette, da un lato, le tendenze all'utilizzo di modelli reticolari nell'attività di ricerca farmaceutica; dall'altro è espressione della complessità che contraddistingue gli studi farmaco-economici. Fra le strutture coinvolte, le università sono quelle più frequentemente utilizzate (48% dei casi) (fig.

13), a testimonianza di come la disciplina farmaco-economica sia oggetto di una crescente attenzione a livello accademico. Seguono poi i centri privati di ricerca (28%) e le società di consulenza (10%), sinonimo dell'interesse commerciale che si sta creando intorno alla farmaco-economia.

Figura 11 - Figure responsabili della realizzazione delle analisi farmaco-economiche (n = 22)

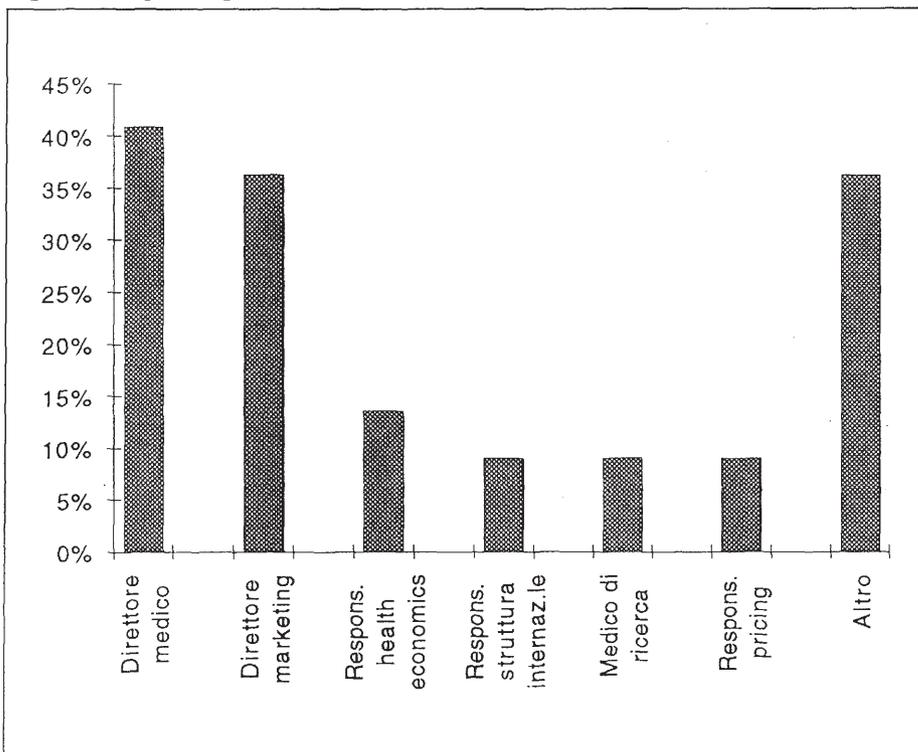
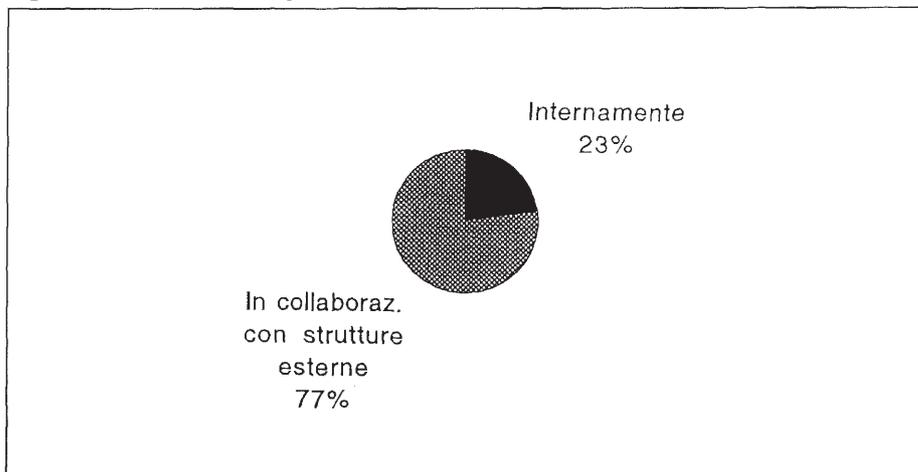


Figura 12 - Modalità di svolgimento delle analisi farmaco-economiche (n = 22)



Un ulteriore ambito di indagine ha riguardato se ed in che modo lo svolgimento di analisi farmaco-economiche è legato all'attività di ricerca e sviluppo svolta dalle imprese farmaceutiche. A tal fine le imprese intervistate sono state suddivise in relazione alla maggiore o minore presenza, nei loro portafogli-prodotti, di composti generati e/o sviluppati all'interno della compagine aziendale rispetto a principi attivi imitativi (*me too* o ottenuti in licenza). Secondo tale interpretazione, un peso preponderante dei prodotti del secondo tipo dovrebbe segnalare una ridotta attività di ricerca da parte dell'impresa, che di fatto rinuncia a sviluppare principi attivi propri a beneficio di molecole ottenute dall'esterno. Riferendoci alla figura 14, nel gruppo A sono comprese quelle aziende in cui i principi attivi sviluppati all'interno incidono al massimo per il 30% del totale dei prodotti presenti in gamma; nel gruppo B detta percentuale è compresa fra il 31 ed il 60%; nel gruppo C sono infine ricomprese le aziende in cui oltre il 61% dei prodotti è costituito da principi attivi generati all'interno. Secondo quanto osservato, l'intensità dell'attività di ricerca dovrebbe essere crescente passando da imprese del gruppo A ad imprese del gruppo B fino a quelle del gruppo C. Analizzando la propensione a svolgere attività farmaco-economica in relazione alle tre classi di imprese considerate, emerge che per il gruppo A la percentuale di imprese «attive» è del 45%; per le imprese del gruppo B il valore è del 100% mentre per quelle del gruppo C la propensione è del 61%. Ciò, quindi, sta a significare che l'attitudine ad effettuare indagini farmaco-economiche non è collegata alla percentuale di prodotti sviluppati all'interno e, quindi, all'intensità della ricerca effettuata «in impresa». Al riguardo va comunque sottolineato che la percentuale relativa alle imprese del gruppo

B è stata ottenuta computando le informazioni riguardanti un numero ristretto di imprese (solo 6 unità). In ogni caso, questo risultato contrasta con quanto era ragionevolmente presumibile ad un primo livello di analisi e, cioè, che ad una maggiore attività di ricerca corrispondesse una più elevata propensione allo svolgimento di studi farmaco-economici. Una possibile lettura di questo mancato legame può rinvenirsi nel fatto che, essendo l'interesse per la farmaco-economia abbastanza recente, la sua diffusione non si è finora basata su modelli razionali di adozione da parte delle imprese.

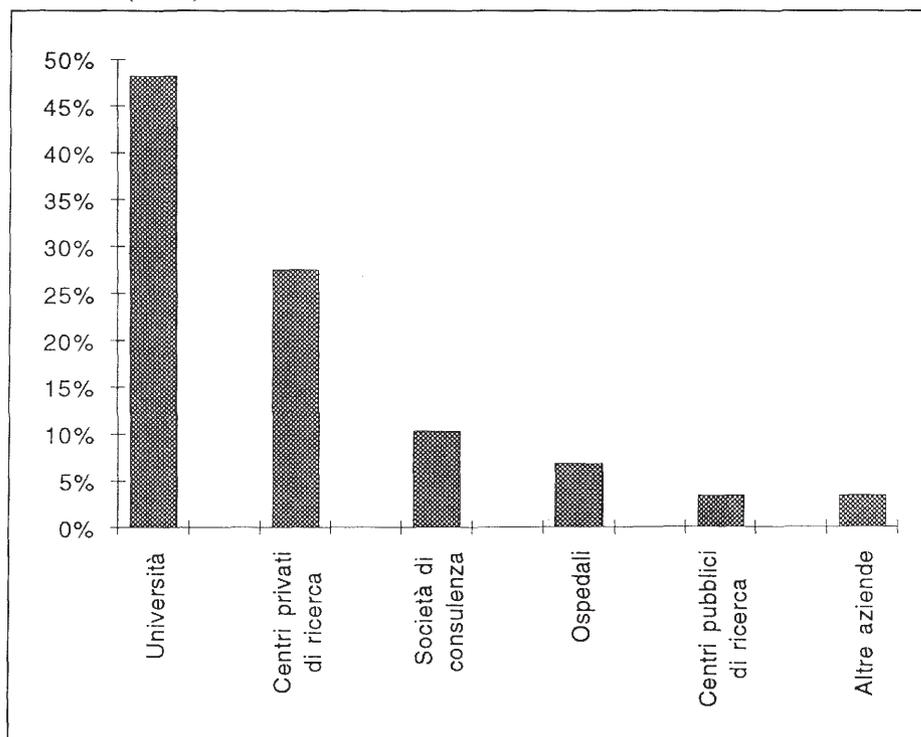
3.4. Farmaco-economia e strategie delle imprese farmaceutiche

Un'altra area di analisi empirica è stata quella relativa alla valutazione del legame eventualmente esistente fra strategie delle imprese farmaceutiche e ricerca farmaco-economica. In

particolare, si è cercato di analizzare il ruolo che la farmaco-economia può svolgere come fattore di competizione fra le imprese del settore.

In primo luogo, è stato chiesto alle imprese di valutare se i dati sulla convenienza economica dei farmaci possano oggi rappresentare un effettivo vantaggio nella presentazione dei dossier di registrazione. Ciò è stato fatto utilizzando una scala di misurazione ordinale con punteggi da 1 a 5, dove 1 esprimeva il totale disaccordo dall'affermazione e 5 la massima adesione alla stessa. Il punteggio medio ottenuto di 3,3 (tab. 1) indica come le imprese considerino di una certa importanza, per l'ottenimento della registrazione dei farmaci, i risultati degli studi farmaco-economici. Ciò assume ancora maggiore rilevanza se si tiene conto del fatto che — a tutt'oggi — non esistono in Italia specifici obblighi circa la presentazione di dati farmaco-economici nei dossier di registrazione. Va

Figura 13 - Strutture esterne coinvolte nella realizzazione delle analisi farmaco-economiche (n = 17)



inoltre sottolineato come i dati economici siano ritenuti vantaggiosi ai fini della presentazione dei dossier, sia dalle imprese attualmente impegnate in attività farmaco-economiche sia da quelle inattive in tal senso (rispettivamente, punteggi medi di 3,2 e 3,3). Ciò è sicuramente espressione di una generale percezione dell'importanza della farmaco-economia nell'intero settore.

Successivamente, è stato chiesto di valutare se la diffusione della farmaco-economia può rappresentare una minaccia competitiva per l'impresa. Obiettivo della domanda era di verificare se la farmaco-economia viene considerata un fattore in grado di influire negativamente sulle strategie di sviluppo delle imprese farmaceutiche. Questa ipotesi trova fondamento nel fatto che la dimostrazione della convenienza economica potrebbe divenire un fattore di differenziazione dei farmaci e, come tale, provocare modifiche nella struttura concorrenziale del settore. Anche in questo caso è stata utilizzata una scala ordinale con valori da 1 a 5; i risultati (tab. 2) evidenziano come, in media, le imprese farmaceutiche non percepiscano la farmaco-economia come una minaccia competitiva (valore medio di 1,8), anche se un maggiore disagio è avvertito dalle imprese non impegnate nello svolgimento di ricerca farmaco-economica (valore medio di 2 contro quello di 1,6 relativo alle imprese «attive»). Al riguardo, va detto che a determinare questa ridotta percezione della minacciosità strategica associabile alla farmaco-economia ha sicuramente contribuito il fatto che, come accennato, non esiste in Italia uno specifico obbligo per le imprese di dimostrare la convenienza economica dei farmaci; un altro fattore può essere rappresentato dal fatto che quasi sempre il questionario è stato compilato da figure aziendali impegnate in attività di ricerca, mentre il

Figura 14 - Propensione a svolgere analisi farmaco-economiche in relazione alla strategia di prodotto perseguita

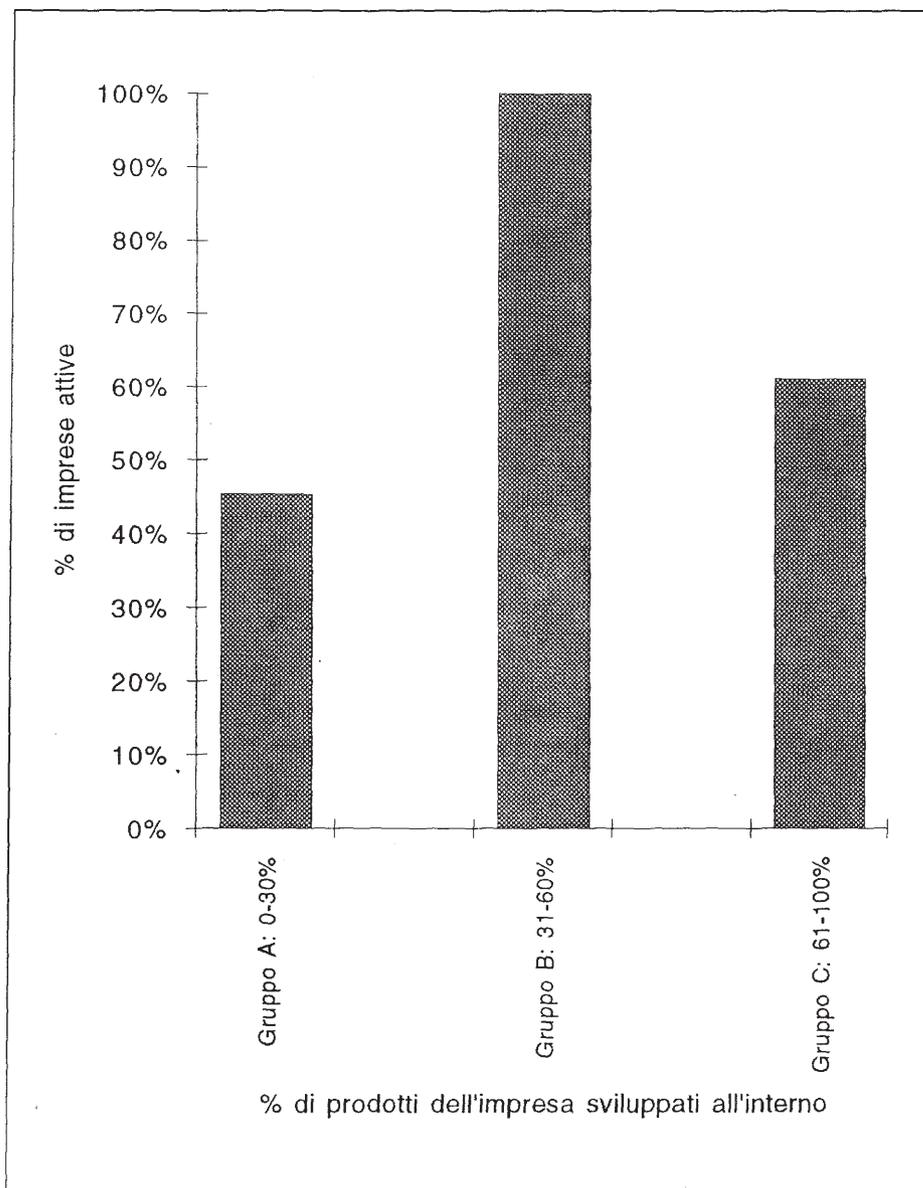


Tabella 1 - Domanda: «Ritiene che i dati sulla convenienza economica dei farmaci rappresentino oggi un vantaggio nella presentazione dei dossier di registrazione?»
(scala: 1 = per nulla d'accordo; 5 = completamente d'accordo)

Tipologia di imprese	Valore medio
Totale imprese (n = 37)	3.3
Imprese impegnate in analisi farmaco-economiche (n = 24)	3.2
Imprese non impegnate in analisi farmaco-economiche (n = 13)	3.3

tipo di domanda presupponeva una capacità di visione strategica dell'impresa che non sempre è posseduta da tale tipologia di figure.

A fronte di tale dato, è apparso interessante valutare se la considerazione della farmacoeconomia come fattore di minaccia competitiva differisca a seconda dell'intensità dell'attività di ricerca svolta all'interno dell'impresa. A tal fine, è stato messo in relazione il dato sulla percezione della farmacoeconomia come minaccia con quello relativo alla percentuale di prodotti dell'impresa sviluppati all'interno, per il quale sono stati utilizzati gli stessi gruppi A, B e C della fig. 14. Nell'incrociare i dati si è ipotizzato che l'eventuale affermarsi dei criteri farmacoeconomici nella definizione del valore complessivo delle specialità possa danneggiare quelle imprese che, rinunciando a fare ricerca, adottano prevalentemente strategie di prodotto di tipo imitativo. Si tratta di aziende che, com'è noto, sono abbastanza diffuse in Italia e che, rispetto alle imprese più innovative, rischiano di risultare svantaggiate sotto il profilo della convenienza economica dei propri farmaci. Dai dati è emerso che (tab. 3) quanto più si svolge attività di ricerca all'interno dell'impresa, tanto meno si considera il diffondersi della farmacoeconomia come minaccia competitiva (valore medio di 2,3 per il gruppo A, di 2,1 per il gruppo B e di 1,5 per il gruppo C). Quindi, anche se, come visto in precedenza, l'impegno nella ricerca farmacoeconomica non è collegato a quello nella ricerca in generale (v. fig. 14), esiste una maggiore preoccupazione nei confronti della valutazione economica dei farmaci da parte di quelle imprese meno impegnate nello sviluppo di principi attivi originali (imprese del gruppo A). Queste imprese si caratterizzano, in genere, per l'offerta di prodotti imitativi, con scarsi o nulli vantaggi tera-

peutici (4), spesso ottenuti in licenza o, al più, mediante accordi di co-marketing, nei quali l'impegno aziendale è profuso interamente verso lo sviluppo del mercato del principio attivo (Sorrentino, 1992).

Evidentemente, queste imprese temono che la diffusione dei criteri economici di valutazione dei farmaci possa far emergere, relativamente ai propri prodotti in portafoglio, profili farmacoeconomici deludenti (sfavorevoli rapporti di costo-efficacia, peggiore qualità della vita o, addirittura, efficacia scarsamente documentata) rispetto al ristretto numero di molecole valide presenti nel mercato. In ultima analisi, la diffusione della farmacoeconomia potrebbe provocare un peggioramento della posizione concorrenziale di tali imprese o, addirittura, determinarne la fuoriuscita dal mercato.

3.5. Previsioni di scenario

Le imprese intervistate sono state invitate a valutare quali fossero le possibilità di sviluppo della farmacoeconomia in Italia nel medio termine. In particolare, utilizzando ancora una scala ordinale, si è richiesto di esprimere un giudizio sulla possibilità che i risultati delle analisi farmacoeconomiche vengano richiesti — nei prossimi 3-5 anni — per l'ammissibilità dei farmaci al rimborso (fascia <A>) o per la determinazione dei prezzi. Anche in questo caso, il punteggio di 1 indicava il totale disaccordo dall'affermazione, quello di 5 una massima adesione.

Dall'esame delle risposte, riportate nelle tabelle 4 e 5, emerge chiaramente come l'industria farmaceutica italiana consideri abbastanza probabile il futuro utilizzo dei dati farmacoeconomici per entrambe le finalità sopracitate (rispettivamente, punteggio medio di 3,8 e di 3,6). Ciò è quindi sinonimo della convinzione delle imprese farmaceutiche circa una probabile diffusione della farmacoeconomia in Italia. È interessante notare come tale convinzione sia presente non solo nelle imprese attualmente impegnate nella ricerca farmacoeconomica, ma anche in quelle cosiddette «inattive».

Tabella 2 - Domanda: «Ritiene che la diffusione della valutazione economica dei farmaci possa costituire una minaccia competitiva per l'azienda?»

(scala: 1 = per nulla d'accordo; 5 = completamente d'accordo)

Tipologia di imprese	Valore medio
Totale imprese (n = 27)	1.8
Imprese impegnate in analisi farmacoeconomiche (n = 24)	1.6
Imprese non impegnate in analisi farmacoeconomiche (n = 13)	2

Tabella 3 - Valutazione della farmacoeconomia come minaccia competitiva in relazione alla strategia di prodotto perseguita

(scala: 1 = per nulla d'accordo; 5 = completamente d'accordo)

% di prodotti dell'impresa sviluppati all'interno	Valore medio
Gruppo A: 0- 30%	2.3
Gruppo B: 31- 60%	2.1
Gruppo C: 61-100%	1.5

4. Conclusioni

Il quadro che emerge dalla realizzazione dell'indagine empirica consente di svolgere una serie di riflessioni circa la posizione dell'industria farmaceutica italiana nei confronti della farmacoeconomia.

Innanzitutto risulta buona la diffusione che la ricerca farmacoeconomica ha raggiunto presso le imprese. Tale livello di penetrazione si scontra, però, con il ridotto investimento che queste ultime sostengono in tal senso. Si è infatti visto come solo una ridotta percentuale di imprese abbia previsto reparti o unità organizzative autonome per la realizzazione degli studi.

Dall'analisi dei risultati emerge una diffusione della farmacoeconomia non omogenea, se si guarda al ritardo che contraddistingue le imprese italiane nei confronti di quelle a prevalente capitale straniero presenti in Italia. Al riguardo, è verosimile che la maggiore diffusione della ricerca farmacoeconomica presso le imprese estere sia dovuta al fatto che queste sono già impegnate su tale fronte in ambito internazionale, dove la valutazione farmacoeconomica è più avanzata. Del resto, la maggiore propensione a svolgere ricerca farmacoeconomica riscontrata nelle imprese italiane multinazionali, rispetto a quelle italiane non operanti all'estero, è un ulteriore conferma di come la presenza sui mercati esteri favorisca la realizzazione di studi farmacoeconomici.

Analogamente a quanto riscontrabile in altri contesti, gli studi farmacoeconomici vengono prevalentemente condotti nelle fasi III e IV di sperimentazione clinica, ovvero nelle fasi terminali del processo di sviluppo di un farmaco. Ciò significa che la farmacoeconomia contribuisce allo sviluppo clinico di un farmaco, senza avere invece la forza di orientare le fasi iniziali dello studio di nuove molecole né, tantomeno, la capacità di in-

fluire sulle strategie di ricerca delle imprese farmaceutiche.

Complessivamente, l'indagine ha evidenziato una diffusa presa di coscienza da parte delle imprese della criticità che la farmacoeconomia assumerà nei prossimi anni. Esiste, infatti, un generale accordo circa la possibilità che i criteri economici si affiancheranno a quelli di efficacia e di tollerabilità nella determinazione del valore di un farmaco. In particolare, la totalità delle imprese è concorde nel prevedere che tali criteri verranno utilizzati per finalità regolamentative quali, ad esempio, l'ammissibilità ai sistemi di rimborso e/o la determinazione dei prezzi delle specialità (5).

A fronte di ciò, tuttavia, apparentemente non sembra che la farmacoeconomia venga oggi ritenuta un fattore primario della competizione fra le imprese all'interno del settore. Infatti se, da un lato, la dimostrazione di un buon profilo farmacoeconomico viene considerata un elemento di differenziazione nella presentazione dei dossier di

registrazione, dall'altro, la valutazione economica dei farmaci non è ritenuta una fonte di minaccia competitiva. Tuttavia, restringendo l'analisi alle imprese marginalmente impegnate in attività di ricerca, la portata strategica della farmacoeconomia appare meno sfumata. I risultati hanno, infatti, mostrato che, per tale tipologia di imprese, la valutazione economica dei farmaci può rappresentare un fattore di concorrenzialità in grado di alterare i rapporti competitivi nel settore.

(1) Nell'indagine si sono considerate multinazionali quelle imprese che hanno indicato di considerarsi come tali; infatti, non essendo questo il focus dello studio, si è associata la multinazionalità alla sola molteplicità dei mercati sbocco dell'impresa e non si sono approfondite le variabili che consentono, entro certi limiti, di distinguere fra imprese internazionali, multinazionali o globali.

(2) La classificazione dei farmaci ATC (anatomica, terapeutica, chimica), curata dal Nordic Council on Medicines e raccomandata dall'OMS quale sistema di classificazione comune per tutti i medicinali, è utilizzata in Ita-

Tabella 4 - Domanda: «Ritiene che, in Italia, la dimostrazione della convenienza economica dei farmaci diventerà entro 3-5 anni un criterio richiesto dalle autorità ministeriali per l'inserimento dei prodotti in prontuario (fascia <A>)»?

(scala: 1 = per nulla d'accordo; 5 = completamente d'accordo)

Tipologia di imprese	Valore medio
Totale imprese (n = 38)	3.8
Imprese impegnate in analisi farmacoeconomiche (n = 24)	3.8
Imprese non impegnate in analisi farmacoeconomiche (n = 14)	3.9

Tabella 5 - Domanda: «Ritiene che, in Italia, la dimostrazione della convenienza economica dei farmaci diventerà entro 3-5 anni un criterio richiesto dalle autorità ministeriali per la determinazione dei prezzi dei prodotti?»

(scala: 1 = per nulla d'accordo; 5 = completamente d'accordo)

Tipologia di imprese	Valore medio
Totale imprese (n = 38)	3.6
Imprese impegnate in analisi farmacoeconomiche (n = 24)	3.4
Imprese non impegnate in analisi farmacoeconomiche (n = 14)	3.9

lia dal Ministero della Sanità che vi inserisce tutti i farmaci autorizzati alla commercializzazione. L'ATC è una classificazione di tipo alfa-numerico e comprende 5 livelli. Il primo livello prevede 14 gruppi principali.

(3) Sulla valutazione economica della terapia antibiotica si veda Eandi et al. (1993).

(4) L'offerta di queste imprese si contraddistingue anche per una politica di sostituzione anticipata dei prodotti nel mercato, che fino a poco tempo fa è stata alimentata in Italia dal vecchio sistema di determinazione dei prezzi dei farmaci. Tale metodo, infatti, consentiva di commercializzare i nuovi prodotti a prezzi sensibilmente superiori ai vecchi (Lucioni, 1991).

(5) Per un'analisi delle potenzialità applicative della valutazione economica dei farmaci per finalità di *policy making* si veda Johannesson (1995).

BIBLIOGRAFIA

- BOOTMAN J.L., TOWNSEND R.J., MCGHAN W.F. (EDS), *Principles of Pharmacoeconomics*. Cincinnati, OH: Harvey Whitney Books 1991.
- EANDI M., BONDONIO P.V., DIRINDIN N., *Farmacoeconomia e terapia antibiotica*. Milano, ABE Edizioni Scientifiche 1993.
- FARMINDUSTRIA, *Indicatori farmaceutici*. Roma, 1994.
- FATTORE G., *Economia e management nel nuovo prontuario farmaco terapeutico*, **Mecosan** 1994; 9: 5-9.
- GARATTINI L., GRILLI R., SCOPELLITI D., MANTOVANI L., *A proposal for italian guidelines in pharmacoeconomics*. *Pharmacoeconomics* 1995; 7 (1): 1-6.
- JOHANNESSON M., *Economic evaluation of drugs and its potential uses in policy making*. *Pharmacoeconomics* 1995; 8 (3): 190-198.
- LUCE B.R., *Cost-effectiveness analysis. Obstacles to standardisation and its use in regulating pharmaceuticals*. *Pharmacoeconomics* 1993; 3 (1): 1-9.
- LUCIONI C., *Spesa pubblica e modalità di controllo del prezzo dei farmaci. Aspetti metodologici e confronto internazionale*. *L'Industria* 1991; 4: 591-631.
- SORRENTINO M., *La strategia di comarketing nel settore farmaceutico*. *L'Impresa*, Rivista Italiana di Management 1992; 10.
- SORRENTINO M., *La convenienza economica delle specialità medicinali*. *Farmeconomia* 1995; 2: 10-15.

RAGIUSAN

Rassegna giuridica della sanità

Rivista mensile
di dottrina, giurisprudenza, documentazione
di interesse socio-sanitario

*edita sotto gli auspici del Ministero della sanità
Who Collaborating Centre for Health Legislation*

N. 4 della Collana «**La legge delega**»

Il decreto legislativo n. 517/93 «aggiornato» e le leggi regionali di attuazione

**Completa il volume
l'elenco dei direttori generali delle aziende sanitarie**

a cura di **Luigi D'Elia**

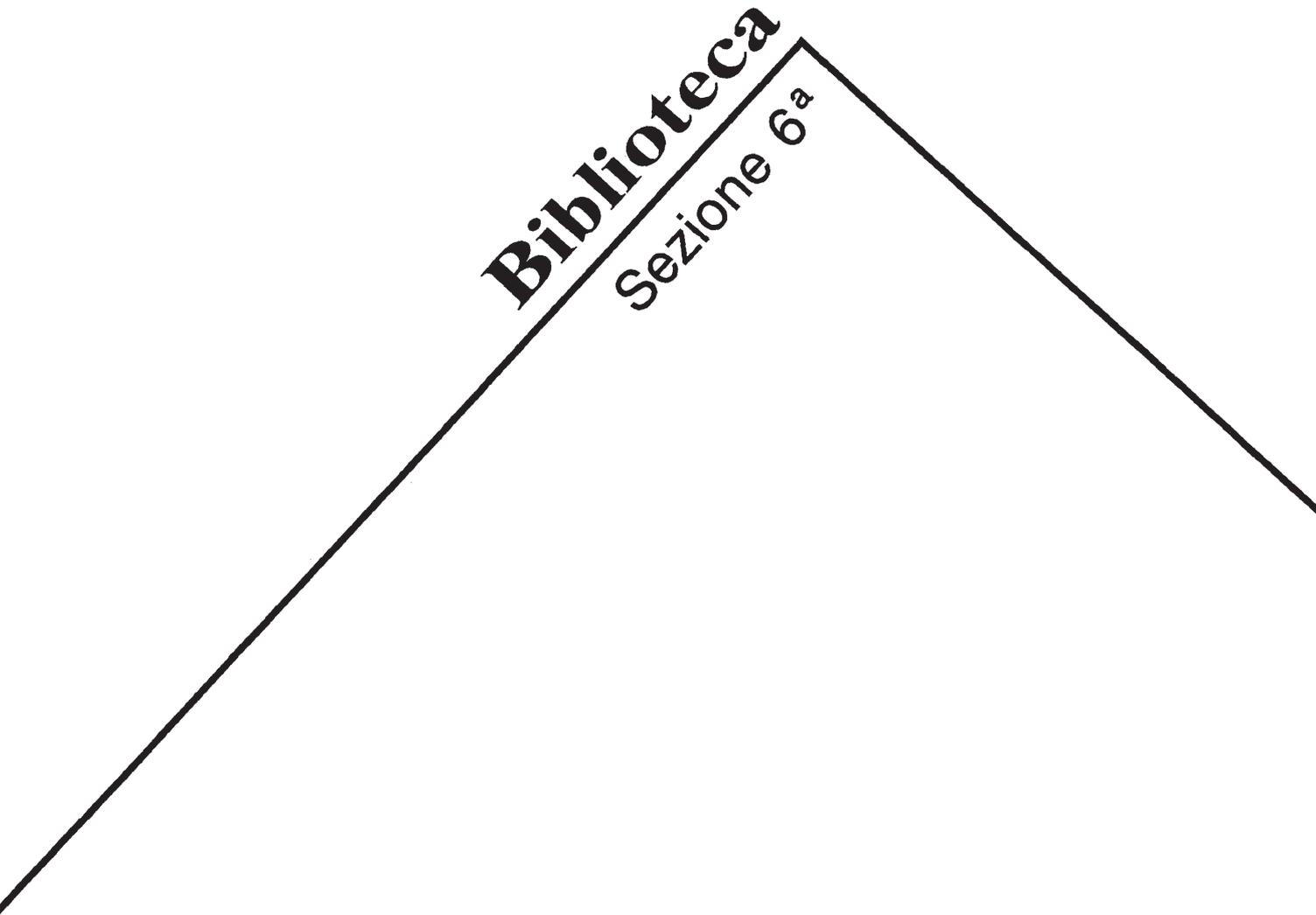


SIPIS 00197 ROMA - Viale Parioli, 77 - Tel. 06/8073368-8073386 - Fax 06/8085817

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: **SIPIS** s.r.l. - Stampa: «Grafica Ripoli» s.n.c. - Tivoli



Biblioteca

Sezione 6ª

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

ELIO GUZZANTI,
FABRIZIO MASTRILLI

**Day Hospital
Day Surgery**

Nuove frontiere
della organizzazione
sanitaria
Editeam 1995,
pagg. 243, L. 65.000

La collana dal titolo «Nuove frontiere della organizzazione sanitaria» ha l'intento di portare un contributo alla definizione e diffusione di modelli assistenziali veramente rispondenti ai bisogni dei cittadini e tali di fare giudicare come utilmente impiegate le risorse umane e finanziarie (attualmente quasi 120 mila miliardi l'anno) assorbite dalla assistenza sanitaria.

Un acceso dibattito è in corso nel Paese circa la possibilità di riuscire ad ottenere che siano efficaci sul piano clinico, efficienti nella utilizzazione delle risorse, equi nella loro distribuzione ed umani nel loro modo di operare.

La collana inizia con la trattazione del Day Hospital e della Day Surgery, due modelli innovativi che aspirano proprio a soddisfare i requisiti prima indicati.

I maggiori esperti italiani intervengono presentando un quadro comparato delle principali patologie emergenti nei dodici Paesi dell'Unione Europea (Aids, tumori, suicidi in età giovanile, salute dei lavoratori), dei problemi della medicina di base e delle diverse posizioni etico-politiche e scientifiche (la procreazione assistita).

Il volume avvia inoltre un confronto tra i diversi sistemi sanitari europei, indicando limiti e prospettive dell'azione comunitaria sulla salute delle popolazioni. Una puntuale e aggiornata appendice statistica permette infine il confronto tra le diverse patologie e le attività socio-sanitarie.

A CURA
DI MARCO GEDDES

**Rapporto sulla salute
in Europa**

Ediesse 1995
pagg. 268, L. 30.000

AA.VV.

**Qualità Totale
nel Management
della Sanità**

Centro Scientifico
Editore 1995
pagg. 167, L. 38.000

Hugh Koch tratta del Total Quality Management (TQM) in modo esaustivo analizzando: i presupposti storici e teorici, la fase di preparazione e gli strumenti necessari, l'organizzazione e la gestione dei progetti, la definizione degli indicatori, le definizioni e la verifica degli standard, il miglioramento dell'assistenza attraverso la verifica clinica, la comunicazione tra gli operatori e con i pazienti-clienti, la formazione.

Scopo del testo è fornire una metodologia organizzativa e gestionale che determini la definizione e il raggiungimento degli obiettivi strategici, una gestione efficiente delle risorse umane e materiali, uno stile di leadership dinamico e autorevole, un miglioramento continuo a livello di prestazioni e servizi nella ricerca dell'eccellenza.

ANTONIO TIBERIO,
GIUSEPPE VIANI

**Legislazione Sociale
e Sanitaria**

La nuova Italia
Scientifica 1995
pagg. 80, L. 19.000

Partendo da un'analisi socio-sanitaria e assistenziale del nostro paese, il testo presenta una puntuale disamina del Sistema sanitario nazionale nella sua attuale configurazione, soffermandosi in particolare sugli ultimi assetti legislativi in materia (decreti legge 502/1992 e 517/1993) e sulle loro profonde ripercussioni sull'intera organizzazione sanitaria italiana. Procedendo per ampie trattazioni degli assetti istituzionali in campo sanitario assistenziale, il testo rivolge inoltre una particolare attenzione agli aspetti organizzativi e gestionali dei servizi sanitari, fornendo così un utile strumento informativo non soltanto agli operatori socio-sanitari propriamente detti — assistenti sociali, infermieri professionali, assistenti sanitari e medici — ma anche a tutti coloro — studenti, giornalisti, volontari — che operano a vari livelli all'interno della struttura socio-sanitaria del nostro paese.

L'attenzione degli Autori si è incentrata soprattutto sugli aspetti innovativi della legislazione del riordino del rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale, curando di raccordare le innovazioni con le disposizioni precedenti in modo da pervenire alla costruzione dell'attuale sistema. Non si sono, quindi, specificatamente analizzate le materie e gli istituti che non hanno subito modificazioni rispetto ai preesistenti assetti normativi.

S. DRAGONETTI,
G. ORSONI, A. POZZI,
N. SPERANZA

**Il personale
delle aziende sanitarie**

Nuovo stato Giuridico
Giuffrè editore 1995
pagg. 397, L. 48.000

ALBERTO ZUCCHETTI

I Servizi Sanitari

Giuffrè editore 1995
pagg. 344, L. 42.000

Questo lavoro si propone di analizzare il complesso ed articolato sistema normativo della salute nel nostro ordinamento giuridico, affrontando le tematiche relative alle funzioni sanitarie ed alle strutture ad esse preposte.

Vengono individuate in primo luogo, le strutture dello Stato e delle Regioni che esercitano prevalenti funzioni di indirizzo e di direzione (specie di programmazione e di finanziamento), nonché le attività che la vigente legislazione demanda ad esse, alle province, alla città metropolitana, alle comunità montane.

Preposti alla conduzione dei servizi sanitari sono peraltro i comuni e, soprattutto, le «nuove» unità sanitarie locali. Di queste ultime sono prospettati i profili strutturali, organizzativi e di gestione del personale, la disciplina dei controlli, della contabilità e dei contratti, l'ordinamento contabile delle aziende ospedaliere e dei presidi.

I sistemi sanitari moderni assorbono risorse in percentuali rilevanti e crescenti nel tempo. La loro conduzione è complessa, per la natura stessa dei servizi sanitari in cui la componente umana è prevalente, e spesso inefficiente, per la presenza massiccia del settore pubblico. Da qui la necessità di sviluppare specifiche capacità di programmazione e gestione, che possono essere attuate solo in presenza di una solida cultura economica. Tali capacità, inoltre, devono trovare adeguata diffusione presso tutti coloro che, nell'ambito delle proprie funzioni, vanno ad incidere sull'impiego delle risorse: i medici, gli amministratori, i tecnici, gli infermieri. La creazione di nuove sensibilità presuppone, oltre che la presenza di formatori, anche la disponibilità di materiale didattico. Il presente manuale si propone come contributo organico volto a fornire ai «non economisti» la necessaria preparazione in termini di economia sanitaria.

IREF/FORMAZIONE

**Manuale di economia
sanitaria
per non economisti**

Franco Angeli 1995
pagg. 431, L. 42.000

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

PARIS N., HINES J.

Payer and provider relationships: The key to reshaping health care delivery

Nursing Administration Quarterly, 19(3):13-17 1995

KASSIRER J.P.

Managed care and the morality of the marketplace

The New England Journal of Medicine, 333(1):50-52 1995

ZHANG MINGLIANG

Physicians Contracting with Managed Care

Health Marketing Quarterly, 12(3):71-83 1995

RUBIN J., MENDELSON D.

Cost sharing in health insurance

The New England Journal of Medicine, 333(11):733-734 1995

Valutazione economica delle attività sanitarie

SHMUELI AMIR

Cost-effective outlays for better health outcomes

World Health Forum, 16(3):287-292 1995

FOWLER F., CLEARY P., MASSAGLI M., ET AL.

The role of reluctance to give up life in the measurement of the values of health states

Medical Decision Making, 15(3):195-200 1995

GARDINER J., HOGAN A., HOLMES-ROVNER M. ET AL.

Confidence intervals for cost-effectiveness ratios

Medical Decision Making, 15(3):254-263 1995

BATTISTA R., HODGE M.

The development of health care technology assessment

Technology Assessment in Health Care, 11(2):287-300 1995

TESSA TAN-TORRES

Technology assessment in developing countries

World Health Forum, 16(1): 74-75 1995

HUIJSMAN ROBERT

Economic evaluation of care for the chronically ill

European Journal of Public Health, 5(1):8-19 1995

Analisi dei sistemi sanitari

POLLOCK A.M.

The NHS goes private

The Lancet, 346(8976):683-684 1995

IGLEHART J.K.

Medicaid and managed care

The New England Journal of Medicine, 332(25):1727-1731 1995

PENN M.

Across the Ocean: Managed Care Reaches Europe

Pharmaceutical Executive, 15(7):50-60 1995

SILVER G.A.

Topics for our times: clausewitz vs Sun Tzu - The art of Health Reform

American Journal of Public Health, 85(3):307-308 1995

BARR D.

The professional structure of Soviet Medical Care: the relationship between personal characteristics, medical education and occupational setting for Estonian physicians

American Journal of Public Health, 85(3):373-386 1995

Programmazione e organizzazione del lavoro

DENIS J.L., LANGLEY A.

The role and impact of formal strategic planning in public hospitals

Health Services Management Research, 8(2):86-112 1995

- BRAITHWAITE J.
Organizational change, patient-focused care: an australian perspective
Health Services management Research, 8(3):172-185 1995
- BOCCADORO S.
Le aree funzionali omogenee nel nuovo ordinamento istituzionale degli Ospedali italiani
L'Ospedale, 7-8:143-153 1995
- BRAITHWAITE J., LAZARUS L., ET AL.
Hospitals: to the next millenium
Health Planning and Management, 10(2):87-98 1995
- POINTER D., EWELL C.
Really governing: what type of work should boards be doing?
Hospital & Health Services Administration, 40(3):315-331 1995
- BRUTON G., OVIATT B., KALLAS-BRUTON L.
Strategic planning in hospitals
Health Care Management Review, 20(3):16-25 1995
- MOLINARI C., ALEXANDER J., MORLOCK L., LYLES A.
Does the hospital board need a doctor? The influence of physician board participation on hospital financial performance
Medical Care, 33(2):170-185 1995
- MOSTELLER F., LITTENBERG B., CHALMERS T., HUNINK G., ET AL.
A survey of current problems in meta-analysis. Discussion from the agency for health care policy and research inter-Port Work Group on Literature Review/Meta-Analysis
Medical Care, 33(2):202-220 1995
- MALCOM L., BARNETT P.
Decentralisation, Integration and Accountability: Perceptions of New Zealand's Top Health Service Managers
Health Services Management Research, 8(2):121-134 1995
- BOGUE R., SHORTELL S., SOHN M., ET AL.
Hospital Reorganization after merger
Medical Care, 33(7):676-686 1995
- Controllo di gestione e sistemi informativi**
- AUSTIN C., TRIMM J., SOBZAK P.
HCMR dialogue: information systems and strategic management
Health Care management Review, 20(3):26-42 1995
- Varie**
- SHORTELL S.M., CARMAN O., FOSTER R., ET AL.
Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation
Health Services Research, 30(2):377-401 1995
- DOSSIER
La planification sanitaire à l'heure des regions - methodes et pratiques
Santè Publique 7(2):151-217 1995
- SPINSANTI S.
Qualità dei servizi e soddisfazione dell'utente
Prospettive Sociali e Sanitarie, 12:1-6 1995
- DONHAM C., SENSENIG A., HEFFLER K.
Health Care Indicators
Health Care Financing Review, 16(3):213-244 1995
- LORENTSEN O.
National Structures in the delivery of rehabilitation technology services
Technology Assessment in Health Care, 11(2):174-186 1995

LE POLITICHE PUBBLICHE NEL SETTORE FARMACEUTICO

traduzione di M. Tabacchi

Tratto da: The European Parliament - Directorate General for Research,
Analysis of Issues and Trends in the EU Pharmaceutical Sector, Environment, Public Health and Consumer Protections Series
E - 1, 3-1994

Tutti i governi nazionali stanno attuando politiche per il contenimento o la riduzione della spesa farmaceutica. Il rapido aumento della spesa pubblica per la sanità degli ultimi 10 anni ha fatto sì che si intensificasse il ricorso a misure di contenimento dei costi. Ciò si sta verificando anche al di fuori dell'Europa, in Giappone con la recente introduzione di politiche restrittive relativamente alla determinazione dei prezzi dei medicinali, e negli Stati Uniti con gli studi dell'amministrazione Clinton su come riportare sotto controllo la spesa farmaceutica.

Il sensibile aumento dell'incidenza della spesa per la sanità sulla spesa pubblica è ben documentato. Tale aumento è parzialmente giustificato dai cambiamenti demografici in corso, quindi dall'aumento del numero degli anziani caratterizzati da una maggiore domanda di salute, ed intensificato dal ricorso a tecnologie sempre più sofisticate, con costi crescenti. Il problema è stato inoltre aggravato dall'estensione della copertura sanitaria a un maggior numero di persone.

La tendenza al rialzo della spesa per l'assistenza sanitaria è all'origine di un ampio dibattito politico in quanto la spesa sanitaria finanziata dallo Stato rappresenta una quota considerevole della spesa pubblica complessiva.

In Europa, la spesa farmaceutica rappresenta circa il 4% della spesa totale per la sicurezza sociale, e circa il 12% della spesa per l'assistenza sanitaria. Tuttavia, tale tipologia di spesa sembra essere al centro degli sforzi di contenimento della spesa pubblica per la sanità. Se ciò sia giustificabile è di per se stesso oggetto di dibattito.

Abel-Smith ritiene che l'attenzione rivolta all'industria farmaceutica può apparire esagerata per numerose ragioni, fra cui la necessità di considerare l'impatto che i medicinali hanno sulla salute e sul sollievo del dolore, la quota relativamente piccola della spesa totale per la sanità che essa rappresenta, il basso tasso di aumento dei prezzi.

D'altro canto l'industria farmaceutica si sente un facile bersaglio delle politiche pubbliche di contenimento dei costi. Ciò è probabilmente incoraggiato dalla immagine non positiva di cui le industrie farmaceutiche godono presso il pubblico in Europa (diversamente da quanto accade negli Stati Uniti), dove la percezione è che profitti ed economie di mercato siano difficilmente combinabili con la salute e l'etica medica.

Tuttavia, uno studio dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità enfatizza il fatto che l'industria farmaceutica non rappresenti l'unico bersaglio nella politica dei tagli. Da tale ricerca risulta che molti governi stiano concentrando anche altrove gli sforzi di riduzione dei costi, ad esempio attraverso la chiusura degli ospedali Superfluous. La conclusione raggiunta è che «tale considerazione non rappresenta una valida ragione per accantonare la questione della spesa per i prodotti farmaceutici, sebbene un approccio bilanciato su tutti i fronti risulta ovviamente necessario».

Un'altra fondamentale motivazione del controllo pubblico sulla spesa farmaceutica è rappresentata dalla natura del mercato stesso. Una delle caratteristiche che distinguono il mercato dei farmaci è che il prodotto non è scelto né pagato dal consumatore. L'analogia con una cena in un ristorante con tre partecipanti illustra chiaramente la situazione. Il medico entra per primo nel ristorante, guarda il menu ed effettua la scelta. Successivamente arriva il paziente, il quale cena mangiando ciò che non ha ordinato lui stesso e che non ha neppure intenzione di pagare. Il paziente lascia il ristorante dopo aver cenato, quindi l'assicuratore sanitario (privato o pubblico) entra nel ristorante e paga il conto per la cena che non ha né ordinato, né consumato. In questa anormale situazione di mercato, le decisioni sono prese dal prescrittore, non dal consumatore, e né il prescrittore né il consumatore sono sensibili al prezzo. Di conseguenza, le imprese farmaceutiche hanno la tendenza a concentrarsi verso lo sviluppo della fedeltà alla marca piuttosto che verso la riduzione dei prezzi.

Esistono essenzialmente due strategie per il contenimento dei costi: una dal lato dell'offerta, l'altra dal lato della domanda, anche se è importante sottolineare che tali misure non operano isolatamente.

Dal lato della domanda, oltre al controllo dei prezzi, esistono una serie di misure che i Governi possono utilizzare, fra queste il controllo o l'influenza sul comportamento prescrittivo dei medici.

Dal lato dell'offerta, la maggior parte dei paesi membri cerca di contenere la spesa farmaceutica da un lato restringendo l'accesso di alcuni prodotti al rimborso, dall'altro influenzando il prezzo dei prodotti. Comunque, i metodi utilizzati variano notevolmente da paese a paese e, in relazione alla pratica medica specifica di ogni paese e alla diversa efficacia attribuita ai farmaci, anche i tassi di rimborso e i livelli di prezzo variano notevolmente.

La quota maggiore della spesa farmaceutica all'interno dell'Unione Europea viene rimborsata da sistemi di sicurezza sociale e i consumatori, generalmente, pagano solo circa un quarto del costo dei prodotti. Esistono sei principali metodi utilizzati per controllare i livelli di rimborso delle prescrizioni farmaceutiche:

- 1) determinazione di criteri per l'ammissione alla rimborsabilità di nuovi prodotti;
- 2) determinazione di diversi livelli di rimborso per farmaci diversi;
- 3) aumenti della compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti. Si tratta di una conseguenza del punto 2) nel caso in cui la quota a carico del paziente è originata da bassi livelli di rimborso da parte degli assicuratori oppure, in un sistema in cui tutte le prescrizioni sono soggette al pagamento di una quota standard, un aumento di detta quota;
- 4) compilazione di una lista positiva di medicinali che possono essere rimborsati dal sistema sanitario nazionale. Per essere inclusi in tale lista i prodotti devono spesso possedere determinati requisiti minimi, fra cui requisiti di costo-efficacia;
- 5) liste negative vengono utilizzate per i prodotti non rimborsati dal SSN;
- 6) determinazione di prezzi di riferimento per classi di medicinali rimborsabili dal SSN. Sebbene in teoria si tratta di un sistema di controllo dei livelli di rimborso, in pratica tale strumento ha avuto una forte influenza sul livello dei prezzi.

I tre principali metodi di controllo dei prezzi utilizzati nei paesi dell'Unione Europea sono i seguenti:

- 1) controllo diretto dei prezzi dei singoli prodotti.

Tale metodo viene utilizzato nei paesi meridionali e in Francia. Il produttore negozia il prezzo di ogni singolo prodotto con l'autorità nazionale e il prezzo viene determinato sulla base del costo di produzione, considerando anche i costi dell'attività promozionale e della ricerca. A volte il prezzo viene determinato mediante comparazioni con altri prodotti, comparazioni «interne» sul mercato nazionale con prodotti già in commercio o, alternativa-

mente, «comparazioni» esterne con prodotti identici o simili commercializzati in altri stati.

I prezzi soggetti a controllo diretto risultano tendenzialmente bassi, nonostante ciò è ampiamente riconosciuto che il controllo diretto dei prezzi non risulta efficace nel controllare i consumi di farmaci. La maggior parte dei paesi che utilizzano tali metodi hanno infatti assistito ad una elevata crescita nei volumi e nella spesa farmaceutica procapite;

2) prezzo di riferimento.

Questo sistema è stato introdotto in Germania e in Olanda, dove esiste la più ampia libertà nella determinazione dei prezzi. Come abbiamo visto, il prezzo di riferimento può essere considerato sia uno strumento di controllo dei livelli di rimborso, sia uno strumento di controllo dei prezzi.

Teoricamente, il prezzo dei prodotti viene determinato liberamente dai produttori, contemporaneamente i prodotti vengono raggruppati in classi sulla base della loro utilità terapeutica e per ogni classe vengono determinati i limiti di rimborsabilità. Tali limiti sono calcolati come media ponderata del prezzo dei prodotti rientranti nella classe stessa. Nel caso in cui un paziente decide di utilizzare un prodotto il cui prezzo risulta superiore al prezzo di rimborso (o prezzo di riferimento), è tenuto al pagamento della differenza.

Il principale problema di un sistema di prezzi di riferimento è rappresentato dalle difficoltà esistenti nel valutare la sostituibilità terapeutica dei medicinali e nell'esprimere giudizi sulla similarità terapeutica di differenti prodotti, tali giudizi rischiano di essere influenzati da considerazioni di natura arbitraria;

3) controllo dei profitti.

Il controllo dei profitti realizzati dalle aziende farmaceutiche in luogo del controllo sui prezzi dei loro prodotti è attualmente utilizzato solo in Gran Bretagna. Ogni anno le aziende devono negoziare con il Ministero della Sanità un risultato complessivo basato sulle vendite al NHS dell'anno precedente e della «dimensione natura del rischio aziendale a lungo termine». All'interno del vincolo rappresentato dal risultato massimo complessivo contrattato, le imprese sono libere di determinare il prezzo dei nuovi prodotti.

Questo sistema esercita una pressione di tipo indiretto sul livello dei prezzi, ed è praticabile essenzialmente a causa della posizione monopsonistica del NHS, il quale attribuisce al Ministero della Sanità il necessario potere contrattuale nei confronti delle aziende farmaceutiche.

Le aziende che basano prevalentemente la loro attività sulla ricerca si interrogano se questo sistema stimoli e protegga in modo efficace la loro attività innovativa, mentre le aziende di minori dimensioni lamentano il fatto che i limiti relativi alle spese in attività promozionali le pongono in posizione di inferiorità rispetto alle aziende di grandi dimensioni.

INGLISH B.
Drugs, doctors and disease
Deutsch, London, 1965

ENGEL A., SIDERIUS P.
The consumption of drugs: report of study 1966-1967
World Health Organization, Regional Office for Europe, Geneva 1967

TEELING-SMITH G.
Innovation and the balance of payments: the experience in the pharmaceutical industry
Office of Health Economics, London, 1967

HAPPOLD F.
Medicine at risk: the high price of cheap drugs
Queen Anne Press, London, 1967

COOPER M.
International price comparison: a study of the prices of pharmaceuticals in the UK and eight other countries in 1970

WALKER H.
Market power and price levels in the ethical drug industry
Indiana University Press, Bloomington, 1971

- CENSIS-FEDERAMA
Ruolo ed identità della farmacia nella modernizzazione del sistema sanitario
Censis, 1974
- LECOMTE T.
Influence des facteurs socio-économiques sur la consommation pharmaceutique en 1970
Centre de recherches et de documentation sur la consommation, Paris, 1974
- SILVERMAN M., PHILIP R.
Pills, profits and politics
University of California Press, Berkeley, 1974
- CADY J.F.
Drugs on the market: the impact of public on the retail market for prescription drugs
D.C. Health, Lexington 1975
- GRABOWSKI H., VERNON J.
Estimating the effects of regulation on innovation: an international comparative analysis of the pharmaceutical industry
The Journal of Law and Economics, Aprile 1978
- WARDELL W.
Controlling the use of therapeutic drugs: an international comparison
American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, 1978
- CHIEN R.
Issues in pharmaceutical economics
Lexington Books, 1979
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
National drug policies
Public Health in Europe, 1979
- ABEL-SMITH, BRIAN P.
Pharmaceutical consumption: trends in expenditure, main measures taken and underlying objectives of public intervention in this field
Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1979
- TRIDENT MANAGEMENT CONSULTANTS IRELAND. DEPARTEMENT OF HEALTH
Report on the review of arrangements for the supply of drug and medicines: report by Trident...
Stationery Office, Dublino, 1980
- TEMIN P.
Taking your medicine: drug regulation in the United States
Harvard University Press, Cambridge, 1980
- NATIONAL HEALTH SERVICE GREAT BRITAIN
Twenty-fifth report from the Committee of Public Accounts, session 1979-1980: together with the proceedings of the Committee, the minutes of evidence and appendices
London, 1980
- HELMS R.
Drugs and health: economic issues and policy objectives
American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, 1981
- BLUM R.
Pharmaceuticals and health policy: international perspectives on provision and control of medicines
Croom Helm, London, 1981
- BARILETTI A.
Strumenti di controllo della spesa sanitaria (con particolare riferimento alla spesa farmaceutica)
Tratto da: La spesa sanitaria oggi, Regione Toscana, Siena Nov. 1982
- HARTLEY K., MAYNARD A.
The costs and benefits of regulation, new product development in the UK pharmaceutical industry
Pharmaceutical Industry Papers, 2, London, 1982
- MONTANARI L., PONCI R.
I prezzi delle specialità medicinali in Italia, evoluzione storica della disciplina dei prezzi dei farmaci, attuale metodo per la determinazione dei prezzi
Tratto da: Il Farmaco, n. 11 1982
- TAYLOR D.
The consumer movement, health, and the pharmaceutical industry
Office of Health Economics, London 1983
- FINSINGER J.
Economic analysis of regulated markets
St. Martin's Press, New York, 1983
- TEELING-SMITH G.
The future for pharmaceuticals: the potential, the pattern and the problems... dealing with aspects of the prescripti market
Office of Health Economics, London, 1983
- STATMAN M.
Competition in the pharmaceutical industry: the declining profitability of drug innovation
Washington: American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1983
- GARATTINI L., CAPECCIA S.
Farmaci, Economia, Salute
Il pensiero Scientifico, 1984

- LINDGREN B.
Pharmaceutical economics
Liber Fvrlag, Malmv, 1984
- ROLT F.
Pills, policies and profits: reactions to the Bangladesh drug policy
War on Want, London, 1985
- The Pharmaceutical Price Regulation Scheme*
Association of the British Pharmaceutical Industry, 1986
- GREEN D.
Medicines in the marketplace. A study of safety regulation and price control in the supply of prescription medicines
Health Unit Paper, 1987
- ROSSI F.
L'approccio economico all'assistenza farmaceutica: alcune considerazioni introduttive
Atti del corso PERF in legislazione deontologica e socio-economica Farmaceutica, Media 1988
- WORLD HEALTH ORGANIZATION
Guidelines for developing national drug policies
World Health Organization, Geneva, 1988
- CENSIS
I consumi farmaceutici: comportamenti dei soggetti e procedure di regolazione
F. Angeli, 1988
- ARISI E.
L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia dal 1960-1986
Ministero del Tesoro Commissione Spesa Pubblica, 1988
- BRENN A.
Sui rapporti tra sistema sanitario nazionale e industria farmaceutica
Diritto e Economia, n.2 1988
- KAUFER E.
The regulation of drug development: in search of a Common European approach
Eur. Univ. I., S. Domenico, Firenze 1989
- THOMAS L.
Spare the rod and spoil the industry: vigorous competition and vigorous regulation promote global competitive advantage, a ten nation study of government industrial policies and corporate pharmaceutical competitive advantage
Graduate School of Business, Columbia University, New York, 1990
- CHETLEY A.
A health business? World health and the pharmaceutical industry
Zed, London, 1990
- HANCHER L.
Regulation for competition: government, Law and the pharmaceutical industry in the UK and France
Claredon Press, 1990
- TAYLOR D., MAYNARD A.
Medicines, the NHS and Europe: balancing the public's interests
King's Fund Institute and Centre for Health Economics, University of York, 1990
- NOGUIS J.
Patents and pharmaceutical drugs: understanding the pressures on developing countries
International Economics Departement, Washington, 1990
- PACI R.
Innovazione tecnologica e intervento pubblico nell'industria farmaceutica
Franco Angeli, 1990
- FRANK. R., SALKEVER
Pricing, patent loss and market for pharmaceuticals
Cambridge, 1991
- LUCIONI C.
Spesa pubblica e modalità di controllo del prezzo dei farmaci. Aspetti metodologici e confronto internazionale
Tratto da: L'Industria 4:591-631, 1991
- CAVALLARO F., DUCHI C.
Il riordino del settore farmaceutico
Pirola, 1992
- DE BENEDETTI A.
Politiche di contenimento della spesa farmaceutica extraospedaliera: il caso del Regno Unito
Tratto da: Mecosan n. 3 1992
- DAVIS P.
For health or profit? Medicine, the pharmaceutical industry, and the state in New Zeland
Oxford University Press, Oxford, 1992
- SPIVEY R., WERTHEIMER A., ET AL.
International pharmaceutical services: the drug industry and pharmacy practice in twenty-three major countries of the world
Pharmaceutical Products Press, New York, 1992
- SZASZ T.
Our right to drugs: the case for a free market
Praeger, New York, 1992
- BOSANQUET N.
1992 and the outlook for pharmaceutical pricing in Europe
Health Policy Unit discussion papers, Chichester: Carden 1992

- GORECKI P.
Controlling drug expenditure in Canada: the Ontario experience
Economic Council of Canada, Ontario, 1992
- HUTTIN C., BOSANQUET N.
The prescription drug market: international perspectives and challenges for the future
Amsterdam, 1992
- LUCIONI C.
Il costo dell'assistenza farmaceutica pubblica: problemi e prospettive
Economia Pubblica, 22:45-50, 1992
- EVANS D.
Background document on the use of economic analysis as a basis for inclusion of pharmaceutical products on the Pharmaceutical Benefits Scheme
Canberra: AGPS, 1993
- MOSSIALOS E., KANAVOS P., ABEL-SMITH B.
Policy options for pharmaceutical research and development in the European Community
European Institutes, London School of Economics and political Science, 1993
- RACCO M.
Dallo Stato assistenziale allo Stato garante: lo scopo del diritto in sanità
Corriere Medico, 1993
- GARATTINI L. (A CURA DI)
Metodologie per la determinazione dei prezzi dei farmaci nei principali paesi europei
Kailash, 1993
- RANOS C., MOSSIALOS E., ABEL-SMITH B.
Cost containment, pricing and financing of pharmaceuticals in the European Community: the policy-makers view
LSE Health and Pharmametrica S.A., 1994
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES
A new Community standards policy: the new approach in harmonization: motor vehicles: tractors and agricultural machinery, foodstuff, pharmaceutical products, chemical products, construction, other areas
Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1994
- FATTORE G.
Il nuovo prontuario farmaco terapeutico: spunti di riflessione a partire dai farmaci antidepressivi
Tratto da: Mecosan 9:5-10, 1994
- CAVICCHI I.
Leggere attentamente le avvertenze: proposte per una nuova politica del farmaco
Ediesse, Roma 1994
- COLOMBO G. (A CURA DI)
Il prezzo dei farmaci tra sviluppo dell'industria e controllo della spesa pubblica
Atti del Convegno, Milano 12 Gennaio 1994
- AA.VV.
Materiale incontro CeRGAS: Le dinamiche evolutive della legislazione Europea sulla registrazione dei farmaci e dei presidi medico-sanitari
CeRGAS, Università Bocconi, Milano 31 maggio 1994
- FEDEL G., FREDDI G.
La spesa farmaceutica valutazioni per il suo contenimento alla luce di alcune esperienze sanitarie
Ispe, 1994
- SANGALLI F., GARATTINI L.
I margini della distribuzione nel mercato farmaceutico: un confronto europeo
Tratto da: Economia Pubblica 11:523-529, 1994
- AA.VV.
Il futuro del farmaco in Italia ed in Europa. La formazione del prezzo del farmaco. Il prezzo dei farmaci in Italia: situazione attuale e prospettive
Cronache Farmaceutiche n. 5, 1994

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia Aziendale, A.A. 1994-1995. Relatore Elio Borgonovi

PROGETTAZIONE E GESTIONE DI UN SERVIZIO INFORMATIVO PER L'OFFERTA INTEGRATA DI PRESTAZIONI SANITARIE: IL CASO MILANO

di Elisabetta Lenti

L'idea di progettare un servizio per l'offerta integrata di informazioni e prenotazioni nasce principalmente da due convinzioni: la prima è che la situazione effettiva nelle singole realtà sanitarie lombarde sia caratterizzata da una elevata carenza a livello informativo, testimoniata anche da un'indagine direttamente svolta presso l'utenza. Su più di trecento interviste effettuate, per verificare l'esistenza di una domanda potenziale per il servizio proposto, l'accoglienza positiva riscontrata in quasi l'80% degli intervistati ha dimostrato che il servizio effettivamente risponde ad un'esigenza reale e sentita; la seconda è che le innovazioni gestionali ed organizzative, introdotte con il decreto legislativo n. 502 del 1992 modificato dal n. 517 del 1993, possano rappresentare il contesto ideale per un reale orientamento ai bisogni dell'utente.

Nello specifico la proposta avanzata suggerisce alle USL di focalizzare il problema del rapporto con l'utenza: il miglioramento della gestione dei rapporti fra Unità Sanitaria Locale e cittadino non è più solo un'esigenza funzionale, ma un'indicazione istituzionale.

Con l'art.10 e l'art. 14 del decreto citato, infatti, rispettivamente si introducono sistemi di valutazione e controllo della qualità in grado di coinvolgere i cittadini e si ribadisce l'importanza dell'informazione al pubblico per favorire l'accessibilità ai servizi. Solo una comunicazione efficace genera un'utenza informata e, quindi, capace di esprimere giudizi e scegliere consapevolmente, partecipando attivamente alla riqualificazione del servizio che le viene offerto.

Nell'ambito del nuovo orientamento al servizio, da parte delle amministrazioni pubbliche, la comunicazione, la valutazione e la partecipazione diventano, dunque, gli elementi caratterizzanti del servizio stesso.

Nonostante l'enfasi posta su questi aspetti, il rischio è che le innovazioni restino ferme a livello di enunciati di principio. La realtà con cui quotidianamente si scontrano gli utenti, infatti, testimonia la persistenza sia dei problemi relativi alla standardizzazione del servizio, conseguenza inevitabile di una visione parziale del bisogno del paziente, sia del malcontento per le liste di attesa, per le code agli sportelli e per la complessità delle procedure di accesso. L'effetto, in ogni caso, è quello di un'utenza disorientata, incerta sui riferimenti, che perde tempo anche solo per trovare il punto giusto di erogazione del servizio.

La problematica dell'accesso ai servizi rimane dunque un tema attuale. In un sistema urbano come quello milanese, del resto, dove si concentrano numerosi comuni anche ad ele-

vata densità che popolazione, i problemi in merito alle scelte strategiche ed operative per la gestione dei servizi sono molti.

La mancata introduzione di sistemi operativi per l'integrazione delle attività e il basso grado di coordinamento tra le strutture hanno notevolmente indebolito la capacità stessa delle Unità Sanitarie Locali di orientare l'utente rispetto al suo bisogno di salute e hanno portato alla produzione di servizi sanitari disaggregati creando sovrapposizioni, duplicazioni e vuoti di offerta. L'aziendalizzazione e l'accorpamento delle Ussl, inoltre, hanno contribuito ad accentuare alcuni problemi dell'utenza: sia di tipo informativo, l'utente-medio non è in grado di valutare la struttura nella quale il servizio è svolto nel modo più efficiente; sia di tipo qualitativo, non tutte le unità offrono gli stessi servizi, creando disparità di affluenza con sovraffollamento di alcune strutture e conseguentemente sotto utilizzo di altre.

Da qui dunque la necessità di istituire un servizio informativo al quale l'utente possa rivolgersi prima di accedere ai servizi sanitari, esterno alla singola Ussl, ma di riferimento per più Ussl.

Poiché l'obiettivo è migliorare l'accessibilità si è prestata particolare cura alla definizione delle procedure di erogazione del servizio in termini di percorso dell'utente. Il servizio, che fornisce informazioni e che integra l'offerta delle strutture sanitarie a livello di area metropolitana, quindi, consente all'utenza di ottenere le informazioni desiderate e di prenotare le prestazioni erogabili ambulatorialmente dalle aziende sanitarie non solo in tutti i presidi diffusi sul territorio di competenza delle Ussl considerate, ma anche in ogni altro luogo idoneo a favorirne l'accesso.

La dislocazione dei punti di prenotazione deve essere progettata in modo da avvicinare il più possibile l'utente al servizio. I luoghi individuati potrebbero perciò essere, oltre a sportelli appositi all'interno dei presidi delle Ussl, anche luoghi che abituale frequentazione da parte degli utenti come le farmacie, progetto già in atto, e le banche, ma più che con ogni altro mezzo la capillarità del servizio potrebbe essere garantita dall'uso del telefono.

Il servizio presentato, però, non si limita a rispondere alle esigenze dei cittadini; infatti, nello stesso tempo offre l'occasione ai vari enti che erogano prestazioni sanitarie di rendersi più efficienti nazionalizzando i propri servizi grazie alla partecipazione ad un sistema integrato di offerta. Dallo smistamento delle richieste presso le varie strutture di offerta, indipendentemente dalle Ussl cui si generano, ma prediligendo invece la tempestività dell'erogazione, deriva, infatti, una più equa distribuzione delle prestazioni erogate.

La novità proposta dal servizio consiste, dunque, nello sfruttare la propensione alla mobilità degli utenti, già esistente a livello di area metropolitana, data la difficoltà di definire confini netti rispetto alla fruizione e all'erogazione dei servizi per incanalare i flussi di domanda verso quelle strutture che sono maggiormente in grado di soddisfarla. La tendenza dei cittadini a muoversi alla ricerca di un miglior servizio può, quindi, essere utilizzata per rendere più efficiente l'offerta stessa, indirizzando l'utenza in modo da coprire le strutture in sovracapacità e alleggerire quelle sottodimensionate, consentendo una diminuzione delle liste d'attesa degli ambulatori.

Tesi di laurea presentata all'Università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia Aziendale, A.A. 1994-1995. Relatore: Antonello Zangrandi

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO NELLE AZIENDE SANITARIE: ANALISI DI UN CASO

di Stefano Barbieri

Il presente lavoro ha inteso analizzare principalmente alcune delle più immediate conseguenze di natura gestionale ed operativa connesse al più complessivo disegno di riforma strutturale dell'intervento pubblico in ambito sanitario.

Il contesto dell'analisi si è rivelato caratterizzato fondamentalmente da due obiettivi:

- la progressiva trasformazione del funzionamento delle attuali strutture sanitarie che diventano, in linea di principio, unità aziendali complesse;
- il cambiamento delle modalità storiche di finanziamento, con il passaggio dalla logica del ripiano a piè di lista, presente in numerosi casi nel passato, a un nuovo sistema di finanziamento fondamentalmente basato sul rimborso delle prestazioni secondo tariffe pre-stabilite.

All'interno del primo capitolo sono stati considerati i possibili effetti derivanti dall'introduzione di sistemi di controllo direzionale all'interno delle aziende sanitarie pubbliche.

L'attenzione si è focalizzata principalmente sul controllo direzionale, esaminando anche le implicazioni connesse ai processi di pianificazione strategica e di controllo operativo.

I problemi di più difficile soluzione si sono rivelati quelli connessi alla misurazione dei risultati, per i quali la vasta letteratura in materia ha cercato di superare i limiti derivanti dall'applicazione dei più comuni indicatori di output tradizionali e, conseguentemente, dall'introduzione dei nuovi sistemi di responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse e sul conseguimento dei risultati.

La misurazione dell'output è una variabile critica del processo di controllo direzionale, per la difficoltà ad utilizzare gli indicatori sintetici tipici delle realtà imprenditoriali; allo scopo di valutare l'efficacia e l'efficienza sono state utilizzate modalità alternative di misurazione coerenti con le caratteristiche dei processi di produzione.

Alcune precisazioni sono utili:

- la natura pubblica dell'attività che non permette di utilizzare il prezzo negoziato negli scambi come misura dell'utilità prodotta;
- il problema dell'elevato contributo delle caratteristiche delle singole persone all'ottenimento dei risultati;
- l'eterogeneità delle attività prodotte.

Il lavoro è proseguito con la disamina dei molteplici indicatori di output ospedaliero, in particolare relativamente alla categoria concettuale della giornata di degenza, spesso utilizzata per valutare l'attività ospedaliera e, indirettamente, come criterio di ripartizione dei contributi pubblici al funzionamento delle strutture sanitarie ospedaliere.

La giornata di degenza è stata a lungo considerata come una misura sufficientemente rappresentativa dell'efficienza dell'attività ospedaliera fino al momento in cui la sua principale funzione era la produzione di una convalescenza «protetta», cioè fino a quando il consumo di risorse indotto dal ricovero dei pazienti è stato relativamente omogeneo, in termini di intensità e natura, e sostanzialmente indipendente dal tipo di ospedale e dal reparto di ricovero.

È quindi importante, per affrontare correttamente il problema dell'individuazione dei determinanti della variabilità dei costi ospedalieri e, successivamente, per confrontare gli indicatori di attività e di qualità dell'assistenza delle differenti strutture, lo sviluppo di appropriati sistemi di classificazione della complessità e della severità della patologia.

Si è arrivati quindi a classificare omogeneamente i pazienti, secondo le caratteristiche cliniche e il processo assistenziale, in gruppi che aggregano tipi di casi e che utilizzano prodotti-servizi intermedi simili, presentando consumi simili di risorse: si introduce così la categoria dei DRG.

I raggruppamenti di diagnosi omogenee definiscono, in quanto a consumo di risorse, il case-mix dell'ospedale-reparto che rappresenta, secondo le assunzioni del modello adottato, una misura del prodotto dell'attività ospedaliera.

Il metodo DRG aggrega le diverse patologie in gruppi che richiedono un impegno omogeneo di risorse (gruppi iso-risorse) in base ai quali è possibile confrontare l'attività dei re-

parti o dei presidi ospedalieri per mezzo degli indicatori tradizionali di performance (degenza media, occupazione media, ecc.) standardizzati per la complessità dei casi trattati; in questo modo viene limitato l'effetto dovuto alle diverse necessità assistenziali dei pazienti trattati (tipicamente fuori dal controllo clinico e amministrativo), mentre la variabilità residua è interamente imputabile ai livelli di efficienza ed alle politiche cliniche di trattamento dei casi.

I Diagnosis Related Groups, che compaiono per la prima volta negli Stati Uniti come base del finanziamento degli ospedali per i ricoveri dei pazienti iscritti al programma pubblico MEDICARE, rappresentano uno strumento di management sanitario per responsabilizzare gli operatori, tramite la riduzione della variabilità non strutturale dei vari comportamenti diagnostico-terapeutici; essi permettono ai sistemi gestionali delle aziende sanitarie di individuare più correttamente la distribuzione delle risorse perché i dati necessari alla classificazione dei pazienti sono elaborati da un sistema informativo ospedaliero basato su una scheda di dimissione, che risulta fondamentale per il corretto funzionamento del sistema.

L'applicazione pratica del sistema DRG è stata evidenziata in questo lavoro utilizzando come riferimento l'azienda ospedaliera di Parma.

MECOSAN

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

Spedizione in abbonamento postale - 50%

L'indice degli articoli
pubblicati su *MECOSAN*
nel 1992, 1993 e 1994

- in ordine alfabetico
per autore
- in ordine di materia
per sezione
- gli atti del forum
sul prontuario farmaceutico

Forum sul prontuario terapeutico

*Economia e management nel nuovo
prontuario farmaco terapeutico*
di Giovanni Fattore
1994, 9 : 5-10

Un mistero di difficile soluzione
di Giorgio M. Bressa
1994, 9 : 20-23

Note cliniche sui farmaci antidepressivi
di Enrico Smeraldi
1994, 9 : 24-27

*Antidepressivi essenziali: le ragioni del
prontuario*
di Lucilla Frattura
1994, 9 : 11-19

*La prescrizione di farmaci psicotropi in
un servizio psichiatrico pubblico*
di Mauro Percudani e Agostino Contini
1994, 9 : 28-34

Direzione:

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

Redazione:

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

Pubblicazione:

— edita da **SIPIS** ed iscritta al n. 285 del Regi-
stro Nazionale della Stampa in data 22 settem-
bre 1982

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale
di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.

— stampata dalla «Grafica Ripoli» snc, Via Pa-
terno, Villa Adriana-Tivoli - Tel. 381700 -
Fax 381700

— spedita in abbonamento postale - 50%

Condizioni di abbonamento:

Per abbonarsi a *Mecosan* per l'anno 1995 versa-
re l'importo di **L. 215.000** mediante c.c.p. n.
72902000 intestato a **SIPIS** - Roma, o inviare
assegno circolare o bancario, non trasferibile, in-
testato a **SIPIS** - Roma - Viale Parioli, 77.

Supplemento al n. 12 di *MECOSAN*

Direttore responsabile
Luigi D'Elia

Condirettore
Elio Borronovi

Coordinatore generale
Franco Sassi

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

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

SIPIS

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

CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE
 Volume 1, annata 1991, L. 150.000
 Volume 2, annata 1992, L. 150.000
 Volume 3, annata 1993, L. 220.000
 Volume 4, annata 1994, L. 220.000

RAGIUFARM

*La rivista bimestrale
 di dottrina, giurisprudenza, documentazione
 di interesse farmaceutico*

direttore
Luigi D'Elia

condirettore
Luigi Sanfilippo

quasi 4.000
 pagine
 di grande
 formato
 21 x 28

i 25 di Ragiufarm

al prezzo speciale di L. 518.000

- 4 anni di articoli
- 4 anni di massime e sentenze
- 4 anni di leggi nazionali e regionali
- 4 anni di relazioni a proposte di legge a livello parlamentare
- 4 anni di decreti ministeriali e di deliberazioni regionali
- 4 anni di recensioni di libri e di segnalazioni bibliografiche
- 4 anni di risposte a quesiti dei lettori

Un grande patrimonio culturale

*Da restituire in busta chiusa, per evitare
 eventuali ritardi, disguidi o smarrimen-
 ti oppure mediante fax al n. 06/8085817*

RAGIUFARM

Campagna promozionale valida fino al 30 aprile 1996

Cognome e nome o ragione sociale

.....

Via

C.a.p. Località

.....

Prov. Fax Tel.

SIPIS

Soc. editoriale

**Divisione
 Abbonamenti
 Periodici**

00197 ROMA

Viale Parioli, 77

Costo dell'abbonamento per l'anno 1996: L. 260.000

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato, l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura del 2% (dueper cento) mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

Il prezzo di abbonamento per l'anno 1996 è fissato in:

L. 260.000 per l'abbonamento ordinario
L. 500.000 per l'abbonamento sostenitore

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina di L. 70.000).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da L. 1.000 in francobolli.

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) L. 200.000
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) L. 200.000
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) L. 200.000
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) L. 215.000

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di L. 692.750, anziché L. 815.000, e, nel caso siano richieste più copie, sarà praticato uno sconto particolare.