

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:

Coordinatore generale

**Mario Del Vecchio**

Redattori capi sezione

**Giorgio Fiorentini**

**Marco Meneguzzo**

**Antonello Zangrandi**

**Francesco Zavattaro**

Redattori

**Federica Bandini**

**Giorgio Casati**

**Giovanni Fattore**

**Andrea Garlatti**

**Alessandra Massei**

**Franco Sassi**

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 Balilla, 18

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

Pubblicazione

— edita da **SUPIS**, 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 **SUPIS** s.r.l.

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

— spedita in abbonamento postale, tab. A, c. 26, art. 2, L. n. 549/95 - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 70.000

— 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 Sistema sanitario e società postindustriale**
- Sez. 1<sup>a</sup> - Saggi e ricerche
- 8 La valutazione del costo sociale delle malattie**  
di Maria Caterina Cavallo, Rosanna Tarricone
- 17 Rassegne sistematiche e sintesi di valutazioni economiche: una strada percorribile?**  
di Tom Jefferson, Franco Sassi, Vittorio Demicheli
- 23 Evoluzione e prospettive dell'intervento pubblico nel mercato farmaceutico**  
di Michela Tabacchi
- Sez. 2<sup>a</sup> - Commenti
- 36 Contrattare le prestazioni sanitarie. È un modello valido per l'Italia?**  
di Antonello Zangrandi
- 38 Revisione al ciclo di contrattazioni 1993-1994 tra «purchaser» e «provider» e guida al ciclo 1994-1995**  
di Elisabetta Trincherò
- Sez. 3<sup>a</sup> - Esperienze innovative
- 50 Il sistema di finanziamento delle aziende ospedaliere attraverso i DRG's. Una soluzione analoga in riabilitazione**  
di Emidia Vagnoni, Gaspare Crimi
- 59 Il collegamento tra sistema di budget e sistema di incentivazione nelle aziende ospedaliere: una possibile metodologia**  
di Giorgio Casati, Giovanni Valotti
- 76 Analisi della domanda e dell'offerta di prestazioni ospedaliere in una azienda U.s.l. attraverso l'impiego delle schede di dimissione**  
di H. Pontoni, P. Barbieri, M. Maistrello, M. Minerva, E. Reborà
- 83 Avvio di un'esperienza gestionale nel distretto sanitario riformato**  
di Renata Cinotti, Raffaella Stiassi
- 91 Progetto sperimentale di intervento di assistenza sanitaria residenziale nella U.s.l. di Forlì: attivazione di posti letto protetti presso la casa di riposo di Premilcuore**  
di Massimo Pieratelli, Giuseppina Vio Gilardi, Carlo Ramponi
- 98 Calcolo dei costi e determinazione delle tariffe in un contesto di scarsità di informazioni: una metodologia operativa per le aziende sanitarie**  
di Luca Baldino, Francesco Longo
- Sez. 4<sup>a</sup> - La sanità nel mondo
- 114 Il sistema sanitario austriaco**  
di Alberto Corradini
- Sez. 5<sup>a</sup> - Sanità e impresa
- 126 Le cure sanitarie a domicilio: l'esperienza di una società privata**  
di Roberta Montanelli, Domenico Bochicchio
- Sez. 6<sup>a</sup> - Biblioteca
- 136 Novità bibliografiche**
- 140 Spoglio riviste**
- 143 Bibliografia monotematica**
- 150 Tesi di laurea**

## SISTEMA SANITARIO E SOCIETÀ POSTINDUSTRIALE

*Il dibattito sul servizio sanitario, e più in generale sui servizi della sicurezza sociale, appare spesso assai debole in quanto si pone prevalentemente in una prospettiva di denuncia delle disfunzioni e delle inefficienze e di proposizione di linee di intervento che appaiono inadeguate rispetto alla natura ed alla complessità dei problemi. Il dibattito, anche quando riguarda temi rilevanti quali sono quelli del riassetto istituzionale del Servizio sanitario nazionale, la ricostruzione di un sistema di maggiore responsabilizzazione dei vari livelli decisionali, del risanamento della finanza pubblica attraverso una riqualificazione della spesa sanitaria (e sociale in generale), si riconduce a schemi concettuali inadeguati ad interpretare le logiche ed i meccanismi di funzionamento della società di oggi, e di quella del futuro. Tali schemi sono in generale semplicistici e perciò non consentono di progettare linee di intervento di larga prospettiva sociale ed economica che sola consentirebbe di aggregare il consenso necessario alla rifondazione di una nuova politica dello «Stato sociale» ed, in esso, al rilancio di una tensione positiva sul sistema sanitario. Per quest'ultimo si avverte oggi la mancanza di una «progettualità» idonea a collegare le attese di una migliore qualità di tutela della salute alla capacità di governare i meccanismi economici ed organizza-*

*tivi tramite i quali si svolge la gestione delle risorse destinate a questa finalità.*

*Il «problema sanità» può essere ripensato ed affrontato in alcuni suoi nodi strutturali solo inserendolo nella prospettiva della società postindustriale, intesa questa non certo come società «senza industria», ma come società nella quale il meccanismo economico di produzione e distribuzione della ricchezza ruota in parte rilevante attorno ai servizi, specialmente a quelli di interesse pubblico. La società sta evolvendo da una struttura nella quale i processi economici (e quelli sociali, politici ed istituzionali che sono fortemente interdipendenti con essi) sono attivati dalla produzione di beni derivati da «processi di trasformazione tecnico-industriale» ad una struttura in cui esistono molteplici «centri motori» dell'economia, tra i quali un posto di rilievo è attribuibile alla produzione-erogazione di servizi ed in particolare di «servizi alle persone», quelli definibili di well being.*

*Da ciò discende l'inconsistenza della contrapposizione tra «settori (e spesa) improduttivi» e «settori (e spesa) produttivi», dovendosi più correttamente recuperare il concetto economico di settori di attività rivolti al «diritto soddisfacimento dei bisogni» (di salute nel caso specifico) che possono alimentare un grande indotto econo-*

*mico di settori vari di produzione della ricchezza in senso economico.*

*Si chiarisce allora che la risoluzione dei problemi di salute, gli interventi nel campo della salute, oltre alla rilevanza sociale, assumono una indubbia, precisa e non trascurabile rilevanza ed attrattività» economica per tutti i settori di aziende che producono beni e servizi collegati ai processi di tutela della salute.*

*Una politica sanitaria che consideri non solamente l'aspetto della spesa, ma l'intero circuito consumi-produzione di ricchezza sembra più adeguata alla realtà della società moderna configurandosi come potente strumento di politica economica generale. Infatti organici e coordinati interventi di «tutela della salute» possono creare un indotto economico di dimensioni e di quantità non trascurabili capace di sostituire almeno in parte alcuni dei tradizionali «circuiti» di creazione produzione-distribuzione-consumo della ricchezza che ruotano attorno alla spesa bellica, alla spesa per esplorazioni spaziali, alla spesa per la motorizzazione, ecc.*

*Occorre incominciare a ragionare non tanto in termini di spesa sanitaria, ma di circuito economico consumi-produzione che ruota attorno ai bisogni di tutela della salute, circuito che presenta alcune interessanti caratteristiche per i sistemi economici e sociali moderni:*

1) è di dimensioni rilevanti, dato che i sistemi sanitari dei Paesi più progrediti (tra cui l'Italia) gestiscono risorse dell'ordine del 7-10 per cento (ed oltre il 15 per cento nel caso U.S.A.) del P.I.L.;

2) ha per oggetto primario il soddisfacimento dei bisogni «generali» e di tutta la popolazione;

3) richiede lo sviluppo e l'applicazione di conoscenze avanzate e quindi favorisce lo sviluppo di settori «ad elevata tecnologia» o ad elevato «contenuto di conoscenze» (dalle attrezzature diagnostiche ad elevatissima sofisticazione, alle applicazioni di bioingegneria, ai «sistemi esperti» nel campo dell'informatica);

4) peraltro si configura come settore di tipo labour intensive quindi particolarmente adatto ad affrontare il gravissimo problema della disoccupazione che rappresenta uno dei principali punti di debolezza dei sistemi economici (e sociali) dell'era dell'«innovazione tecnologica».

Il recupero di un più stretto rapporto tra politica sanitaria (a livello nazionale o a livello regionale) e politica delle attività economiche che fanno parte del suo indotto sembra una linea da perseguire obbligatoriamente nel prossimo futuro, linea idonea ad evidenziare opportunità di sviluppo finora ignorate o sottovalutate.

#### Rilettura del rapporto pubblico-privato

Richiamare la centralità del meccanismo d'impiego della ricchezza ai fini della tutela della salute (sotto forma di spesa di «consumo» e di spesa «per investimento») e ai fini di realizzare stimoli all'attività produttiva (delle imprese che forniscono beni e servizi al settore sanitario) significa anche superare i tradizionali ed ormai obsoleti schematismi della contrapposizione pubblico-privato

ed andare alla ricerca delle vie e degli strumenti per realizzare una sinergia tra pubblico e privato. In effetti, nessuno può negare che la peculiarità del «bene salute» e la rilevanza che la qualità della «tutela della salute», quale concretizzazione dei valori etici e morali di una società, portino a configurare la sanità come tipico settore «di interesse pubblico», di «interesse per l'intera comunità», quindi meritevole di essere regolato da meccanismi diversi, in larga misura, da quelli del «mercato» che, come è noto, fonda il suo funzionamento sugli interessi individuali e/o particolari.

Il riconoscimento della natura di settore di «servizio pubblico» deve significare che la selezione dei consumi (quali «bisogni di salute» sono meritevoli di tutela), la definizione delle priorità degli interventi ed in generale la regolazione dei meccanismi che determinano l'equilibrio domanda-offerta non possono essere delegati completamente al mercato e richiedono una certa «quantità» di intervento pubblico, quantità più o meno ampia a seconda del modello accolto nei diversi Paesi.

Riconosciuto che la funzione di guida e di governo di un sistema di servizi pubblici deve essere attuata attraverso organi e regole di tipo istituzionale, occorre altresì rendersi conto che, nelle moderne società, l'organizzazione delle attività per dare adeguate risposte ai bisogni di salute avviene e sempre più avverrà in forme diverse ed articolate, dipendenti:

— dalle caratteristiche tecnico-operative delle prestazioni dei servizi da erogare;

— dal tipo di tecnologie, o più in generale di metodiche messe a punto dal progresso della conoscenza;

— dalle condizioni economiche che caratterizzano in dati periodi i diversi

Paesi (livello della ricchezza, grado di sua concentrazione, ecc.);

— dai valori diffusi nella società che influenzano i comportamenti delle persone e dei gruppi sociali;

— dalla possibilità di suddividere la complessa attività di organizzazione della risposta ai bisogni della salute in processi vari, di cui alcuni direttamente collegati alla condizione di salute (prevenzione, cura, riabilitazione) ed altri solo indirettamente collegati (attività di supporto di diverso tipo tra cui quelle alberghiere, di mantenimento della funzionalità delle strutture, apparecchiature, attrezzature, ecc.).

Questi ed altri fattori inducono a pensare che la produzione di prestazioni e servizi in quantità e soprattutto con le qualità (principali ed accessorie) giudicate accettabili dalla società moderna, il perseguimento della efficienza tecnica, organizzativa ed economica, la ricerca di tempi e modi di erogazione delle prestazioni dei servizi corrispondenti ai tempi e modi resi necessari dal tipo di organizzazione sociale, economica e degli insediamenti territoriali della società italiana, sono obiettivi sempre più ardui da realizzare. Essi possono essere conseguiti con un mix di controllo diretto (da parte dell'ente pubblico) dei processi di produzione, oppure tramite l'affidamento degli stessi, o di parte di essi, all'iniziativa privata avente finalità di profitto (impresa privata di tipo tradizionale), oppure all'iniziativa privata con finalità di mutua assistenza (imprese cooperative), oppure all'iniziativa privata in forma di volontariato, oppure a forme di gestione mista.

Una forte e qualificata funzione pubblica può essere esercitata attraverso una molteplicità di forme di «gestione dei servizi» (diretti di assistenza o indiretti di supporto) alla ricerca del massimo dei vantaggi che



*ognuno di esse ha con riguardo agli aspetti tecnici, organizzativi, economici di corresponsabilizzazione dei destinatari dei servizi sul corretto uso delle risorse scarse. Gestione pubblica diretta, affidamento dei servizi ad imprese private (for profit e di tipo not for profit), coinvolgimento nella gestione dei servizi del mondo della cooperazione e del volontariato, attivazione di forme di collaborazione (iniziative miste) rappresentano opzioni su cui deve misurarsi la reale capacità di governo e di guida di un moderno sistema sanitario da parte di autorità pubbliche consapevoli del fatto che la complessità dei problemi non può più essere affrontata con l'ideologica alternativa pubblico-privato.*

*Poiché alla popolazione interessa avere quantità e qualità soddisfacenti di servizi ed interessano ben poco le diatribe o le analisi sulle diverse forme di gestione, si pone con sempre maggior forza la necessità di qualificare la scelta di Servizio Sanitario Pubblico che è tale in quanto intende garantire la tutela della salute a tutta la popolazione come «diritto della persona» ed «interesse della collettività», con una diffusa capacità di scegliere le diverse forme di gestione in base a «valutazioni di convenienza» tecnica, organizzativa, economica che possono mutare nei diversi tempi.*

*Si apre quindi un vasto terreno di collaborazione tra enti ed organismi pubblici di governo del Servizio sanitario nazionale ed imprese delle diverse specie, collaborazione dalla quale può derivare una promettente era di «innovazione gestionale ed organizzativa» capace di sprigionare nella sua potenzialità la grande carica di progresso derivante dall'innovazione scientifica e tecnologica.*

I benèfici effetti di «un nuovo modello»

*I dibattiti sull'alternativa sistema sanitario pubblico-sistema sanitario privato, le contrapposizioni tra efficienza (reale o presunta) delle strutture private ed inefficienza (reale e presunta) delle gestioni pubbliche, la contrapposizione tra «socialità» dell'azione pubblica e «parassitismo» delle strutture private che invece di assumere reali rischi imprenditoriali vivrebbero sulle garanzie date dalle convenzioni con il servizio pubblico, le considerazioni sugli squilibri strutturali causati dall'elevata quota di spesa pubblica nel nostro Paese, i contrasti sugli effetti dell'assetto istituzionale attuale e su quelli proposti, sembrano aver prodotto un impoverimento dell'elaborazione culturale sui problemi della sanità, un degrado del sistema in cui i diversi «attori» sono più preoccupati di evidenziare le debolezze altrui che non di prospettare i propri punti di forza. Un impasse decisionale rispetto alle grandi scelte che oggi si propongono, la cui unica o principale conseguenza è il progressivo degrado del sistema di tutela della salute. Non è possibile uscire da tale situazione senza il rilancio di un nuovo grande progetto sulla sanità idoneo a completare e realizzare il grande progetto culturale che è stato alla base della Riforma Sanitaria. Infatti:*

*— il primo grande progetto, sviluppatosi negli anni sessanta e settanta ha riguardato l'esplicitazione del concetto di «salute» come momento centrale del modello di assistenza in sostituzione di quello di malattia e la sua tutela come «diritto civile ed umano»;*

*— il secondo grande progetto culturale, che dovrà caratterizzare la seconda metà degli anni novanta, ha per oggetto la messa a punto e l'applicazione di modelli istituzionali, organizzativi e gestionali non ideologici (o idealizzati) ma coerenti con la com-*

*plexità e le caratteristiche strutturali derivanti dalle necessità di rendere effettivo e reale il diritto alla tutela della salute.*

*Si tratta di rilanciare un grande progetto culturale per realizzare un modello di sistema sanitario in cui elementi di «pubblico» e di «privato» trovino un loro equilibrio all'interno di un meccanismo che si può definire di «competitività guidata dal pubblico». Comportamenti chiave di tale sistema dovrebbero essere:*

*— la competitività tra le strutture di offerta (pubbliche, private for profit, private not for profit, miste) quale «fattore di stimolo» dell'innovazione e della ricerca di più elevati livelli di qualità dell'assistenza e dell'efficienza;*

*— la regolazione (non regolamentazione normativa) pubblica intesa come l'insieme di principi e criteri idonei ad indirizzare il gioco competitivo verso gli obiettivi di interesse generale.*

*Per costruire il sistema sanitario del futuro e per uscire dalle secche delle proposte attuali che, anche quando sono tecnicamente apprezzabili, non sembrano in grado di incidere sugli elementi strutturali, occorre trovare forze sociali, politiche, imprenditoriali, sindacali, disposte a passare:*

*— da una logica di competitività concorrenziale di chi spesso costruisce il proprio successo sottraendo qualcosa a qualcun altro;*

*— ad una logica di competitività collaborativa nella quale ognuno degli attori di un processo economico cerca il proprio successo contribuendo, insieme ad altri, ad ampliare le opportunità legate al proprio campo di attività.*

*E nella sanità esiste la possibilità di creare grandi opportunità positive sia per gli operatori pubblici che per quelli privati. In particolare da un si-*



stema di «competitività collaborativa guidata dal pubblico» è possibile aspettarsi i seguenti effetti positivi:

1) allargamento di interessanti aree di attività per le imprese;

2) possibilità di sviluppare fondamentali progetti di ricerca e di innovazione collegati alla salute in cui il «pubblico» può garantire le prospettive di «mercato» richieste da progetti di lungo periodo e ad elevati costi, il mondo della scienza può garantire il contributo della conoscenza derivante dalla ricerca e le imprese possono dare il loro apporto consistente nella traduzione delle conoscenze in applicazione di problemi;

3) possibilità per gli enti e gli organismi pubblici, di ottenere attraverso un più stretto contatto con le imprese, quel trasferimento di professionalità «imprenditoriale» e «manageriale» di cui oggi si avverte la carenza in termini così accentuati;

4) sviluppare una capacità del «sistema sanitario italiano», sia per quanto riguarda l'erogazione dei servizi sia per quanto riguarda i settori che costituiscono «indotto» della sanità, di essere competitivi rispetto ai sistemi di altri Paesi: si tratta di un'esigenza fondamentale per sostenere l'impatto della integrazione europea giunta ormai ad un punto critico.

#### La valorizzazione del personale

Il progetto di rilancio del sistema sanitario attorno ai principi della maggiore responsabilizzazione nei confronti dei destinatari dei servizi, della flessibilità e nella molteplicità delle forme di organizzazione dell'offerta, del recupero di una elevata competitività nei confronti dei sistemi di altri Paesi, impone la piena valorizzazione della «risorsa umana» che opera nel sistema. Un sistema dinamico, orientato verso obiettivi di così alto profilo richiede:

1) di dare pieno sviluppo alla professionalità di medici, biologi, infermieri, tecnici e di tutto il personale di assistenza garantendo la piena autonomia professionale all'interno però di regole-organizzative che, esaltando le sinergie proprie delle organizzazioni complesse, orientino la professionalità degli individui verso gli obiettivi generali sopra ricordati;

2) di dare il pieno riconoscimento e la piena legittimazione alla funzione manageriale che ha la responsabilità di applicare principi, metodi e strumenti idonei a perseguire l'efficacia dell'azione, l'efficienza nell'impiego delle risorse, l'economicità della gestione nel rispetto delle caratteristiche di «personalizzazione delle prestazioni», di rispetto della autonomia professionale, di salvaguardia del rapporto fiduciario tra prestatore del servizio e paziente e della libera scelta di quest'ultimo;

3) di favorire l'emergere di figure di «amministratori» della sanità che svolgano una reale funzione di «governo della sanità», intesa come funzione di contenuto «imprenditoriale» finalizzata a perseguire la coerenza tra «condizioni dell'ambiente esterno» e «caratteristiche del funzionamento interno».

Il superamento delle attuali difficoltà del SSN ha come condizione essenziale la creazione di una prospettiva in cui le persone non sono più chiamate a svolgere ruoli di tipo «burocratico» o piattamente «operativo».

Impegnarsi nel rilancio del sistema sanitario lungo le linee sopra descritte significa ricreare per chi a vario titolo opera nel sistema stesso validi motivi di «condivisione ed identificazione con gli obiettivi».

Nella sanità, come in altri settori di servizi pubblici, si osserva il riaccendersi di forti tendenze «corporative» da cui possono discendere gravi e non facilmente controllabili conseguenze.

Mancando chiari progetti di sviluppo nei settori dei servizi per la comunità e prevalendo invece le analisi critiche sul ruolo e sul funzionamento dei sistemi pubblici, si è determinata una risposta mirante alla difesa di ruoli di potere e di immagine da parte dei diversi gruppi di operatori.

Appare molto debole, specie nella sanità, il tentativo di rispondere alle tendenze neo corporative con risposte particolari alle richieste particolari che, nella misura in cui «premano» qualche gruppo, «penalizzano» altri.

La proposta di un nuovo progetto di rilancio del sistema sanitario, invece, creando prospettive ed attese di miglioramento generalizzate nel sistema può attenuare la forza delle rivendicazioni corporative, se non proprio eliminarle.

#### Linee di azione

Gli interventi nel e sul sistema sanitario devono partire dalle seguenti considerazioni:

1) l'economia è alla ricerca di nuovi «valori» in sostituzione di quelli tradizionali del periodo «industriale»;

2) il settore della «tutela della salute» si caratterizza sempre più per la sua attitudine ad alimentare un «attraente circuito economico» congiunto alla sua indubbia rilevanza sociale: esso appare idoneo a congiungere socialità ed economia;

3) la prospettiva di una forte e crescente integrazione europea pone al sistema ed alle imprese che ne rappresentano l'indotto, sfide di alto livello.

Occorre dare risposte che seguano le seguenti linee:

a) rilancio della «questione sanità» in termini tali da ricreare una «forte tensione culturale e progettuale»;

b) abbandono di logiche di contrapposizione pubblico e privato e realizzazione di progetti capaci di attivare «sforzi congiunti ed integrati» per la soluzione di problemi di vasta portata;

c) far leva sullo sviluppo e sul pieno sfruttamento della potenzialità delle «risorse umane» che rappresentano sempre la maggiore ricchezza dei sistemi economici e sociali.

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>



# LA VALUTAZIONE DEL COSTO SOCIALE DELLE MALATTIE

di Maria Caterina Cavallo, Rosanna Tarricone

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodologie di analisi degli studi di costo sociale delle malattie - 3. Ipotesi di sviluppo di una analisi dei costi sociali: la rilevazione e la quantificazione delle risorse assorbite - 4. La monetizzazione delle risorse assorbite - 5. Conclusioni.

*Cost of Illness (COI) studies represent the earliest form of economic evaluation which aims to inform the decision maker about the economic burden of illness borne by society as a whole. It also provides a tool to support the decision making and setting priorities processes. The main objects of this article are to describe COI analysis and point out its usefulness in the health-related decision making process. The methodology currently used to estimate the economic burden of illness is discussed and a critical analysis of the human capital approach to evaluate indirect costs has also been done. The second half of the article mainly concerns a discussion about the practical difficulties in finding out the right monetary value to attach to the different cost components. Advantages and disadvantages of sources of data currently used in Italy to derive these monetary values have been deeply discussed at the end of the article.*

## 1. Introduzione

La forte crescita della spesa sanitaria che da alcuni decenni si verifica in quasi tutti i Paesi industrializzati è sicuramente alla base dello sviluppo e della diffusione delle analisi di valutazione economica in sanità. Il dilemma posto dalla scarsità delle risorse (finanziarie, umane, ecc.) da un lato e dall'aumento dei bisogni sanitari sia in termini quantitativi che qualitativi dall'altro, hanno infatti reso necessaria l'introduzione di criteri economici nei processi decisionali ai diversi livelli di governo. Il costo sociale delle malattie è stata una delle prime analisi di valutazione economica usata in sanità (Fein, 1958; Rice, 1966) per la valutazione dell'impatto economico che le patologie hanno sulla società nel suo complesso. Più in generale, gli obiettivi dell'analisi di costo sociale sono quelli di fornire informazioni al decisore politico circa il costo soppor-

tato dal servizio sanitario e più in generale dalla collettività a causa di una specifica patologia e quello di dotare il decisore di uno strumento di supporto al processo decisionale e di determinazione delle priorità in ambito sanitario.

In primo luogo, gli studi di costo sociale forniscono una chiave di lettura dell'impatto sociale delle malattie diversa e complementare rispetto a quella dei più usuali indicatori epidemiologici di mortalità e morbilità (Behrens C., 1988; Hodgson TA., 1988). Alcune malattie tra quelle croniche e/o mentali ad esempio, sebbene non presentino alti tassi di mortalità (es. la depressione), hanno tuttavia un impatto economico notevole in termini di assorbimento di risorse (es. tempo perso dal paziente e dai suoi familiari e amici a causa della malattia) e/o in termini di deterioramento della qualità della vita. Questi aspetti (assorbimento di risorse e deterioramento della

qualità della vita) dovrebbero essere considerati insieme ai più tradizionali indicatori epidemiologici per rendere il processo decisionale e quello di determinazione delle priorità meno parziale. L'allocazione delle risorse scarse ad esempio alle attività di ricerca e/o di sviluppo e acquisizione della tecnologia solo sulla base degli indicatori epidemiologici tradizionali penalizzerebbe infatti tutte quelle malattie (si pensi ai disturbi d'ansia) che pur deteriorando la qualità di vita dei pazienti non ne provocano la morte o non ne pregiudicano la funzionalità fisica.

In secondo luogo, la stima del costo sociale delle malattie fornisce una

---

In termini di stesura finale, i paragrafi 1 e 2 sono da attribuire a R. Tarricone e i paragrafi 3 e 4 a M.C. Cavallo.

Il paragrafo 5 è da attribuire ad entrambi gli autori.

base di riferimento per valutare l'efficacia di interventi sanitari che siano in grado di prevenire o limitare l'impatto delle malattie stesse e diviene quindi strumento di supporto al processo di determinazione delle priorità.

Gli studi di costo sociale possono essere di prevalenza o di incidenza. Gli studi di prevalenza misurano il valore delle risorse consumate o perdute a causa della malattia durante un determinato periodo di tempo (es. un anno) che prescinde dall'insorgenza della malattia stessa. I risultati degli studi di prevalenza forniscono quindi informazioni sul costo sociale indotto dall'esistenza e dal trattamento di una malattia. La suddivisione analitica del costo sociale nelle sue componenti (es. costo del consumo di farmaci, costo dell'ospedalizzazione, costo delle prestazioni ambulatoriali, ecc.) mette in luce, inoltre, l'incidenza delle diverse categorie di costo sul costo totale della malattia, delineando le aree di maggiore interesse ed intervento e/o richiamando l'attenzione sul consumo di determinate risorse che potrebbe essere razionalizzato o contenuto attraverso — ad esempio — la standardizzazione o una maggiore uniformità dei protocolli diagnostici e terapeutici. Gli studi di incidenza si focalizzano invece su quei casi che hanno sviluppato la malattia per la prima volta in un determinato periodo di tempo. I pazienti vengono quindi seguiti per tutta la vita o comunque fino alla scomparsa della malattia valutando il costo delle risorse consumate nel periodo di riferimento a causa della malattia stessa. Attraverso gli studi di incidenza si ha la possibilità di stimare le conseguenze in termini economici di una riduzione dell'incidenza stessa e/o di un miglioramento dell'outcome conseguiti grazie all'implementazione di nuovi interventi sanitari. Sono questi infatti gli studi che più degli altri forniscono un utile strumento di supporto

al processo di analisi delle priorità (Rice DP., 1994). Tuttavia, la quantità delle informazioni richieste dagli studi di incidenza (si ricorda che i pazienti devono essere seguiti per tutta la vita e il consumo di risorse indotto dalla malattia deve essere monitorato per lo stesso periodo) rende il disegno di questo studio ovviamente più complesso e costoso di quello basato sulla prevalenza. L'esigenza di ottenere dei risultati in tempi relativamente brevi insieme a limiti finanziari rendono questo tipo di studio difficilmente utilizzabile come è facilmente verificabile da un'analisi della letteratura.

## 2. Metodologie di analisi degli studi di costo sociale delle malattie

La metodologia corrente di valutazione degli studi di costo sociale delle malattie si sostanzia nell'identificazione delle componenti di costo e nell'attribuzione alle stesse di un valore monetario. Il valore monetario dovrebbe rappresentare il costo opportunità, il valore cioè dell'opportunità di impiegare in un modo diverso le risorse che sono state invece utilizzate o perse a causa della specifica malattia (Hodgson TA., 1988). Il concetto di costo opportunità è strettamente correlato alla scarsità delle risorse. La scarsità delle risorse implica un impiego delle stesse in un numero limitato di programmi. Questo comporta una scelta tra progetti alternativi che dovrà tenere in considerazione quali sono i vantaggi/benefici che si sarebbero conseguiti se si fossero finanziati i progetti alternativi scartati. Il valore dei benefici perduti rappresenta quindi il costo opportunità.

Sul valore monetario da utilizzare per quantificare il costo opportunità non esiste uniformità di giudizio. Se il mercato operasse in regime di concorrenza perfetta, i prezzi di mercato sarebbero i valori preferiti perché riflet-

terebbero il valore intrinseco dei beni scambiati, rifletterebero cioè il valore delle risorse (scarse) utilizzate per la produzione del bene in oggetto e sottratte da impieghi alternativi. Tuttavia, dato che il mercato reale si discosta notevolmente dal modello di concorrenza perfetta o nelle migliori delle ipotesi ci assomiglia senza comunque mai sovrapporsi, i prezzi di mercato difficilmente rappresentano il costo opportunità delle risorse impiegate nella produzione di determinati beni e sottratte da altri impieghi. Per questo motivo i prezzi di mercato non sempre sono il valore monetario di riferimento utilizzato nelle analisi di costo sociale delle malattie come meglio illustrato nel paragrafo 4.

Le componenti di costo sono classificate come dirette, indirette e intangibili.

I costi diretti riguardano le spese mediche e non mediche direttamente attribuibili alla diagnosi, trattamento e riabilitazione della malattia. Tra le prime ci sono ad esempio il consumo di farmaci, i ricoveri ospedalieri, i test diagnostici, le diverse strategie riabilitative e il costo della ricerca, mentre il trasporto del paziente è un esempio delle spese non mediche.

I costi indiretti si riferiscono invece alla ridotta o mancata produzione per la società a causa della malattia. La morte prematura, la cessazione dell'attività lavorativa, l'assenteismo e/o la ridotta produttività sul lavoro hanno come conseguenza una riduzione della produzione per la società che non si sarebbe verificata in assenza della specifica malattia e che quindi deve essere quantificata e attribuita alla stessa per misurare l'impatto totale che la malattia ha sulla società. La teoria sottesa a questa metodologia di calcolo dei costi indiretti è quella del capitale umano secondo cui gli individui sono considerati come macchine produttrici di beni. Il valore monetario

utilizzato per quantificare la mancata produzione è il reddito da lavoro (salario/stipendio) percepito dai pazienti/lavoratori al lordo di tasse e contributi. In caso di morte prematura di un paziente/lavoratore ad esempio, si procederà alla quantificazione del reddito da lavoro che il paziente avrebbe percepito dal momento della sua morte a quello del pensionamento per valutare la mancata produzione sopportata dalla società. L'utilizzo di questo approccio per il calcolo dei costi indiretti è tuttavia estremamente riduttivo e penalizza le categorie sociali fuori dal mercato del lavoro (es. gli anziani). Discrimina inoltre all'interno delle categorie lavorative per cui la vita di un dirigente morto prematuramente a causa di una malattia ha un valore notevolmente più elevato della vita di un operaio a parità di condizioni. La monetizzazione della mancata produzione con il reddito da lavoro si basa sull'assunto che il salario o lo stipendio siano effettivamente una misura della produttività. Ciò non significa che ciascun lavoratore riceve il valore della sua produzione ma che ciascun lavoratore riceve il valore dell'incremento della produzione totale che si è verificato con un aumento unitario del fattore produttivo, cioè con l'ultimo lavoratore assunto (produttività marginale) (Mansfield E., 1983). Tuttavia, le ipotesi di base della teoria della produttività marginale (es. mercati del lavoro perfettamente competitivi e massimizzazione del profitto da parte delle imprese) non sono verificate nella realtà (Shiell A., 1987). I mercati del lavoro non sono infatti perfettamente competitivi per la presenza ad esempio dei sindacati, per discriminazioni dovute al sesso, razza e/o età e per il fatto che alcune attività produttive non sono retribuite dal mercato (es. il volontariato). Il reddito da lavoro non misura quindi la produttività marginale e, a parere di chi scrive il suo utiliz-

zo è socialmente inaccettabile per la valutazione della produzione dato che a parità di condizioni l'attività di un uomo bianco è ad esempio valutata diversamente da quella di un uomo di colore (Rice D., 1966). Fornisce inoltre valori distorti sull'impatto economico delle patologie dando rilevanza a quelle patologie che presentano alti tassi di mortalità e/o che colpiscono maggiormente i lavoratori retribuiti. Infine, la morte prematura o la cessazione dell'attività lavorativa da parte di un individuo a causa della malattia non sempre si traduce in una perdita di produzione per la società. Molte imprese tengono infatti in considerazione la possibilità di assenza per malattia dei propri dipendenti nei loro piani di produzione e assunzione e sono quindi in grado di sostituire il lavoratore assente senza incorrere in alti costi e/o perdite di produzione. Se inoltre, il tasso di disoccupazione in una determinata società è elevato — ipotesi plausibile in molte economie avanzate — i processi di sostituzione nel mercato del lavoro sono ulteriormente fluidi e a basso costo.

Sulla base di queste ultime considerazioni Koopmanschap e Van Ineveld (Koopmanschap e Van Ineveld, 1992) proposero un approccio alternativo al capitale umano, the friction cost method. Gli autori concludono che le malattie possono causare una perdita di produzione per la società ma che in genere questa perdita è confinata al periodo di tempo necessario al sistema per adeguarsi al cambiamento — the friction period — dettato dalla morte prematura o dal ritiro dal mondo del lavoro del paziente/lavoratore e che comunque questo periodo è più breve di quello intercorrente tra la morte (o il ritiro dal mondo del lavoro) e il pensionamento. L'ampiezza del friction period è correlata negativamente al grado di sostituibilità del lavoratore malato (es. competenze specifiche

sono difficilmente sostituibili) e al livello di disoccupazione presente nel mercato (es. più alto è il livello di disoccupazione più è facile sostituire un lavoratore). Tuttavia, nonostante la metodologia del friction period sembri promettente, le difficoltà nel reperimento dei dati necessari per la stima degli aggiustamenti di breve e lungo periodo del mercato del lavoro ne hanno limitato il suo utilizzo.

Altri approcci hanno cercato di andare oltre la metodologia del capitale umano valutando la vita umana e non soltanto il suo contributo al Prodotto Interno Lordo. L'approccio della disponibilità a pagare valuta la salute o la mancanza di uno stato di malattia sulla base della quantità di denaro che la popolazione è disposta a pagare per ridurre la probabilità che si verifichi un certo evento, come la morte a causa di una malattia (Hodgson TA., 1988). La disponibilità a pagare introduce nell'analisi la centralità del consumatore/paziente suggerendo che in qualità di potenziale vittima di malattie, sono i migliori giudici del loro impatto e sono i soli a poter dire qualcosa circa il valore delle loro vite. Nel caso del capitale umano invece, gli individui si vedono assegnare un valore economico (salario/stipendio) senza avere alcuna possibilità di esprimere la propria volontà. Il maggiore vantaggio della disponibilità a pagare è quello di riuscire a identificare quali sono le preferenze sociali circa le politiche pubbliche di controllo delle malattie. Le decisioni circa l'allocazione delle risorse scarse verrebbero quindi guidate dalle preferenze esplicitamente espresse dalla collettività. Tuttavia, l'approccio della disponibilità a pagare presenta enormi difficoltà sul piano operativo. I metodi fino ad oggi impiegati per rendere operativa questa metodologia riguardano il questionario e l'analisi delle preferenze rivelate. Nel caso delle



preferenze rivelate, il comportamento degli individui viene osservato al fine di desumere i valori da essi attribuiti alla vita umana. Le differenze salariali associate alla rischiosità del lavoro sono state ampiamente utilizzate ad esempio come indice della propensione al rischio dei diversi individui. Tuttavia è stato sottolineato che le differenze salariali possono dipendere da variabili diverse dalla propensione al rischio ed essere invece associate alla mancanza di altre opportunità di scelta nel mercato del lavoro. Nel caso del questionario invece, le risposte degli intervistati sono spesso influenzate dalle aspettative degli stessi circa l'utilizzo delle loro risposte e dal loro livello di reddito. Sono questi i maggiori svantaggi che hanno limitato l'utilizzo della disponibilità a pagare come metodologia di analisi dei costi sociali delle malattie.

Un ultimo approccio alla valutazione della vita umana si basa sulle decisioni prese in passato dal decisore pubblico circa l'allocazione delle risorse in quei settori dove la vita umana è variabile fondamentale come la sanità o i trasporti. Simile alle preferenze rivelate, questo approccio tende a osservare il comportamento dei decisori pubblici estrapolando dalle loro decisioni allocative il valore (o un intervallo ristretto di valori) attribuito alla vita umana. In questo modo il problema della disuguaglianza/discriminazione tra le vite umane proprio dell'approccio del capitale umano verrebbe eliminato poiché a tutti gli individui verrebbe assegnato quell'unico valore. Questo approccio assume implicitamente che le negoziazioni all'interno di qualsiasi processo politico portino a soluzioni razionali e coerenti (Mooney GH., 1977). Tuttavia, anche in quest'ultimo caso, i tentativi fatti per stimare il valore della vita stessa hanno rilevato che l'intervallo dei valori impliciti dati alla vita

umana dalle decisioni allocative passate era così vasto da impedire l'estrapolazione di qualsiasi valore significativo.

L'approccio del capitale umano rimane comunque la metodologia più usata per la stima dei costi indiretti. Ciò è dovuto principalmente alla disponibilità dei dati per la stima dei costi che sono infatti routinariamente raccolti a livello nazionale e alla impraticabilità dei metodi alternativi discussi sopra. Resta da sottolineare tuttavia che l'approccio del capitale umano non ha come obiettivo la stima del valore della vita umana. Si pone come obiettivo invece quello di stimare una componente dei costi indiretti - l'impatto che le malattie hanno sulla produttività dei pazienti. La valutazione dei costi indiretti tramite l'approccio del capitale umano può essere considerata solo una sottostima della ridotta funzionalità sociale dei pazienti a causa delle malattie (Jones-Lee MW., 1976).

I costi intangibili non sono definibili chiaramente. Sono identificabili in tutti quelli aspetti di deterioramento della qualità della vita dei pazienti e dei suoi familiari e amici a causa della malattia. Il deterioramento dei rapporti sociali, l'isolamento, l'angoscia sono tutti elementi che certamente riducono la qualità della vita di un paziente ma che tuttavia sono di difficile misurazione. Per questo motivo l'analisi dei costi intangibili è raramente effettuata all'interno degli studi di costo sociale delle malattie e laddove questi vengano considerati non sono mai tradotti in valori monetari. L'omissione dei costi intangibili è un grave limite delle analisi di costo sociale in quanto una loro stima potrebbe in molti casi fornire degli scenari completamente diversi sull'impatto sociale di molte malattie (es. disturbi d'ansia).

### **3. Ipotesi di sviluppo di una analisi dei costi sociali: la rilevazione e la quantificazione delle risorse assorbitate**

Sebbene con ovvie differenze dovute alle diverse finalità dell'analisi, è possibile sovrapporre le fasi che compongono l'architettura di uno studio sui costi sociali di una patologia, ai diversi momenti dello sviluppo di un qualunque studio clinico. Disegno e conduzione dello studio, analisi dei dati e loro interpretazione, sono passaggi obbligati tanto della metodologia della ricerca clinica (Miettinen, 1989) rivolta alla derivazione di dati di efficacia quanto della ricerca economica finalizzata all'esplicitazione dei costi indotti dalla patologia oggetto d'analisi.

Il disegno dello studio rappresenta, con riferimento agli studi di costo sociale, il momento più delicato dell'intera analisi in quanto la metodologia di rilevazione dei dati prescelta, l'ampiezza del campione a cui verrà applicata, l'approccio scelto per la valorizzazione dei dati di costo diretti ed indiretti e le fonti da cui derivare i valori unitari per la monetizzazione, sono variabili determinanti la veridicità del dato conclusivo.

Alla stregua degli studi clinici, anche l'analisi dei costi sociali di una patologia necessita di un gruppo di pazienti su cui effettuare la rilevazione di dati la cui validità attribuire, per inferenza, ad una popolazione più numerosa di quella osservata.

La prima riflessione va, pertanto, dedicata al metodo di rilevazione da seguire o, in altri termini, al tipo di studio che si intende realizzare. La prima opzione è tra studi basati su stime (Hay, 1987) (Cavallo, Fattore, 1994) (Trabucchi, Govoni, Bianchetti, 1994) e studi basati su rilevazioni dirette: distinzione sovrapponibile alla scelta tra l'osservazione di un processo standard di diagnosi e terapia ed un processo effettivo. Uno studio basato su stime per-

vede che la definizione della patologia oggetto d'analisi secondo i parametri clinici e la successiva identificazione del processo diagnostico-terapeutico tipico della stessa vengano compiuti da esperti sulla base della rispettiva esperienza clinica pregressa. Un gruppo selezionato di specialisti viene quindi chiamato ad esplicitare le fasi in cui la patologia si articola ed a quantificare, per ognuna di esse, il profilo di risorse sanitarie che mediamente assorbono, dal numero di visite al numero di esami clinici diagnostici e di monitoraggio, alle terapie farmacologiche sino all'ospedalizzazione. Generalmente si procede ad una serie di investigator meetings con i singoli clinici coinvolti nello studio in modo da eludere potenziali influenze reciproche nella quantificazione dell'iter; la presenza di opinioni discordi circa lo scenario attribuibile ai singoli passaggi terapeutici renderà necessari cicli successivi di incontri collettivi focalizzati sulla discussione delle tesi contrastanti al fine di mediare verso soluzioni che possano essere accolte all'unanimità e, pertanto, considerate standard. Se l'interazione con i clinici è fondamentale per la definizione puntuale delle necessità diagnostico-terapeutiche di una data categoria di pazienti, altrettanto si può dire dei caregivers (coloro che si prendono cura del paziente) per la definizione delle necessità di tipo assistenziale che verranno in seguito tradotte in costi indiretti (1). I familiari o chi per essi si prende cura del paziente e sopperisce alla sua mancanza di autonomia, vengono chiamati a standardizzare il loro impegno quotidiano nei confronti del malato secondo una prassi simile a quella usata con i clinici per quantificare l'intensità dell'assistenza medica. Un approccio sostitutivo del contributo dei clinici è rappresentato dall'utilizzo dei Registri dei casi, veri e propri data-base in cui vengono registrati tutti i passaggi terapeutici seguiti

dai pazienti affetti da determinate patologie ed afferenti ad una data struttura sanitaria di riferimento; a tutt'oggi essi rappresentano ancora un metodo sperimentale di raccolta dati e sono disponibili per un numero molto limitato di patologie (es. malattie psichiatriche) con una diffusione poco capillare sul territorio.

I limiti derivanti dalla scelta di «stimare» il profilo di risorse assorbito dal paziente a causa della patologia da cui è affetto sono evidenti: la mancanza di una rilevazione diretta dei dati, la loro derivazione da esperienze che, sebbene di estremo rilievo, restano comunque influenzate dalla propria specificità (la diversa scuola di appartenenza di un clinico rispetto all'altro può essere alla base di prassi terapeutiche differenti) condizionano, a volte pesantemente, i risultati dello studio.

Nel momento in cui la decisione ricade su una metodologia di rilevazione diretta, uno degli studi che offre maggiori potenzialità è uno studio prospettico longitudinale quale quello di coorte. I pazienti, dall'arruolamento alla conclusione prefissata (direttamente influenzata dal tipo di patologia oggetto d'analisi) verranno sottoposti a periodiche rilevazioni, più frequenti al crescere del grado di analiticità che si desidera attribuire alla raccolta dei dati, tese a registrare l'evoluzione dei bisogni di natura medica, farmacologica ed assistenziale indotta dalla malattia. Fondamentale è la predisposizione di schede appropriate per la rilevazione di tali dati, sotto forma di questionari, piuttosto che di «diari» mensili, settimanali o giornalieri, su cui i pazienti o le loro famiglie dovranno segnalare il consumo di risorse di varia natura intercorso nel periodo di tempo prefissato.

Ulteriore alternativa, nell'ambito della rilevazione diretta, è data dal disegno di studi trasversali retrospettivi: tra questi survey realizzate in ambiti terri-

toriali di varia estensione e realizzate tramite questionari postali sembrano rappresentare una valida possibilità. Il limite non trascurabile è dato dalla mancata capacità dello strumento, in questo caso, di registrare valori espressivi della gravità clinica dei pazienti coinvolti che consentano una qualche forma di stadiazione della malattia oggetto d'analisi. L'improponibilità dell'autocompilazione di scale cliniche da parte del paziente comporta, in sede di analisi dei dati, l'impossibilità di correlare il profilo di intensità dei bisogni indotti dalla patologia a variabili di tipo clinico della stessa. Per ovviare a questo problema, in molti studi il campione su cui effettuare l'analisi osservazionale viene estratto da un gruppo più ampio su cui si è già condotto uno studio clinico o di cui sono comunque disponibili valutazioni cliniche dei soggetti coinvolti (Rice, Fox, Max, Webber, Lindeman, Hauck, Segura, 1993).

Qualunque sia la metodologia di rilevazione prescelta, l'obiettivo resta lo stesso: stabilire quali sono le necessità determinate dalla malattia che possano costituire fonte di costi per la collettività.

Le variabili fondamentali da individuare e, successivamente, sottoporre a quantificazione sono elencate di seguito. Si noti che la definizione di un processo-terapeutico relativo ad una patologia, accoglie le differenze indotte dalle diverse risposte dei pazienti alle terapie (data una terapia somministrata, il disegno delle fasi successive sarà diverso a seconda che i pazienti siano responders o non-responders; allo stesso modo tra le procedure diagnostiche vi saranno esami a cui verrà sottoposta la totalità dei pazienti ed altri che interessano solo una parte degli stessi):

1) processo diagnostico della patologia:

- esami chimico-clinici;
- esami di diagnostica strumentale;

— visite specialistiche;  
 2) iter terapeutico della patologia:  
 — terapia farmacologica;  
 — altri schemi terapeutici;  
 — degenza in strutture ospedaliere/altre strutture;  
 — trattamento in regime di day hospital;  
 3) monitoraggio della patologia:  
 — esami chimico-clinici;  
 — esami di diagnostica strumentale;  
 — visite specialistiche;  
 — degenza in strutture ospedaliere/altre strutture;  
 — trattamento in regime di day hospital;  
 4) riabilitazione:  
 — fisioterapia;  
 — eventuali terapie riabilitative alternative;  
 5) assistenza:  
 — specifica (paramedica) retribuita;  
 — generica retribuita;  
 — assistenza non retribuita;  
 — situazione non retribuita;  
 — situazione lavorativa del paziente indotta dalla patologia;  
 — situazione lavorativa dei caregivers indotta dalla patologia.

Qualora per la patologia in oggetto siano state poste in atto azioni preventive occorre identificarle e considerarle parte integrante dell'iter. Ulteriori voci componenti il profilo di risorse assorbito a causa della patologia in oggetto dovranno essere identificate attraverso lo studio della patologia stessa in quanto differiscono da caso a caso (si pensi alle specificità relative alle patologie cronico-degenerative rispetto a patologie per le quali è possibile vedere ad una risoluzione).

Un esempio di schematizzazione del percorso diagnostico-terapeutico di una patologia è fornito da Tarricone (1994) relativamente all'ischemia critica cronica degli arti:

1) processo diagnostico (100% pazienti):  
 — 1 visita del Medico di Medicina Generale;  
 — 1 visita specialistica angiologica;  
 — esami strumentali e di laboratorio di routine (box 1);  
 — esami angiologici e non angiologici di primo e secondo livello (box 2);  
 2) processo terapeutico. Terapia farmacologica (100% pazienti):

— eparina calcica;  
 — emoreologici;  
 — antibiotici (cefalosporine, eritromicina);  
 2.1) terapia per pazienti responders (53% pazienti) (box 3);  
 2.2) terapia per pazienti non responders (47% pazienti):  
 — 1 visita specialistica (chirurgia vascolare) (47% pazienti);  
 — intervento chirurgico (33% pazienti) (box 4);  
 — angioplastica (4.8% pazienti);

**Box 1**

Elettrocardiogramma	Rx lombosacrale
Tempo di protombina	Rx torace
Tempo di tromboplastina parziale attivato	Rx arti inferiori
Sideremia	Rx addome
Emocromo + piastrine	IgA, IgM, IgG
Transferrina	T3, T4
HCV	HB glicosilata
Elettroliti urinari	Colesterolo HDL
VES	Gruppo sanguigno
R.W	Marcatori epatite
Urinocultura	Trigliceridemia
Colesterolemia	Esame urine completo
Azotemia	Glicemia
Uricemia	Transaminasi
Elettroforesi protidica	Potessemia
Sodiemia	Fibrinogeno
Lipoproteine	Antibiogramma

**Box 2**

Doppler arti inferiori	Ecodoppler T.S.A
Ecodoppler arti inferiori e superiori	Capillaroscopia
Pletismografia	Arteriografia
Oscillografia	Spirometria
Emogasanalisi	

**Box 3**

Antiaggreganti (300 mg/die\*270 gg./anno in media) + 4.5 visite specialistiche per il monitoraggio  
 Anticoagulanti (2 mg/die\*90 gg./anno in media) + 4 visite specialistiche per il monitoraggio

**Box 4**

Rivascolarizzazione diretta (tromoendoarteriectomia, by-pass in vena)	Revisione by-pass
By-pass in protesì	Embolectomia
Profundoplastica	Iperemizzante indiretta
Intervento demolitivo maggiore (amputazioni maggiori)	Intervento demolitivo minore (amputazioni minori)



— impianto di neurostimolatore (2.7% pazienti);

— terapia farmacologica con prostaciclina (6.2% pazienti).

Un ulteriore esempio di disarticolazione dell'iter terapeutico condotto secondo questa metodologia è fornito da Tarricone et al., 1994, con riferimento alla gastropatia da Fans.

In riferimento alla stima degli aspetti assistenziali delle patologie un esempio è dato dalla schematizzazione delle necessità assistenziali nella Malattia di Alzheimer per pazienti non istituzionalizzati (Cavallo, Fattore, 1994) (box 5):

**Box 5**

*Assistenza*

Caregiver principale: 6/8 ore/die durante la fase intermedia della malattia; 8/10 ore/die nella fase grave

Supporto al caregiver principale (assistenza generica retribuita): 20 ore settimanali

Assistenza professionale (nella fase grave della malattia) 6 ore settimanali

**4. La monetizzazione delle risorse assorbite**

Se il momento della rilevazione e quantificazione delle risorse riveste un ruolo critico nell'analisi rispetto alla disponibilità di tutte le variabili fondamentali per lo svolgimento di un'analisi esaustiva, non minore importanza va attribuita alla fase della monetizzazione dei valori a cui si è pervenuti. La scelta delle fonti più opportune a cui fare riferimento per la traduzione delle quantità rilevate in dati di costo è fortemente influenzata dalla disponibilità di dati di costo unitari sul territorio nazionale. È bene ricordare che nella contabilità delle strutture sanitarie territoriali, tenuta secondo le logiche della contabilità pubblica, hanno sinora trovato unicamente espressione i valori di entrata e di uscita e non i correlati valori di pro-

vento (ricavo) e di costo. Lo sviluppo delle componenti di rilevazione di carattere economico-patrimoniale da affiancare a quelle finanziarie, (proventi, costi, variazioni di capitale) nel sistema di contabilità generale (Borgonovi, 1984) e al tempo stesso lo sviluppo del sistema di contabilità analitica (direzionale), raccomandata dal D.L. 502/92, dovrebbero consentire l'acquisizione di una consapevolezza non solo relativa alla spesa dei fattori produttivi connessi all'attività erogata, ma anche ai costi connessi alla stessa attività variamente disaggregata. In riferimento all'analisi dei costi sociali una diffusa ed analitica produzione di dati di costo si traduce in una maggiore disponibilità di dati espressivi del consumo di risorse effettivamente legato alle variabili da includere nell'analisi. Tali informazioni, nonostante le inevitabili approssimazioni dovute all'imputazione di quote di costo in maniera soggettiva agli oggetti intermedi e finali di calcolo (si pensi all'imputazione dei costi che gravano sull'intero processo di trasformazione economica e che vanno, pertanto, parametrati sul singolo oggetto di calcolo mediante l'utilizzo di basi di ripartizione convenzionali) essi consentirebbero, comunque un maggiore avvicinamento ai valori ricercati.

In assenza di una fonte omogenea a cui fare riferimento per la valorizzazione dei singoli costi, le opzioni a tutt'oggi disponibili sembrano essere le seguenti:

— per la diagnostica e le prestazioni specialistiche ambulatoriali il riferimento è la Revisione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (D.M. 7 novembre 1991), mentre ad un livello di maggior aggregazione possono essere utili i ROD (Raggruppamenti omogenei di diagnosi) introdotti con D.M. 14 dicembre 1994. Con tale provvedi-

mento il ministero ha fornito un chiaro orientamento in direzione di un sistema di finanziamento assimilabile a quello basato sui DRGs di derivazione statunitense.

Entrambe le fonti, nonostante costituiscano un riferimento informativo di facile consultazione, rappresentano importi massimi rimborsabili e non costi delle singole voci considerate. Una tariffa, è bene ricordarlo, è il «prezzo in base al quale lo Stato fornisce alla collettività un bene o servizio che ritiene desiderabile sottrarre alle leggi di mercato ma non opportuno mettere a disposizione a titolo gratuito di tutti coloro che ne fanno domanda» (Stiglitz, 1992) e, in quanto tale non costituisce necessariamente il costo del bene o servizio in oggetto.

L'utilizzo di tali valori ai fini dell'analisi dei costi sociali, sebbene spesso rappresenti l'unica alternativa percorribile, rappresenta pur sempre una scelta non ottimale;

— una seconda possibilità per la ricerca dei dati unitari di costo è data dalle contabilità per centri di costo di quelle Aziende sanitarie che se ne siano già dotate. Il sistema ha il vantaggio di essere rappresentativo del consumo di risorse correlato alle singole prestazioni erogate e dunque dei costi delle stesse piuttosto che delle tariffe ad esse attribuite. D'altro canto esse restano, nel nostro paese, una caratteristica solo di alcune realtà, per cui il reperimento delle informazioni risulta talvolta piuttosto difficile oltre ad esprimere una realtà pur sempre parziale e difficilmente assimilabile ai consumi e ai relativi costi per le prestazioni validi a livello nazionale;

— per farmaci e parafarmaci la fonte disponibile è il sistema dei prezzi di mercato rappresentata dall'Informatore farmaceutico (Annuario ita-

liano dei medicinali) aggiornato annualmente.

Pur non essendo questa la sede per una disquisizione sui valori più opportuni per la valorizzazione delle singole risorse consumate in presenza di una patologia data, occorre ricordare che tale scelta deve comunque riflettere la ricerca dei valori che più approssimano il rispettivo costo-opportunità. Questo coincide con il prezzo ombra del bene in oggetto e con il corrispondente prezzo di mercato solo in presenza di particolari condizioni, tipicamente di concorrenzialità perfetta. L'assenza delle stesse nel contesto di analisi in cui le valutazioni dei costi sociali vengono realizzate (il mercato sanitario), fa sì che la scelta dei valori più opportuni non sia così automatica. In assenza di un dibattito teso alla riflessione sui diversi contributi dell'economia pubblica a tale proposito, il rischio è che la scelta ricada su dati valori (tariffe o costi medi) più per la facilità di reperimento degli stessi che per condivisione della ratio che essi sottendono;

— in riferimento ai costi indiretti la ricerca di dati per la valorizzazione del tempo lavorativo sacrificato per l'assistenza è, se possibile, ancora più difficoltosa; non tanto per la disponibilità di dati espressivi del reddito medio della popolazione quanto per la difficoltà di riscontrare in letteratura valori di reddito aggregati secondo criteri omogenei rispetto a quelli necessari per la conduzione dell'analisi del costo sociale. Negli studi in oggetto, infatti, la monetizzazione del tempo sottratto alla attività lavorativa e quindi il costo indiretto indotto dalla malattia, fa riferimento ai differenziali correlati ai diversi ruoli professionali ricoperti: il costo è direttamente proporzionale al reddito venuto meno e quest'ultimo al livello di reddito raggiunto al momento della riduzione/interruzione della attività lavorativa. Le fonti ufficiali più spesso forniscono dati di reddito aggregati per l'intera economia o suddivisi per settore di appartenenza dei lavoratori (es. industria in senso stretto, servizi, ecc.); un maggiore grado di dettaglio è riscontrabile all'interno delle categorie «lavoratori dipendenti» e «operai» per alcuni tipi di industrie. Indagini retributive sul pubblico impiego consentono di ottenere dati più specifici per quanto riguarda i redditi di diverse categorie impiegate nell'Amministrazione pubblica.

In linea generale, comunque, Banca d'Italia, Istat, Istituti regionali di Ricerca, Confindustria e contratti nazionali di categoria, rappresentano le fonti di maggior rilievo da utilizzare sempre nella consapevolezza che ogni studio implica una ricerca a sé stante diversa a seconda del taglio che è stato dato all'analisi.

## 5. Conclusioni

Nonostante le considerazioni effettuate sull'analisi dei costi sociali non abbiano la presunzione di rivelarsi esaustive riguardo all'argomento, esse mettono in luce i numerosi campi su cui è tuttora aperto il dibattito e le numerose incertezze con cui, chi voglia cimentarsi nella conduzione di tali tipologie di studi, deve confrontarsi. Molte delle problematiche citate, sebbene individuate relativamente agli studi di costo sociale delle malattie, sono comuni a tutte le tecniche di conduzione della valutazione economica in sanità che prevedano un'analisi dei costi. Dare enfasi alla discussione riguardo agli approcci con i quali affrontare i costi indiretti, al confronto di posizioni differenti riguardo alle fonti informative più opportune, alla ricerca del consenso attorno a quei valori che più dimostrino di rispecchiare il costo-opportunità dei vari oggetti d'analisi, è contributo nei confronti tanto dell'analisi dei costi sociali,

quanto delle altre tipologie d'analisi. È opinione di chi scrive che lasciare spazio al dibattito sugli aspetti discussi, sia momento imprescindibile per la definizione di good economic practices nel campo della valutazione economica. Per loro natura esse rappresentano il momento conclusivo di un dibattito che abbia saputo aggregare il consenso attorno a dati aspetti metodologici che diventano, pertanto, consigliabili.

Come è stato evidenziato, scarsa omogeneità e scarso consenso a tutt'oggi esistono circa la definizione dei costi diretti (spesso non di costi si parla ma di tariffe) e gli approcci attraverso i quali definire l'architettura dei costi indiretti con ovvie ripercussioni tanto sull'analisi dei costi sociali che sulle altre tecniche oggi correntemente utilizzate.

---

(1) L'ipotesi sottostante è che lo studio venga condotto seguendo, in riferimento ai costi indiretti, l'approccio, già descritto, del capitale umano in quanto, come è già stato fatto notare, esso costituisce la metodologia corrente e non perché si voglia sostenere la difendibilità di tale approccio.

## BIBLIOGRAFIA

- BEHRENS C, HENKE KD. *Cost of illness studies: no aid to decision making?* Health Policy 1988; 10: 137-141.
- BORGONOV E. *Il sistema contabile negli istituti pubblici: caratteristiche, valutazioni, prospettive.* Studi e Ricerche 1984; 49-81. Facoltà di Economia e Commercio. Università degli Studi di Parma.
- CAVALLO MC, FATTORE G. *Il costo sociale della Malattia di Alzheimer: metodologia e risultati di una indagine preliminare.* Mecosan 1994; 10: 12-23.
- FEIN R. *Economics of mental illness.* Basic Books, Inc., Publishers, New York, 1958.
- HAY JW, ERNST R. *The Economic Costs of Alzheimer's Disease.* AJP 1987; 77(9): 1169-1175.
- HODGSON TA. *Cost of illness studies: no aid to decision making?* Health Policy 1988; 11: 557-60.

- KOOPMANSCHAP MA, VAN INEVELD BM. *Towards a new approach for estimating indirect costs of disease*. Soc. Sci. Med. 1992; 9: 1005-1010.
- JONES-LEE MW. *The value of life*. An economic analysis. London: Martin Robertson, 1976.
- MANSFIELD E. *Microeconomia*. Il Mulino, 1983.
- MIETTINEN OS. *The clinical trial as a paradigm for epidemiologic research*. J Clin Epidemiol 1989; 6: 491-496.
- MOONEY GH. *The valuation of human life*. London: the Macmillan Press, 1977.
- RICE DP. *Cost-of-illness studies: fact or fiction?* Lancet 1994; 344 (3): 1519.
- RICE DP. *Estimating the cost of illness*. DHEW, Public Health Service. Washington, Government Printing Office, 1966.
- RICE DP, FOX PJ, MAX W, WEBBER PA, LINDEMAN DA, HAUCK WW, SEGURA E. *The Economic Burden of Alzheimer's Disease Care*. Health Affairs Summer 1993; 164-176.
- SHIELL A, GERARD K, DONALDSON C. *Cost of illness studies: an aid to decision making?* Health Policy 1987; 8: 317-323.
- STIGLITZ JE. *Economia del settore pubblico*. Milano: Hoepli, 1992.
- TARRICONE R. *Valutare il costo di una malattia. Il caso dell'ischemia cronica degli arti*. Prospettive Sociali e Sanitarie 1994; 19: 1-6.
- TARRICONE R, BERTOLINI F, SAGGIORO A, GRAZIOLI I. *Gastropatia da FANS in Italia: valutazione economica della prevenzione con misoprostol*. Argomenti di Gastroenterologia Clinica 1994; 7 (6): 263-269.
- TRABUCCHI M, GOVONI S, BIANCHETTI A. *Alzheimer Disease: Therapeutic Strategies*. Birkhauser Boaton, 1994.



# RASSEGNE SISTEMATICHE E SINTESI DI VALUTAZIONI ECONOMICHE: UNA STRADA PERCORRIBILE?

di Tom Jefferson <sup>1</sup>, Franco Sassi <sup>2</sup>, Vittorio Demicheli <sup>3</sup>

<sup>1</sup> British Army Medical Directorate, Aldershot (UK)

<sup>2</sup> Department of Social Policy and Administration, London School of Economics and Political Science (UK) e CeRGAS, Università «L. Bocconi»

<sup>3</sup> Università di Pavia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodo qualitativo - 3. Sintesi quantitativa - 4. Conclusioni.

*As the culture of evidence-based-medicine spreads internationally, a new Methods Group has been set up within the Cochrane Collaboration to investigate whether techniques for the systematic review and synthesis of economic evaluations could be developed to assist decision makers in pooling existing studies. Methods for carrying out overviews of effectiveness trials can be adapted to the field of economic evaluation, although meta-analysis techniques do not seem to be easily transferable, because of the nature of data used in economic studies. Two alternative solutions for the synthesis of cost information from different studies are suggested in this paper, but much research is still needed before definitive conclusions can be drawn.*

## 1. Introduzione

Mentre la cultura della evidence-based medicine (Sackett et al., 1996) si sta progressivamente affermando nel mondo clinico, pur non senza difficoltà e resistenze, il mondo della ricerca economico sanitaria inizia a interrogarsi sulla possibilità di utilizzare in modo più efficace la consistente mole di dati già disponibili in letteratura sul costo di diversi servizi sanitari.

Il numero di studi economici pubblicati su riviste mediche e non mediche è cresciuto vertiginosamente nel corso degli anni '80 e nei primi anni '90, come indicato da alcune recenti analisi bibliografiche (Elixhauser, 1993).

Rimangono, tuttavia, due problemi di difficile soluzione. Da un lato, la qualità degli studi pubblicati risulta in molti casi ampiamente insoddisfacente (Udvarheli et al., 1992; Gerard, 1992), con grande detrimento per l'attendibilità di eventuali analisi secondarie. D'altro lato, non sono tuttora disponibili, e forse non sarà mai possibile sviluppare, valide tecniche per la

sintesi di informazioni di costo riportate da studi precedenti.

Il primo dei due problemi merita sicuramente una trattazione separata. Questo articolo si propone di illustrare sinteticamente alcune delle metodologie in uso per lo svolgimento di rassegne sistematiche e per la sintesi dei risultati degli studi disponibili, riportando alcune riflessioni sull'applicabilità di tali tecniche al campo della valutazione economica.

Quando si pone un quesito del tipo: «È efficiente vaccinare tutti i bambini italiani contro l'epatite B?», è innanzitutto opportuno valutare se sia necessario uno studio completamente nuovo, il quale probabilmente ritarderebbe la risposta di diversi mesi, o addirittura anni, e potrebbe comportare un costo estremamente elevato, oppure se sia possibile ottenere una risposta da studi già condotti in altri contesti, eventualmente riportati in letteratura. Il quesito di partenza si può articolare in più interrogativi: i risultati degli studi disponibili possono essere estesi al contesto economico di riferimento?

È necessario prendere in considerazione uno studio solo o più studi? Come bisogna comportarsi se diversi studi riportano risultati diversi, e come si possono riconciliare eventuali conclusioni divergenti?

In realtà non esiste una risposta certa e univoca a queste domande, per la semplice ragione che i contributi teorici e metodologici che approfondiscono il tema della sintesi di valori quantitativi nell'ambito della valutazione economica sono estremamente limitati.

Lo svolgimento di rassegne sistematiche di studi esistenti e la sintesi dei relativi risultati con tecniche di tipo meta-analitico sono al centro delle attività della Cochrane Collaboration (Liberati, 1994), un network internazionale che ha fatto della evidence-based medicine la propria bandiera. Questo vale, in particolare, per gli studi sull'efficacia dei servizi sanitari, ma nell'ambito della Collaborazione si stanno effettuando tentativi di estendere l'uso delle tecniche correnti agli studi di natura economica, con la

creazione del Cochrane Health Economics Methods Group, nel 1994. Le tecniche descritte nei paragrafi che seguono sono in parte modellate su quelle in uso nell'ambito della Cochrane Collaboration per le overview di efficacia. Per gli esempi pratici si fa prevalentemente riferimento alla rassegna di studi sulla vaccinazione contro l'epatite B, pubblicata da due degli autori (Jefferson e Demicheli, 1994).

## 2. Metodo qualitativo

Il metodo di sintesi cosiddetta qualitativa affonda le proprie radici nelle scienze sociali, e ha origine nel mondo anglosassone. Questo approccio consta di due tipi di rassegne: una esplorativa, o descrittiva, e l'altra di sintesi, od analitica. Gli obiettivi delle due rassegne sono direttamente collegati.

Attraverso la progettazione e l'esecuzione di una rassegna esplorativa si tracciano i confini dell'area tematica oggetto di studio. Infatti, la rassegna esplorativa ha il compito di individuare e raccogliere quanto più materiale possibile su un argomento di interesse. Continuando con l'esempio citato, il quesito scientifico può essere formulato come segue: «cosa conosciamo in materia di vaccinazione di intere popolazioni occidentali contro l'epatite B» oppure «qual è lo stato delle nostre conoscenze sull'impatto economico dell'epatite»? Rispondere a simili domande rappresenta l'obiettivo della rassegna esplorativa che dovrà essere impostata con chiari criteri di ricerca dei lavori primari (basati su analisi empiriche), che formano così l'oggetto, o popolazione, della rassegna.

È opportuno sottolineare un requisito essenziale nella metodologia per l'esecuzione di rassegne: quello della trasparenza. Uno degli scopi di una rassegna è quello di permettere il passaggio delle idee e di evitare inutili duplicazioni di sforzo scientifico. È dun-

que essenziale elencare e descrivere chiaramente i metodi usati nella rassegna, al fine di mettere in grado altri ricercatori di usare gli stessi metodi, di valutare l'appropriatezza metodologica della rassegna, di usare la rassegna come una banca dati di riferimenti bibliografici per gli studi in essa contenuti, di aggiornare continuamente la banca dati che raramente può dirsi esaustiva e definitiva.

Veniamo dunque alla metodologia della rassegna. Per prima cosa i parametri della ricerca dovranno essere chiaramente delineati. Ad esempio la data di pubblicazione o di stesura dei vari lavori, la lingua di base, il contesto sanitario ed economico nonché quello geografico. Non esistono regole generali sui criteri per includere od escludere lavori primari, una decisione su questo punto dovrà essere presa in relazione allo scopo della rassegna.

La ricerca su banca dati elettronica deve essere eseguita sia su banche dati tipicamente mediche (es. Medline o Embase), che su banche con maggiore orientamento alle scienze sociali (es. Healthplan o Health). La scelta delle parole chiave (termini MESH — Medical Subject Headings — nel linguaggio della National Library of Medicine statunitense), e il loro accoppiamento è parimenti di grande importanza. In generale per il nostro esempio potremmo usare:

- Hepatitis B;
- Vaccine;
- Immunization;
- Costs and cost analysis;
- Cost-benefit analysis;
- Cost-effectiveness analysis;
- Economic evaluation.

Ciascuno di questi termini MESH dovrà essere accoppiato con uno o più altri onde evitare di richiamare un numero troppo elevato di studi, molti dei quali sarebbero necessariamente estranei agli scopi della rassegna.

La ricerca di studi non si ferma agli strumenti elettronici, alcune riviste chiave devono essere vagliate manualmente, in quanto certi articoli possono sfuggire per incongruenze nella codifica delle parole chiave. Sicuramente più difficile è individuare i lavori pubblicati in forma di libri, o capitoli di libri. In questo caso non esiste una fonte univoca di riferimento, né criteri di ricerca universalmente validi, ma si tratta certamente di una porzione minoritaria del materiale reperibile attraverso una rassegna. La ricerca, inoltre, deve essere estesa alla cosiddetta letteratura grigia, formata da rapporti ufficiali di organismi pubblici e privati, discussion paper di università e centri di ricerca, atti di convegni (talvolta pubblicati su riviste specializzate). Deve essere previsto, infine, un contatto diretto con gli autori dei lavori rintracciati tramite le fonti descritte. Il quesito da porre agli autori è sempre lo stesso, ovvero se essi siano a conoscenza di altri studi sull'argomento, pubblicati o meno, o di altri ricercatori che stiano conducendo ricerche nello stesso campo.

La caratteristica fondamentale della strategia di ricerca è e deve rimanere, la sistematicità nell'individuazione di quanto più materiale possibile sull'argomento in questione. La sistematicità è importante perché strategie di ricerca parziali possono portare all'esclusione di gruppi di studi le cui caratteristiche metodologiche o i cui risultati determinino la reperibilità presso particolari fonti. Tipico è il caso degli studi prodotti con finanziamento da parte dell'industria, che possono non emergere da una semplice analisi del materiale pubblicato perché svolti per finalità di politica aziendale, piuttosto che per finalità più strettamente scientifiche. Naturalmente, la sistematicità della ricerca e il contatto diretto di autori e finanziatori non rappresentano una garanzia che tutto il materiale esi-

stente venga effettivamente reperito. L'assenza di particolari studi o gruppi di studi dalla rassegna può portare all'introduzione di un significativo bias (dove l'assenza sia legata a una o più particolarità degli studi), che può limitare severamente la generalizzabilità della rassegna stessa. Purtroppo le conoscenze attuali in tema di bias nella letteratura economico sanitaria (in particolare publication bias) sono nulle.

Una volta esaurite tutte le possibili fonti e una volta reperiti gli studi individuati, il passo successivo consiste nella stesura di una griglia metodologica per la valutazione della qualità dello studio. In linea di principio, lo scopo di tale griglia è di separare gli studi validi da quelli meno validi, in base a criteri metodologici comunemente accettati. Anche in questo caso non esistono regole particolari per la stesura della griglia, ma in letteratura sono riportate diverse liste di caratteristiche ideali di valutazioni economiche (Drummond et al., 1993). Una possibile soluzione è quella utilizzata nello studio citato sulla vaccinazione contro l'epatite B (Jefferson e Demicheli, 1994), e riportata di seguito. In questo caso, la griglia individua una serie di variabili che permettono di identificare e classificare lo studio, come presupposto per l'analisi metodologica:

- Paese;
- anno di esecuzione dello studio;
- anno di pubblicazione;
- popolazione di riferimento;
- disegno dello studio (da titolo o parole chiave);
- obiettivi dello studio;
- incidenza nella popolazione generale;
- incidenza in gruppi a rischio;
- algoritmo clinico relativo alla progressione dell'epatite B;
- costi diretti, indiretti e intangibili dell'epatite B;

- costi del programma di vaccinazione;

- valuta in cui sono espressi i costi;
- analisi di sensibilità;
- rapporto costi benefici;
- tipo di caso clinico alla base dell'analisi dei costi;
- periodo temporale di riferimento;
- tasso di sconto;
- analisi marginale dei costi;
- conclusioni.

Inoltre, un'analisi retrograda di discussione, risultati, metodi, obiettivi, e infine abstract e titolo, da parte di un revisore che non sia a conoscenza dello studio, può servire a valutare la coerenza interna di ciascun lavoro. Spesso, infatti, in letteratura si trovano studi che difettano di un nesso logico fra le varie parti (Jefferson e Demicheli, 1994).

Una valutazione metodologica degli studi dovrebbe cercare di esaminare, ad esempio, i presupposti epidemiologici su cui ciascuno studio si basa o la distribuzione dei tassi di sconto presenti nei lavori reperiti. Un

esempio della debolezza dei presupposti epidemiologici è dato dall'arbitrarietà con cui sono stati selezionati i valori di incidenza nel caso delle valutazioni dei programmi di vaccinazione contro l'epatite B (tabella 1).

La stesura dei risultati della rassegna esplorativa segna la fine della fase descrittiva ed il passaggio a una rassegna analitica che ha lo scopo di selezionare le informazioni necessarie a rispondere a un quesito specifico, a partire dal materiale raccolto nella fase precedente. Nel caso in esame, un esempio di quesito per la rassegna analitica potrebbe essere: «è opportuno vaccinare contro il virus dell'epatite B?». La fase analitica della rassegna si completa con la sintesi di informazioni di costo o costo-efficacia riportate dai diversi studi selezionati, posto che siano disponibili idonee tecniche che consentano di eseguire questa operazione. Le differenze fondamentali tra la fase esplorativa e quella analitica sono descritte nella tabella 2,

**Tabella 1 - Incidenza dell'epatite B acuta nella popolazione generale usata in valutazioni economiche nella letteratura internazionale (incidenza per 100.000 persone a rischio) (Jefferson e Demicheli, 1994)**

Paese	Numero di lavori	Incidenza Minima	Incidenza Massima
USA	9	4.07	4.000.00
Spagna	3	100.00	200.00
Regno Unito	2	4.60	6.30
Italia	2	12.05	231.00
Olanda	2	3.90	210.00

**Tabella 2 - Differenze principali tra rassegna esplorativa e rassegna analitica**

	Analitica	Esplorativa
Scopo	Verificare un'ipotesi	Definire le conoscenze in materia
Controllo qualità	Accurato e mirato	Generico
Numero di variabili considerate	Ridotto	Elevato
Numero di studi inclusi	Normalmente ridotto	Normalmente elevato
Inferenza	Dall'intervento all'effetto	Dall'effetto al trattamento
Stratificazione	Quando le risorse si riferiscono a popolazioni o applicazioni speciali	No



adattata dal lavoro svolto da Light e Pillmer con riferimento alle rassegne di letteratura nelle scienze sociali (Light e Pillmer, 1984).

La prima questione da affrontare in ambito analitico è quella dei criteri di inclusione ed esclusione degli studi reperiti durante la fase esplorativa. Ancora una volta bisogna chiarire che non esistono regole immutabili, bensì criteri che probabilmente variano da rassegna a rassegna, nel rispetto, comunque, di due leggi generali della metodologia qualitativa: innanzitutto i criteri di inclusione ed esclusione devono essere esplicitati, in secondo luogo le conseguenze dell'adozione di determinati criteri debbono essere chiaramente indicate.

I criteri di inclusione ed esclusione derivano dagli obiettivi della rassegna. Nell'esempio consueto, se l'ipotesi da verificare riguarda il rapporto costo-efficacia di programmi di vaccinazione rivolti a popolazioni a rischio (i lavoratori sanitari), la rassegna risulterà limitata ai soli studi che analizzano gli effetti di un intervento su questa classe. Questa scelta deve essere chiaramente indicata nella parte metodologica della rassegna e le relative conseguenze in termini di esclusione di dati provenienti da altre popolazioni e possibili bias introdotti devono essere parimenti rese esplicite.

Qualsiasi cernita di lavori economici basata su criteri metodologici porta con sé diversi problemi. Un primo problema è quello legato all'inclusione degli studi descrittivi (i cosiddetti studi cost-of-illness). Questi ultimi sono assai diffusi in letteratura e non vengono considerati valutazioni economiche in senso proprio, perché non mettono a confronto gli effetti di allocazioni alternative di risorse e perciò non offrono soluzioni dirette a problemi allocativi, scopo principale delle

valutazioni economiche (Drummond, 1992).

La loro eliminazione dall'universo della rassegna sembrerebbe quindi logica. Una decisione di questo tipo, però, porterebbe all'esclusione di importanti dati potenzialmente in grado di completare e migliorare l'analisi secondaria. In alternativa, si può considerare l'inclusione di dati provenienti da studi di costo sociale quando gli altri studi rivelano importanti carenze metodologiche. Una possibile soluzione consiste nell'analisi dei risultati di due modelli, uno senza e uno con i dati in questione, e la successiva esecuzione di un'analisi di sensibilità per testare la robustezza delle assunzioni sui due set di dati.

Problemi del tutto analoghi sorgono con riferimento ad altri tipi di pubblicazioni che riportano dati di natura economica senza che questi siano inseriti in un quadro analitico completo (tipicamente si tratta di lettere, editoriali, commenti, o anche articoli sull'efficacia di interventi sanitari che riportano incidentalmente considerazioni sul costo degli stessi interventi).

### 3. Sintesi quantitativa

Sono ormai disponibili numerosi metodi statistici per l'esecuzione di meta-analisi. La scelta del metodo dipende dal tipo di dati disponibili e dalla misura di effetto utilizzata dai diversi studi. Una buona illustrazione di tali metodi è fornita dal recente lavoro di Hasselblad e McCrory, dal quale è stata tratta la tabella 3.

L'utilizzo o l'adattamento delle tecniche disponibili per l'analisi secondaria di valutazioni economiche è seriamente limitato dalla natura dei dati. Tutti i metodi meta-analitici tradizionali assumono la natura di variabile stocastica delle misure di efficacia derivate dagli studi e producono combinazioni ponderate in base a ipotesi distributive più o meno sofisticate. La maggior parte degli studi di valutazione economica attualmente disponibili utilizza invece stime puntuali: stime di efficacia degli interventi e stime di costi.

Anche nelle valutazioni economiche condotte in associazione a trial clinici la natura stocastica di alcune variabili è del tutto opinabile. Ad esem-

**Tabella 3 - Metodi meta-analitici correntemente in uso**

Tipo di dati	Misura di effetto	Metodo
Valori di probabilità Tabelle di contingenza	Punteggi	Chi-quadro inverso di Fisher Ponderazione inverso della varianza
	Sensibilità e specificità	ROC
	Osservati/attesi	Metodo di Peto
	Odds ratio	Formula di Mantel-Hanzel Massima verosimiglianza
	Rischio relativo	Ponderazione inverso della varianza
Tassi	Differenze di rischio	Massima verosimiglianza
	Rapporto tra tassi	Analisi approssimazione Poisson
Dati continui	Dimensione d'effetto	Analisi
Parametri multipli	Parametri di base/funzionali	Massima verosimiglianza
		Metodo dei profili

pio i prezzi, che sono spesso governati istituzionalmente, oppure l'utilizzo delle risorse che può variare in rapporto alla disponibilità o alla forma organizzativa dei servizi. La natura della maggior parte delle variabili utilizzate negli studi economici è tale che la loro variabilità difficilmente si può far corrispondere a quella identificabile per mezzo di studi campionari. Ne consegue un'incertezza che sul piano metodologico può essere trattata solo con la tradizionale analisi di sensibilità, rivolta a saggiare la robustezza o stabilità delle conclusioni di uno studio al variare dei parametri per i quali esiste incertezza, entro un range definito di valori.

È ragionevole pensare che la presenza di incertezze simili a quelle descritte richieda l'impiego dell'analisi di sensibilità anche ai fini della sintesi di dati di costo o costo-efficacia da studi diversi. I limiti conseguenti saranno quelli tipici dell'analisi di sensibilità:

- bias di selezione;
- arbitrarietà di interpretazione;
- non considerazione delle eventuali interazioni tra parametri.

I metodi proposti allo scopo di superare i limiti tipici dell'analisi di sensibilità, basati in genere su metodi di simulazione di tipo Montecarlo, presentano aspetti interessanti proprio nella prospettiva di un utilizzo nell'ambito di analisi economiche secondarie.

I metodi di «bootstrapping» consentono la costruzione di una distribuzione empirica dei valori dei parametri incerti attraverso ripetuti campionamenti. Per le analisi economiche secondarie si può ipotizzare, ad esempio, l'utilizzo di un bootstrapping non parametrico che ripetutamente estragga campioni dalla popolazione di parametri osservati nei diversi studi. Naturalmente occorre estendere anche a questo versante metodologico tutte le

cautele tipiche dell'approccio meta-analitico; in particolare occorre partire sempre dalla misura della omogeneità e, soprattutto, dall'analisi della natura delle disomogeneità presenti.

A livello più elementare, la sintesi di informazioni di costo riportate da diversi studi può essere effettuata in base a due metodologie, sperimentate nell'ambito di un recente studio su programmi di vaccinazione anti-influenzale (cui si riferiscono le tabelle 4 e 5): quella della conversione dei costi, e quella del pooling delle risorse (Jefferson et al., 1996).

La conversione dei costi tratti dai lavori reperiti in una rassegna, può essere effettuata mediante conversione con indice prezzi al dettaglio e tassi di cambio, o con l'ausilio di tassi specifici per il settore sanitario e parità di potere di acquisto (PPP). Il secondo metodo è in teoria più corretto ma di diffi-

cile applicazione poiché tassi e convertitori aggiornati non sono sempre disponibili. Lo studio indicato ha valutato le differenze fra i due metodi, e le conclusioni avvalorano l'ipotesi che in paesi industrializzati la scelta del metodo di conversione dei costi non influenzi le conclusioni in modo decisivo (Jefferson et al., 1994).

Tuttavia vi sono problemi ben più importanti insiti in questo approccio, legati alla specificità della struttura del costo, che varia a seconda del contesto economico o sociale, al fatto che gli studi riportino tariffe piuttosto che il costo opportunità delle risorse, o che esprimano differenti punti di vista.

Prendendo atto delle difficoltà descritte, l'approccio alternativo, vale a dire il pooling delle risorse, potrebbe rivelarsi più adeguato. Questo secondo metodo prevede la separazione delle due componenti fondamentali dei

**Tabella 4 - Distribuzione delle stime derivate da 3 studi dell'immunizzazione antinfluenzale nella popolazione anziana (65 anni od oltre). I costi sono espressi in dollari USA 1993, e convertiti usando l'indice dei prezzi al dettaglio e tassi di cambio**

Variabile	Unità di misura	Numero delle osservazioni	Alta	Media	Bassa
Incidenza	per 100.000 a rischio	2	16,000	—	3,000
Efficacia	%	3	70	70	60
Costi diretti	\$ 1993	3	984	160	145
Costi indiretti	\$ 1993	3	—	—	—
Costo per dose di vaccino	\$ 1993	3	11	5	4
Costo per HYE aggiunto	\$ 1993	2	133	—	126
Costo per caso evitato	—	3	132	28	27
Rapporto costo-beneficio	—	1	—	0,110	—

**Tabella 5 - Stime di risorse tratte da valutazioni economiche sulla vaccinazione antinfluenzale (Jefferson et al., 1996)**

	Stime puntuali		Globale-range		Studi singoli-range	
	min	max	min	max	min	max
Visite	0,2	1,2	0,4	3,6	0,1	3,55
Ricoveri	0,12	0,012	0,073	0,003	0,055	
Durata di degenza	9	10	5,4	12	5,2	6
Giorni lavorativi persi	2,8	10	3,2	3,4	0,2	

valori di costo: quantità e prezzi. Le quantità (risorse) riportate nei vari studi, che dovrebbero in linea di principio dimostrare una maggiore omogeneità rispetto all'altra componente, vengono sintetizzate per mezzo di semplici misure statistiche (medie, mediane). I prezzi, al contrario, vengono sostituiti da corrispondenti appropriati al contesto di riferimento. Tornando all'esempio della vaccinazione contro l'epatite B, le quantità da identificare negli studi includerebbero, ad esempio, il numero di dosi di vaccino in base alla schedula vaccinale, il numero di visite per la vaccinazione, oppure il numero di ore impiegate dai genitori per accompagnare i figli.

Una menzione a parte meritano le risorse consumate per il trattamento dei casi di epatite. I trattamenti possono variare da paese a paese, e anche da ospedale a ospedale. Il riscontro di valori estremi spesso indica differenze nei contesti socio-sanitari di riferimento, piuttosto che nelle modalità di calcolo. La decisione sulla loro eventuale eliminazione deve essere presa in funzione dell'obiettivo dell'analisi. Al contrario, capita talvolta di riscontrare una omogeneità superiore alle attese per determinati parametri. Questo effetto è spesso determinato dal riferimento a fonti comuni, o dall'uso di citazioni incrociate. Nel consueto esempio, l'assenza di variabilità nella distribuzione delle probabilità di transizione dalla fase acuta a quella cronica è dovuta proprio al fatto che 5 studi hanno usato la stessa fonte.

Purtroppo, nella maggior parte dei casi le quantità non sono esplicitamente riportate dagli studi pubblicati. In questi casi, se si desidera applicare comunque l'approccio del pooling delle risorse, diviene necessario interpellare direttamente gli autori per integrare i dati a disposizione.

#### 4. Conclusioni

Al termine di questa breve rassegna di tecniche per la raccolta e la sintesi di informazioni di costo e costo-efficacia riportate da studi esistenti, si possono formulare alcune brevi considerazioni sulla possibilità che le analisi economiche assumano in futuro un ruolo più rilevante di quello avuto fino a oggi.

Il numero di studi pubblicati e accessibili a qualunque decision maker ha ormai raggiunto un livello talmente elevato da consentire nella maggior parte dei casi la creazione di un'ampia base informativa per la strutturazione del problema decisionale. Tuttavia, la qualità e la natura delle informazioni a disposizione rendono difficile qualsiasi tentativo di sintesi quantitativa. In assenza di idonee tecniche di tipo meta-analitico, è difficile pensare che le analisi economiche secondarie possano validamente sostituire quelle primarie, svolte direttamente nel contesto di riferimento.

L'argomento portato da alcuni, secondo cui la soluzione consiste nello svolgimento di valutazioni economiche di tipo stocastico, sulle quali l'applicazione di tecniche di tipo meta-analitico dovrebbe essere più agevole, è stata almeno parzialmente confutata in questo articolo, in quanto i dati di costo sono raramente assimilabili a vere e proprie variabili stocastiche, anche se raccolti nell'ambito di trial clinici.

L'analisi di sensibilità mantiene un ruolo di primo piano anche nella sintesi di dati di costo e costo-efficacia da studi diversi. In particolare, tecniche molto promettenti come il bootstrapping sono state sperimentate recentemente, e in futuro potranno garantire risultati più soddisfacenti di quelli ottenibili con le tecniche attualmente in uso. In generale, sembra che sia neces-

sario ancora un considerevole sforzo di ricerca prima di poter affermare o escludere la possibilità di utilizzare analisi economiche secondarie in sostituzione di studi empirici originali.

#### BIBLIOGRAFIA

- ADAMS ME, MCCALL NT, GRAY DT, ORZA MJ, CHALMERS TC. *Economic analysis in randomised controlled trials*. Medical Care 1992; 30:231-38.
- DRUMMOND MF. *Cost of illness studies: a major headache?* Pharmacoeconomics 1992; 2(1): 1-4.
- DRUMMOND MF, BRANDT A, LUCE B, ROVIRA J. *Standardising methodologies for economic evaluation in health care*. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1993; 9: 26-36.
- ELIXHAUSER A (EDITOR). *Health care cost-benefit and cost-effectiveness analysis (CBA/CEA)*. From 1979 to 1990: a bibliography. Medical Care 1993; 31(supp): JS1-149.
- GERARD K. *Cost-utility in practice: a policy maker's guide to the state of the art*. Health Policy 1992; 21: 249-79.
- JEFFERSON TO, DEMICHELI V. *Is vaccination against Hepatitis B efficient? A review of world literature*. Health Economics 1994; 3: 25-38.
- JEFFERSON TO, MUGFORD M, GRAY A, DEMICHELI V. *An Exercise on the feasibility of carrying out secondary economic analyses*. Paper presented at the Health Economists' Study Group, 1994.
- LIBERATI A. *Per una medicina basata sulla evidenza scientifica: lo sviluppo della International Cochrane Collaboration*. Epidemiologia e Prevenzione 1994; 18: 119-120.
- LIGHT RJ, PILLEMER DB. *Summing up. The science of reviewing research*. Harvard University Press, London, 1984.
- SACKETT DL, ROSEMBERG WMC, GRAY GAM, HAYMS RB, RICHARDSON WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. British Medical Journal 1996; 312: 71-72.
- UDVARHELYI S, COLDITZ GA, RAI A, EPSTEIN AM. *Cost-effectiveness and Cost-benefit analyses in the medical literature. Are methods being used correctly?* Annals of Internal Medicine 1992; 116:238-44.



# EVOLUZIONE E PROSPETTIVE DELL'INTERVENTO PUBBLICO NEL MERCATO FARMACEUTICO

di Michela Tabacchi

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il Prontuario Terapeutico del Servizio Sanitario Nazionale - 3. Metodi di determinazione dei prezzi delle specialità medicinali - 4. Regolamentazione dei consumi - 5. Conclusioni.

*Pharmaceutical sector is widely controlled by government regulations, over the last years the use of cost containment measures has intensified, as the pressure on health budgets has increased sharply. The reason for state control of pharmaceutical market is the nature of the market itself, the ethical content, the fact that the medicine is not selected or paid for by the consumer, the lack of information for the consumer, but also the role of the pharmaceutical industry in the national economy.*

*With this study we'd like to help to clarify the debate about the role of the government in the pharmaceutical sector, analysing the principal instruments employed in the last decade by the Italian government to control this sector («Prontuario Terapeutico», price control, consumption regulation).*

## 1. Introduzione

Anche per il 1996 la manovra finanziaria dedica ampio spazio alla sanità e al settore farmaceutico, sia con misure di breve termine, legate ad esigenze di controllo e contenimento della spesa farmaceutica pubblica, sia con misure strutturali di più ampia portata.

In sintesi la manovra può essere così riassunta: per quanto riguarda il processo distributivo, è stato esteso anche per il 1996 lo «sconto» del 3% sui rimborsi alle farmacie e sono stati modificati i margini alla distribuzione per grossisti e farmacisti nella misura rispettivamente del 7% e del 26%; relativamente ai criteri di esenzione, è stato esteso ai familiari a carico l'esonero dal pagamento del ticket di cui godono i titolari di pensioni sociali, pensioni al minimo e disoccupati rientranti in determinati livelli di reddito; infine, il tetto massimo di spesa per l'assistenza farmaceutica è stato in-

nalzato dell'8% rispetto ai 9.000 miliardi previsti con legge n. 724/94.

Le innovazioni di maggior portata sono però contenute nei commi 129 e 130 dell'art. 3, con i quali viene stabilita a partire dal 1° aprile 1996 e successivamente slittata al 1° luglio, l'introduzione di un sistema basato sui prezzi di riferimento per i farmaci collocati nelle classi a) e b) (1) e vengono snellite le procedure per la registrazione dei farmaci generici. Vedremo più avanti quale è il significato di queste misure.

Negli ultimi anni, all'interno del più ampio processo di trasformazione delle politiche sanitarie, il settore farmaceutico è stato oggetto di una estesa regolamentazione pubblica. L'obiettivo di tale regolamentazione è stato però generalmente rappresentato più dall'esigenza di contenimento della spesa pubblica, piuttosto che da esigenze di riordino del settore. Secondo dati del Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica, nel

1994 la spesa farmaceutica pubblica è stata di 9.722 miliardi, pari al 10.37% della spesa pubblica per la salute, e allo 0.60% del PIL (tabella 1).

Il settore farmaceutico costituisce un mercato atipico, difficilmente assimilabile agli altri mercati destinati a normali beni di consumo. Il suo elevato contenuto etico e la carenza informativa del consumatore rendono necessario l'intervento pubblico al fine di garantire la difesa della salute, diritto peraltro tutelato dalla Costituzione stessa. L'intervento pubblico viene inoltre giustificato da obiettivi di politica economica, considerando cioè l'industria farmaceutica come fonte di occupazione e risorsa economica. Un forte elemento di complessità del mercato è rappresentato dalla netta separazione esistente fra il consumatore finale (il paziente), il soggetto decisore (il medico) e il terzo pagante (lo Stato). Sono queste le motivazioni principali che hanno spinto i principali paesi industrializzati ad intervenire nella re-

**Tabella 1 - Mercato farmaceutico, quadro generale**

anni	Spesa farmaceutica pubblica		Spesa pubblica per la salute *		Prodotto interno lordo		Spesa pubblica farmaci/spesa pubblica salute	Spesa pubblica farmaci/PIL
	valori	var. %	valori	var. %	valori	var. %		
1988	10.019		62.773		1.091.837		15,96%	0,92%
1989	10.958	9,37%	68.269	8,76%	1.193.462	9,31%	16,05%	0,92%
1990	12.941	18,10%	80.688	18,19%	1.312.066	9,94%	16,04%	0,99%
1991	13.585	4,98%	91.839	13,82%	1.429.453	8,95%	14,79%	0,95%
1992	13.123	- 3,40%	95.675	4,18%	1.504.003	5,22%	13,72%	0,87%
1993	11.750	-10,46%	95.422	-0,26%	1.550.150	3,07%	12,31%	0,76%
1994	9.772	-16,83%	94.201	-1,28%	1.641.105	5,87%	10,37%	0,60%

\* Prevenzione profilassi e igiene, farmaci, onorari medici, ospedali, altre prestazioni sanitarie, servizi amministrativi, oneri finanziari e contribuzioni diverse.

Fonte: Rielaborazione dati Farmindustria, Indicatori Farmaceutici 1995.

golamentazione del settore, attraverso la definizione di un elenco di farmaci rimborsabili dallo Stato, il controllo dei prezzi dei medicinali da parte dell'autorità pubblica, la regolamentazione dei consumi attraverso forme di compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti, la regolamentazione dell'attività di informazione dei produttori, il controllo del comportamento prescrittivo dei medici, ecc.

Con questo articolo vorremmo contribuire al dibattito attualmente in corso sulle differenti logiche dell'intervento pubblico nel settore farmaceutico, fornendo una panoramica generale di quello che è avvenuto fino ad oggi e dei probabili sviluppi futuri.

## 2. Il Prontuario Terapeutico del Servizio Sanitario Nazionale

Sulla base della legge di riforma del SSN n. 833/78, il Prontuario Terapeutico del Servizio Sanitario Nazionale si configura nella forma di lista positiva, ed è costituito da un elenco di specialità erogabili dal SSN. Gli assistiti hanno la possibilità di ottenere gratuitamente (o con pagamento di un ticket) dalle farmacie, su presentazione di ricetta medica, le specialità me-

dicinali comprese nel prontuario. Se il concetto ispiratore era individuabile nel bisogno terapeutico del cittadino, nel corso degli anni il prontuario si è trasformato in uno strumento di contenimento della spesa pubblica.

La stessa legge definiva i criteri da osservare nella costruzione del prontuario:

- efficacia terapeutica del prodotto;
- economicità del prodotto;
- semplicità e chiarezza nella classificazione;
- esclusione dei prodotti da banco.

I criteri così definiti risultavano però molto generici, per cui nella pratica il Ministero della Sanità ha sempre goduto di un elevato margine di discrezionalità nel decidere sull'inclusione o meno delle specialità medicinali. La situazione è diventata insostenibile all'inizio degli anni '90, con il verificarsi di una serie di scandali nei quali sono stati coinvolti uomini politici, dirigenti del Ministero della Sanità e responsabili di imprese farmaceutiche: a partire dal gennaio 1994, con legge n. 537/93, il Prontuario Terapeutico Nazionale è stato abolito, attribuendo alla Commissione Unica del Farmaco (CUF) il compito di riclassi-

ficare le specialità medicinali e i prodotti galenici.

Gli obiettivi che si intendevano perseguire con la nuova classificazione erano, fondamentalmente, una maggiore trasparenza nell'attribuzione dei farmaci alle diverse categorie, mediante l'esplicitazione dei criteri utilizzati, il ricorso a criteri scientifici ed economici più rigorosi, la riduzione della spesa pubblica per l'assistenza farmaceutica. A questo proposito è stato anche stabilito che con la nuova classificazione dei medicinali l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica per l'anno 1994 non avrebbe dovuto superare i 10.000 miliardi di lire (tetto massimo ridotto con la stessa legge a 9.000 miliardi per ciascuno degli anni 1995, 1996 e 1997).

Le specialità medicinali e i prodotti galenici in commercio sono quindi stati classificati dalla CUF in categorie omogenee e attribuiti ad una delle seguenti classi (2):

a) farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche (a totale carico del SSN con la corresponsione da parte dell'assistito di una quota fissa per ricetta);

b) farmaci, diversi dai precedenti, di rilevante interesse terapeutico

(partecipazione alla spesa da parte dell'assistito nella misura del 50% del prezzo di vendita al pubblico);

c) altri farmaci privi delle caratteristiche precedenti (a totale carico dell'assistito).

Con provvedimento 30/12/93 n. 137 la CUF ha reso pubblici i criteri utilizzati nell'individuazione delle categorie omogenee, i criteri dell'efficacia terapeutica e dell'economicità erano in realtà già codificati nell'ordinamento, la novità è consistita però nell'averli effettivamente applicati (3).

I criteri utilizzati dalla CUF considerano:

— il rapporto benefici-rischi dei farmaci, quindi l'efficacia del farmaco, documentata da studi clinici controllati, nell'allungare la durata della vita, o nel migliorarne la qualità, o nel correggere parametri patologici, la rilevanza, per gravità o per diffusione, della patologia a cui si rivolge il farmaco, oltre ad una attenta considerazione degli effetti tossici rispetto ai benefici attesi;

— l'utilizzazione dei farmaci da parte degli ammalati, in particolare l'accettabilità del trattamento e la facilità di assunzione del farmaco;

— l'economicità del ciclo terapeutico, attraverso l'analisi del costo dei farmaci in relazione al rapporto benefici-rischi e alla loro utilizzazione da parte degli ammalati, la determinazione di un costo massimo per ciclo terapeutico e la restrizione nella prescrizione quando il farmaco, pur essendo valido per indicazioni specifiche, si presta ad un uso improprio.

Con provvedimenti successivi sono stati introdotti alcuni aggiustamenti alla prima classificazione, nella maggioranza dei casi in seguito alla decisione di alcune imprese farmaceutiche di diminuire i prezzi dei loro medicinali. Alcuni farmaci infatti, indipendentemente dalla loro efficacia, erano stati classificati in classe c) (quindi

non rimborsabili dal SSN) a causa del loro costo superiore rispetto a quello di altri farmaci contenenti principi attivi simili; il consistente calo nelle vendite ha spinto quindi le aziende farmaceutiche a ridurre il prezzo al pubblico, chiedendo contemporaneamente alla CUF la riammissione di tali medicinali alla classe a).

Il «nuovo prontuario» ha notevolmente allargato il numero delle confezioni a totale carico del SSN, ha ampliato la categoria dei farmaci a pagamento e contemporaneamente ridotto la categoria dei farmaci rimborsabili dal SSN al 50%.

I primi effetti della manovra di riclassificazione delle specialità medicinali sono stati un calo considerevole sia nei consumi di specialità medicinali, sia nella spesa farmaceutica pubblica.

Nel 1994 le vendite in farmacia di farmaci rimborsabili dal SSN (numero di pezzi) sono diminuiti del 20% in seguito alla forte diminuzione dei consumi dei farmaci soggetti ad una compartecipazione alla spesa (-88.14%), controbilanciata comunque dal forte aumento (+753.85%) nel consumo di farmaci esenti; nello stesso anno, la spesa farmaceutica pubblica è ammontata a 9.722 miliardi di lire, con una riduzione del 16.83% rispetto al 1993 (4). Si tratta della terza volta, negli ultimi 20 anni, in cui si registra una riduzione assoluta della spesa farmaceutica pubblica.

Nel corso del 1995 i valori sembra si siano assestati intorno a quelli registrati nel 1994. Anche se non si hanno ancora a disposizione i dati definitivi, proiezioni del Ministero della Sanità (5) indicano in 9.626 miliardi la spesa farmaceutica a carico del SSN per il 1995, con uno sfondamento di circa 700 miliardi rispetto al tetto massimo previsto.

### 3. Metodi di determinazione dei prezzi delle specialità medicinali

Nel corso degli anni l'intervento pubblico in ambito farmaceutico si è manifestato soprattutto attraverso il controllo dei prezzi. Fino al 1° gennaio 1994, le specialità medicinali rimborsabili dal SSN e quelle utilizzate esclusivamente negli ospedali o nelle cliniche sono state sottoposte ad un regime di prezzi amministrati. I prezzi venivano stabiliti inizialmente dal Comitato Interministeriale Prezzi (CIP) e successivamente, dal 1990, da un'apposita commissione, la Commissione Prezzo Farmaci della quale facevano parte rappresentanti del CIP, del Ministero dell'Industria, Commercio e Artigianato, del Ministero della Sanità, nonché esperti del settore.

Con la legge finanziaria per il 1994, la n. 537/93, si è passati da un regime di prezzi amministrati ad un regime di prezzi sorvegliati. Tale nuovo regime prevede che i prezzi delle specialità medicinali non possono superare la media dei prezzi risultanti per prodotti similari e inerenti al medesimo principio nell'ambito della Comunità Europea. Con la stessa legge, le competenze in materia di prezzi sono state trasferite al Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE).

Infine, con legge finanziaria per il 1996, relativamente ai farmaci collocati nelle classi a) e b), a partire dal 1° aprile entrerà in vigore un sistema di prezzi di riferimento.

Analizziamo ora più in dettaglio le caratteristiche dei diversi sistemi di determinazione dei prezzi che si sono succeduti nell'ultimo decennio, e le motivazioni che hanno portato al loro abbandono.

Nel primo periodo dei prezzi amministrati, fino alla fine degli anni settanta, il metodo in vigore era il cosiddetto «metodo Sanità». Il prezzo veniva determinato moltiplicando una «base»,



costituita dal costo delle materie prime, del materiale di confezionamento e della manodopera industriale, per un coefficiente in un primo tempo stabilito in misura fissa, poi variabile e inversamente proporzionale al valore della «base», compreso tra un massimo di 4 ed un minimo di 2,5 (6). Si trattava di un metodo essenzialmente empirico, possibile fonte di numerosi abusi, in particolare la pratica di registrare specialità ad alto contenuto di materie prime per ottenere prezzi più elevati. Con le leggi 1034/70 e 395/77 sono stati avviati gli studi per l'introduzione di una nuova metodologia.

Il «metodo Sanità» è stato così sostituito da un metodo di tipo additivo (metodo cost-plus), in base al quale il prezzo finale delle specialità medicinali veniva determinato sommando le diverse voci di costo, materie prime, trasformazione, materiale propagandistico, informazione medico scientifica, ricerca, distribuzione. Il metodo cost-plus è rimasto in vigore fino al 1993 pur subendo, nel corso del periodo, diversi aggiustamenti.

Inizialmente, dalla fine degli anni '70 fino al 1990 tale metodo, soprannominato «metodo CIP», si basava su due fondamenti: additività delle diverse voci di costo e riferimento ad un modello statistico (funzioni econometriche simulanti la struttura dei costi nel settore farmaceutico) (7). Se da un lato tale modello, secondo l'ottica pubblica, aveva il vantaggio di mantenere i prezzi delle specialità medicinali ad un livello medio inferiore ai paesi europei, a ciò si contrapponevano una serie di conseguenze negative: eccessiva dipendenza del prezzo finale di vendita al pubblico dalla voce «materie prime», premio eccessivo per le confezioni ad elevato dosaggio, rigida automaticità del metodo, difficoltà nella differenziazione tra prodotti originali e copie, mancata considerazione delle dimensioni del mercato po-

tenziale, creazione di un doppio binario dei prezzi (elevati per le nuove specialità, bassi per i vecchi prodotti).

Il «metodo CIP» è stato quindi riformulato: pur mantenendo la struttura di tipo additivo, è stato innanzitutto ridimensionato l'effetto moltiplicatore del prezzo basato sul costo della materia prima ed il modello è stato reso più flessibile prendendo in considerazione un maggior numero di fattori nella determinazione del prezzo. Tale nuovo meccanismo, entrato in vigore nel 1991, prevedeva inoltre la distinzione fra le specialità medicinali rimborsabili dal SSN e quelle di esclusivo uso ospedaliero (8) (prezzi amministrati, fissati dalle autorità amministrative), e le specialità medicinali non rimborsabili dal SSN, i prodotti da banco e le specialità medicinali per uso «odontoiatrico» e «veterinario» (prezzi liberi, unici su tutto il territorio nazionale) (9). Anche questo modello ha evidenziato numerosi limiti. Da un lato, non venivano spiegati i criteri in base ai quali erano definiti i pesi e gli intervalli di variazione utilizzati per definire il valore dei diversi elementi che partecipavano alla determinazione del prezzo; dall'altro, veniva deciso di volta in volta dall'apposita Commissione Prezzi il valore dei fattori stessi all'interno degli intervalli. Il rischio era quello di rendere illimitata la discrezionalità a disposizione di chi lo applicava.

Con la legge finanziaria per il 1994 n. 537 del 24/12/93, art. 8, a partire dal 1/1/94 è stato introdotto il sistema dei prezzi sorvegliati. Questo nuovo sistema prevede che i prezzi delle specialità medicinali, esclusi i medicinali da banco, non superino la media dei prezzi risultanti per prodotti simili e inerenti al medesimo principio nell'ambito della Comunità europea.

I criteri per la determinazione del cosiddetto «prezzo medio europeo» (PME) sono stati fissati dal CIPE (de-

libera 25/2/94). Il confronto viene effettuato non considerando tutti i Paesi dell'UE, ma solo i 4 più significativi per dimensione di mercato e popolazione, caratterizzati inoltre da diverse metodologie di determinazione dei prezzi (Francia, Germania, Inghilterra e Spagna) (10).

Per ogni specialità medicinale il prezzo medio europeo viene così calcolato:

— individuazione, nei 4 paesi considerati, delle specialità medicinali caratterizzate dallo stesso principio attivo;

— individuazione dei cinque prodotti farmaceutici più venduti per fatturato nei singoli paesi;

— selezione delle confezioni più vicine per dosaggio a quella italiana;

— determinazione del prezzo per unità di principio attivo (prezzo ex-fabrica), dividendo il fatturato complessivo relativo al dosaggio prescelto per la quantità venduta;

— determinazione del prezzo medio, moltiplicando il prezzo unitario per la quantità di principio attivo contenuto in ogni confezione;

— conversione dei prezzi esteri in lire italiane sulla base della Parità dei Poteri d'Acquisto (PPA) (sistema di prezzi indice pubblicato sia dall'Ufficio statistico della Commissione Europea (Eurostat), sia dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) (11);

— determinazione del prezzo medio europeo attraverso la media aritmetica semplice dei 4 prezzi unitari così calcolati.

Il prezzo medio europeo rappresenta il prezzo massimo, per cui le imprese farmaceutiche possono decidere di vendere i propri prodotti a prezzi inferiori. Se i prezzi risultano già inferiori rispetto al PME, l'adeguamento alla media comunitaria non può comunque avvenire in misura superiore al 20% annuo della differenza. I prezzi posso-

no inoltre essere rideterminati con cadenza annuale, qualora superiori almeno del 5% al prezzo medio europeo.

Con deliberazione 16/3/94, il CIPE ha individuato nel Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica, affiancato dalla Segreteria CIPE, l'organo deputato alla sorveglianza dei prezzi dei farmaci.

Con la legge finanziaria per il 1995 n.724/94, al fine di mantenere la spesa farmaceutica pubblica entro il limite di 9.000 miliardi di lire, è stato assegnato al CIPE il compito di studiare la possibile introduzione in Italia di un sistema basato sui prezzi di riferimento dei farmaci, e di proporre un progetto di sperimentazione di tale sistema. Il sistema dei prezzi di riferimento si basa sul principio per cui il prezzo stabilito dall'autorità pubblica rappresenta quanto i terzi paganti pagheranno per il farmaco, le aziende farmaceutiche sono libere di praticare prezzi diversi e, in caso di prezzi superiori, la differenza sarà a carico del paziente. Considerando la complessità della sua applicazione, in particolare per quanto riguarda i metodi di determinazione dei prezzi, è attualmente in corso un ampio dibattito sulla sua efficacia e sulle modalità di applicazione nel contesto italiano.

La Commissione costituita presso il Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica per elaborare indicazioni operative sulla sperimentazione di un sistema di prezzi di riferimento (12), proponendo una sperimentazione del sistema nel corso del 1996, ha comunque sottolineato la complessità del metodo, le difficoltà di gestione e le incognite sulla sua efficacia relativamente all'obiettivo di contenimento della spesa e di razionalizzazione dei comportamenti, gli enormi problemi derivanti inoltre dall'attribuzione ad un unico strumento, il prezzo, di molteplici obiettivi tra

loro contraddittori (contenimento della spesa pubblica, sviluppo della ricerca e evoluzione del settore, ecc.), quindi la necessità di ricorrere anche ad altri strumenti per il contenimento della spesa, sottolineando in particolare il ruolo che potrebbero svolgere i farmaci generici (13).

La finanziaria per il 1996 ha snellito, in linea con le tendenze descritte, le procedure per la registrazione dei generici, oltre a prevedere, dal 1° aprile 1996, l'introduzione del sistema dei prezzi di riferimento.

Le modalità di determinazione dei prezzi descritte hanno fortemente inciso sul livello dei prezzi, il prezzo medio dei farmaci (etici più OTC) è stato caratterizzato da un andamento crescente ma costantemente inferiore all'inflazione (tabella 2).

Tale andamento può essere giustificato dal regime di prezzi amministrati vigente e dai limitati interventi pubblici di revisioni generalizzate dei prezzi dei farmaci: mentre i prezzi delle nuove specialità medicinali via via in commercio venivano calcolati in linea con il valore reale, i prezzi delle specialità medicinali già in commercio non hanno subito aumenti tali da garantire la conservazione del loro valo-

re reale. Tale situazione ha incentivato le richieste di nuove registrazioni da parte delle imprese al fine di ottenere prezzi più aggiornati, congiuntamente con un progressivo abbandono delle specialità di più vecchia immissione in commercio, anche se ancora terapeuticamente valide (politica di sostituzione accelerata o effetto mix) (14). Le dimensioni assunte da tale politica sono evidenziate dal fatto che i prodotti etici più recenti, fino a 3 anni di età, rappresentano circa il 14% del mercato complessivo a valori e sono caratterizzati da un prezzo medio di vendita al pubblico di 30.000 lire, contro un prezzo medio di 20.000 per i prodotti da 4 a 15 anni di età e di 7.000 per i prodotti più vecchi (15).

#### *Margini alla distribuzione*

Una componente fondamentale del prezzo di vendita al pubblico dei farmaci è rappresentato dai margini spettanti ai distributori. I margini alla distribuzione per i grossisti e i farmacisti sono fissati dalle autorità pubbliche sotto forma di percentuale fissa applicata al prezzo al pubblico del farmaco al netto dell'IVA (16). Introdotti con delibera CIPE del 17 dicembre 1976,

Tabella 2 - Evoluzione prezzo dei farmaci (1976 = 100)

Anno	Indice generale dei prezzi al consumo	Indice dei prezzi dei farmaci (etici e OTC)
1978	131,2	103,3
1980	182,5	148,3
1982	250,4	176,0
1983	287,1	198,9
1984	318,1	206,7
1986	367,8	237,9
1987	385,1	246,2
1988	404,5	251,2
1989	429,9	253,3
1990	457,7	257,1
1991	487,0	269,7
1992	512,2	267,9
1993	535,1	277,1
1994	556,5	279,8

Fonte: Indicatori farmaceutici 1995.

sono attualmente fissati nella misura dell'8% per il grossista e del 26% per il farmacista.

Nel 1992, relativamente ai farmaci rimborsabili dal SSN, è stato introdotto uno sconto obbligatorio dovuto dai farmacisti alle Unità Sanitarie Locali nella misura del 2.5% sui prezzi di vendita al pubblico dei farmaci, al lordo dei ticket eventualmente dovuti dai pazienti. Dal 1995 lo sconto è stato elevato al 3%, fatta eccezione per le farmacie rurali che godono dell'indennità di residenza, alle quali è trattata una quota pari all'1.5%.

Il principale limite dell'attuale metodo di remunerazione della distribuzione a percentuale fissa è rappresentato dal rischio di un eccessivo irrigidimento del sistema, impedendo che miglioramenti tecnologici e di efficienza distributiva si trasformino in vantaggi collettivi.

#### Imposte

Sui farmaci grava l'Imposta sul Valore Aggiunto (IVA), attualmente nella misura del 4% (legge n. 724/94). Nel corso degli ultimi 15 anni l'aliquota IVA ha subito diverse variazioni, in particolare nel periodo 1991-1995 erano in vigore aliquote differenti per i prodotti rimborsabili dal SSN (IVA 9%) e per quelli non rimborsabili (IVA 19%) (tabella 3).

Infine lo Stato è spesso intervenuto in materia di prezzi con provvedimenti estemporanei di congelamento o riduzioni generalizzate dei prezzi, con l'obiettivo fondamentale del contenimento della spesa pubblica farmaceutica. Recentemente, con la legge finanziaria per il '95, si è assistito ad un'altra riduzione generalizzata relativamente ai prezzi dei farmaci con onere a carico del SSN, pari al 2.50% rispetto al prezzo medio europeo vigente al 15/10/94, aumentata al 5% per le aziende i cui ricavi relativi ai prodotti

nelle classi a), b) e c) della nuova classificazione erano aumentati nel primo semestre dell'anno 1994 in misura pari o superiore del 10% rispetto allo stesso periodo dell'anno 1993. Tale misura, oltre ad essere motivata da esigenze di contenimento della spesa farmaceutica pubblica, può anche essere letta come una forma di tassazione sugli extra profitti realizzati dalle aziende in seguito alla nuova classificazione dei farmaci. Con la stessa legge sono inoltre stati congelati i prezzi dei farmaci caratterizzati da un prezzo inferiore al PME, in contrasto con la normativa precedente che prevedeva un adeguamento, seppur graduale, e in asimmetria rispetto alla riduzione immediata dei prezzi superiori al PME.

#### 4. Regolamentazione dei consumi

Il controllo della spesa farmaceutica pubblica può essere realizzato attraverso provvedimenti che incidono sul comportamento dei principali attori del sistema: medici, farmacisti, pazienti e aziende farmaceutiche:

##### Medici

Il provvedimento di riforma del SSN D.L. n. 502 del 30/12/92, aggiornato con il decreto 517/93, regolando

il rapporto fra il SSN e i medici di medicina generale, indica come tale rapporto dovrà essere disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale, nella stipulazione delle quali sarà necessario:

a) prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti, con l'obiettivo di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto sia delle spese direttamente indotte dal medico, sia di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero;

b) definire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato e una quota variabile. La quota fissa verrà corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione, la quota variabile verrà corrisposta in considerazione del rispetto dei livelli di spesa programmati.

L'accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale, firmato il 25 gennaio di quest'anno, definisce i criteri generali per l'introduzione dei livelli di spesa programmati, rimandando agli accordi regionali la disciplina dei rapporti fra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa.

Tabella 3 - Composizione % del prezzo dei farmaci

	1981	1985	1992	1995	1996
Prezzo ex-fabbrica	62.03	61.46	61.47	64.43	64.43
Margine grossista	7.41	7.34	6.88	7.21	6.73
Margine farmacista	23.15	22.94	21.10	21.63	22.11
IVA	7.41	8.26	8.26	3.85	3.85
Altre tasse			2.29	2.88	2.88
Prezzo al pubblico	100	100	100	100	100

1981 = Margine grossista 8%; Margine farmacista 25%; IVA 8%.

1985 = IVA 9%.

1992 = Margine grossista 7.50%; Margine farmacista 25.50%; «sconto» a carico dei farmacisti 2.5%.

1995 = IVA 4%; «sconto» a carico dei farmacisti 3%.

1996 = Margine grossista 7%; Margine farmacista 26%.

Fonte: Comitato Interministeriale Prezzi (CIP).



Questi principi non sono ancora stati introdotti nella pratica medica, per cui fino ad oggi le limitazioni e il controllo di quanto i medici prescrivono viene esercitato attraverso lo strumento delle limitazioni sul contenuto, la durata e la ripetibilità delle prescrizioni e della raccolta di dati relativi alle prescrizioni rilasciate in un determinato periodo di riferimento. In questo modo è possibile determinare la spesa farmaceutica complessiva, regionale e per singolo medico, rielaborare le informazioni ed utilizzarle come parametri di riferimento.

Relativamente alla prima forma di controllo, la legge finanziaria per il 1995 limita ad un numero massimo di 2 pezzi per ricetta le prescrizioni di specialità medicinali e prodotti galenici con oneri a carico del SSN, con l'eccezione dei prodotti a base di antibiotici monodose e dei medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi. Esistono inoltre alcuni medicinali per i quali l'erogazione da parte del SSN è subordinata al fatto che vengano prescritti per determinate patologie.

Per quanto riguarda la raccolta di dati relativamente ai comportamenti prescrittivi dei medici, nonostante disposizioni legislative prevedano che le regioni si dotino di lettori ottici per ricette, poche sono le regioni che lo hanno fatto, evidenziando comunque numerosi problemi sia nell'imputazione che nella lettura ed interpretazione dei dati.

Tali forme di controllo risultano comunque molto deboli; congiuntamente con l'assenza di meccanismi di responsabilizzazione e unitamente al mancato coinvolgimento diretto nelle scelte, anche economiche, del medico e del paziente, sono alla base di comportamenti fraudolenti (ad es. trasferimento delle prescrizioni dagli esenti ai non esenti) e di prescrizioni non sempre giustificate da reali esigenze, inci-

dendo fortemente sulla spesa farmaceutica complessiva.

Il legislatore, consapevole del ruolo fondamentale dei medici nel determinare il livello della spesa pubblica farmaceutica, congiuntamente con l'introduzione del sistema dei prezzi di riferimento, nella finanziaria per il 1996 obbliga il medico che prescrive un farmaco avente un prezzo superiore al prezzo di riferimento ad informare l'assistito della disponibilità di un farmaco a base del medesimo principio attivo e integralmente a carico del SSN.

#### *Farmacisti*

Le farmacie erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle USL dispensando specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari.

Ai fini della liquidazione relativa all'assistenza farmaceutica erogata a carico del SSN, la farmacia è tenuta a presentare alla USL la ricetta corredata dalla documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito, quindi l'USL corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa a carico dell'assistito.

In casi eccezionali, quando la farmacia non ha in magazzino il prodotto prescritto, oppure il prodotto non è temporaneamente disponibile presso i fornitori, una disposizione del 1979 attribuisce al farmacista la possibilità di sostituire i farmaci prescritti con un prodotto farmaceutico equivalente, contenente lo stesso principio attivo e ugualmente rimborsabile dal SSN.

La competizione a livello di sistema distributivo dei prodotti farmaceutici risulta fortemente limitata dalla rigida regolamentazione legislativa: l'apertura di una farmacia non può avvenire sulla base della sola iniziativa privata;

la vendita al pubblico di prodotti farmaceutici può essere effettuata solo da farmacisti all'interno di farmacie; il numero e la localizzazione delle farmacie sul territorio (pianta organica) vengono definiti periodicamente da ogni regione sulla base di criteri quali popolazione residente, distribuzione della popolazione sul territorio, ecc.; per l'apertura di una nuova farmacia è necessaria l'autorizzazione della Regione e dell'USL di appartenenza, concessa in seguito a gara pubblica fra i farmacisti iscritti all'albo professionale e in possesso dei requisiti necessari (17). Anche i prezzi, i prodotti stessi e l'attività promozionale sono regolamentati da leggi statali e sono identici su tutto il territorio nazionale, lasciando quindi esigui margini d'azione al farmacista.

Oltre alle specialità medicinali erogabili dal SSN su presentazione di ricetta medica (prodotti etici), le farmacie possono dispensare determinati medicinali su semplice richiesta del paziente (prodotti da banco e prodotti senza obbligo di prescrizione) (18); in questi casi il farmacista assume un ruolo fondamentale nel consigliare il paziente fornendogli tutte le informazioni necessarie per un corretto uso della specialità medicinale.

La pratica farmaceutica comprende, accanto all'area medica, l'attività di commercializzazione di prodotti per bambini, cosmetici, prodotti per l'igiene della persona, ecc., la quale però, a differenza della prima, non rappresenta un'area esclusiva dei farmacisti e delle farmacie.

Le farmacie possono essere a proprietà privata (in questo caso il farmacista, oltre a svolgere il ruolo manageriale di proprietario, deve anche svolgere la sua attività professionale all'interno della farmacia), oppure pubblica (municipalizzate), ma entrambe sono sottoposte alle stesse limitazioni legislative. Le farmacie pubbliche

rappresentano comunque una piccola percentuale del sistema distributivo (8,6%), e sono concentrate soprattutto al nord.

Recentemente la Commissione Tecnica per la spesa pubblica costituita presso il Ministero del Tesoro (maggio 1995) ha sottolineato come l'eccessiva regolamentazione del settore distributivo rappresenti un ostacolo agli aggiustamenti richiesti dall'evoluzione tecnologica e culturale, con svantaggio dei cittadini e delle potenzialità produttive, suggerendo quindi la liberalizzazione dell'assetto proprietario delle farmacie, l'abolizione della pianta organica e l'abolizione delle farmacie municipali, oltre alla possibilità per il farmacista di suggerire al paziente, e quindi erogare, prodotti equivalenti a prezzi inferiori. Una così ampia deregolamentazione è stata considerata eccessiva da più parti (19), comunque la necessità di una maggiore concorrenzialità anche in ambito distributivo è stata nuovamente sottolineata nei più recenti indirizzi governativi per la qualificazione della spesa ed il rilancio del settore farmaceutico (giugno 1995).

### *Pazienti*

Le prime forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica sono state introdotte in Italia nel 1978, pochi mesi prima della riforma del SSN, con l'obiettivo di ridurre il deficit pubblico attraverso, da un lato, il contenimento della domanda di beni e servizi per la salute da parte dei pazienti e, dall'altro, le maggiori entrate così realizzabili (20). Dal 1978 al 1994 si sono succeduti più di 40 provvedimenti, leggi e decreti, regolanti le modalità di compartecipazione alla spesa sanitaria.

I pazienti partecipano alla spesa farmaceutica tramite il pagamento di un importo fisso per ricetta (quota fissa)

più una somma pari a una percentuale del prezzo del bene (ticket). A tal fine i farmaci vengono classificati in 3 categorie:

1) i farmaci in classe a), farmaci essenziali, sono a totale carico del SSN ad eccezione di una quota fissa per ricetta;

2) i farmaci in classe b), farmaci di rilevante interesse terapeutico, sono soggetti a forme di compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito, nella misura del 50% del prezzo di vendita al pubblico;

3) i farmaci in classe c) non sono rimborsati dal SSN e sono quindi a totale carico dell'assistito.

Relativamente ai farmaci classificati in classe b) esistono forme di esenzione legate essenzialmente all'età e al reddito dell'assistito, alla particolare patologia od ad eventuali situazioni di invalidità.

Le ultime disposizioni in materia di esenzione, contenute nelle leggi finanziarie per il 1994 (n. 537/93) e per il 1995 (n. 724/94), integrate poi con la finanziaria per il 1996, prevedono 5 tipi di esenzioni:

1) esenzione per tipologia di farmaci: per i farmaci classificati nella classe a) del nuovo prontuario;

2) esenzione per età: sono esenti dal pagamento del ticket del 50% farmaci di classe b), i minori di anni 6 e i cittadini con più di 65 anni appartenenti ad un nucleo familiare con reddito inferiore a 70 milioni di lire annui;

3) esenzione per patologia: i soggetti affetti da particolari patologie sono esenti dal ticket sui farmaci classificati in classe b) la CUF dovrebbe inoltre definire un elenco di farmaci, collocati nelle classi a) e b) e destinati al trattamento di particolari patologie, ai quali si applicherà lo sconto non inferiore al 50% del prezzo di vendita al pubblico;

4) esenzione per invalidità: si riferisce agli invalidi di guerra titolari di

pensione diretta vitalizia, ai grandi invalidi per servizio, agli invalidi civili al 100%, ai grandi invalidi del lavoro, esenti dal ticket sui farmaci classificati in classe b);

5) esenzione per reddito: sono esenti dal ticket del 50% i titolari di pensione sociale, i titolari di pensione al minimo di età superiore ai 60 anni e i disoccupati il cui reddito familiare risulti inferiore a 16 milioni di lire, incrementato fino a 22 milioni in presenza del coniuge e di un ulteriore milione per ogni figlio a carico, sono altresì esentati i familiari a carico dei titolari.

La quantificazione dei risparmi effettivamente realizzati con l'introduzione delle misure di compartecipazione alla spesa risulta alquanto difficile. Innanzitutto, risulta difficile determinare l'elasticità dei consumi rispetto alle compartecipazioni, considerando sia il fatto che il bene farmaco in alcuni casi rappresenta un bene essenziale per la salute, sia il fatto che il soggetto decisore non è rappresentato tanto dal paziente, quanto piuttosto dal medico prescrittore. Inoltre, esistono molti altri fattori che incidono sulla spesa farmaceutica (livello dei prezzi, attività promozionale delle aziende farmaceutiche, introduzione di nuovi prodotti ecc.), modificatisi continuamente nel corso del periodo osservato e per i quali è molto difficile distinguere gli effetti.

Comunque, l'elevata percentuale di popolazione esente ha notevolmente indebolito l'efficacia delle misure di contenimento della spesa farmaceutica, considerando anche l'atteggiamento diffuso fra i medici e i pazienti di assicurare i farmaci gratuitamente a tutto il nucleo familiare quando all'interno di esso vi era (e vi è) almeno una persona esente (basti pensare che fra il 1989 e il 1991 il 75% della spesa pubblica farmaceutica era attribuibile al

24% della popolazione totale, pari alla popolazione esente) (21).

#### *Aziende farmaceutiche*

L'intervento pubblico nel settore farmaceutico si estende alla regolamentazione dell'attività promozionale delle aziende diretta al pubblico (consumatore finale), ai medici (prescrittori), o ai farmacisti (dispensatori di medicinali) (22).

L'attività promozionale, autorizzata dal Ministero della Sanità, può riferirsi unicamente ai medicinali per i quali è stata rilasciata l'autorizzazione all'immissione in commercio. La pubblicità destinata al pubblico, in particolare, può riguardare esclusivamente prodotti utilizzabili senza l'intervento di un medico per la diagnosi, la prescrizione o la sorveglianza nel corso del trattamento, quindi esclusivamente i prodotti da banco. Nel messaggio pubblicitario deve risultare evidente la natura pubblica del medicinale, e il prodotto deve essere chiaramente identificato come tale; i messaggi devono comprendere, come requisiti minimi, la denominazione del medicinale, la denominazione comune del principio attivo ed un invito esplicito e chiaro a leggere attentamente le avvertenze.

Gli operatori sanitari ai quali può essere rivolta la pubblicità di un medicinale sono esclusivamente quelli autorizzati a prescriberlo o a dispensarlo, e la pubblicità può essere effettuata soltanto dalle imprese titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio o, se queste risiedono all'estero, anche dalle imprese che le rappresentano in Italia. La documentazione sul medicinale distribuita al medico deve essere precedentemente depositata presso il Ministero della Sanità, in qualsiasi momento, con provvedimento motivato, il Ministero può vietare o sospendere la divulgazione della do-

documentazione. Tutte le informazioni che vi sono contenute devono essere esatte, aggiornate, verificabili e sufficientemente complete per permettere al destinatario di formarsi un'opinione personale sul valore terapeutico e sulle caratteristiche del medicinale.

Un ruolo fondamentale nell'attività promozionale delle aziende farmaceutiche viene svolto dai circa 27 mila informatori scientifici, norme precise regolano i requisiti degli informatori e l'attività che possono svolgere.

#### **5. Conclusioni**

Per lungo tempo è mancata, in Italia, una politica pubblica strutturata per il settore farmaceutico. Gli interventi pubblici erano in genere legati ad esigenze contingenti di contenimento della spesa, rappresentati essenzialmente da manovre sui prezzi e sui livelli di compartecipazione alla spesa, a volte contraddittori fra di loro. Il fatto che tali manovre non fossero inserite all'interno di una più generale politica di settore, quindi l'assenza di linearità e continuità degli interventi, ha fatto sì che, nella maggior parte dei casi, gli obiettivi prefissati venissero disattesi.

Fino al 1994, l'intervento pubblico si basava essenzialmente sul seguente modello: inserimento nel Prontuario Terapeutico come condizione di rimborsabilità del farmaco e fissazione del prezzo da parte dell'autorità pubblica, regolamentazione della compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti attraverso manovre sui ticket. Il metodo dei prezzi amministrati, con limitati interventi pubblici di revisioni generalizzate, oltre ad annullare gli effetti positivi della concorrenza fra le imprese farmaceutiche, ha spinto le stesse, di fronte a questa situazione di sostanziale congelamento dei prezzi a immettere sul mercato nuovi prodotti, non sempre innovativi, per ottenere

prezzi più elevati in linea con le tendenze di mercato. L'altro strumento tipico dell'intervento pubblico, il prontuario terapeutico, aveva perso col tempo la sua originaria funzione, trasformandosi in un doppio rispetto alle registrazioni. Anche le manovre relative ai livelli di compartecipazione alla spesa dei pazienti, in genere contenute nelle leggi finanziarie e modificate innumerevoli volte nel periodo di riferimento, a causa degli elevati livelli di esenzione previsti e dell'assenza di responsabilizzazione di medici e pazienti, difficilmente permettevano di realizzare le economie previste. Il controllo sui comportamenti prescrittivi dei medici era praticamente assente, nonostante in alcune regioni esistesse un sistema di monitoraggio, le informazioni raccolte non venivano utilizzate per agire sui comportamenti prescrittivi.

Fino al 1991 la spesa farmaceutica pubblica, al netto del ticket, è stata caratterizzata da un andamento crescente, con picchi negli anni 1986 e 1987 (rispettivamente +29.24% e +25.29%).

A partire dagli anni '90, la crescente necessità di contenimento della spesa pubblica e l'avvio della riforma del SSN con i decreti n. 502/92 e 517/93, contemporaneamente con il coinvolgimento del settore farmaceutico in Tangentopoli, e la conseguente perdita di credibilità dello stesso, hanno ridestato l'attenzione pubblica verso il settore. Tale attenzione ha dato avvio a diversi studi per l'elaborazione di una politica pubblica in ambito farmaceutico con l'obiettivo fondamentale di riordino del settore, all'interno comunque di ben definiti vincoli di spesa. In effetti, dal 1992 si assiste ad una diminuzione della spesa farmaceutica pubblica (-3.40% nel 1992, -10.46% nel 1993, -16.83% nel 1994).

La svolta si è avuta nel 1994: abolizione del Prontuario Terapeutico del



SSN ed elaborazione di una nuova lista di farmaci rimborsabili, nuovi criteri per la determinazione dei prezzi dei farmaci, diverse modalità di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti. I risparmi di spesa realizzati sono derivati soprattutto dalla manovra sul Prontuario (23), elemento centrale del nuovo modello di intervento pubblico. Il prontuario viene compilato sulla base di criteri che prendono in considerazione fondamentalmente l'efficacia clinica documentata del farmaco ed il costo per ciclo terapeutico. L'obiettivo, in sostanza, è quello di erogare gratuitamente ai cittadini esclusivamente medicinali di documentata efficacia e, fra i prodotti simili, quelli con costi per ciclo terapeutico inferiori. Sulla base di questa logica, il numero delle confezioni dispensabili a totale carico del SSN (classe a) è considerevolmente aumentato, mentre è drasticamente diminuito il numero delle confezioni erogabili con il pagamento di un ticket da parte dell'assistito (classe b).

A questo punto, di fronte ai successi del metodo rispetto agli obiettivi di contenimento della spesa e di miglioramento della qualità del servizio reso dal SSN, ci si sta interrogando sulle strategie da adottare in una visione di lungo periodo. L'attuale modello viene infatti considerato da più parti come eccessivamente complesso, quindi difficile da gestire nel lungo periodo, e non idoneo al soddisfacimento dei numerosi e contrapposti obiettivi di una politica pubblica in ambito farmaceutico: assicurare la disponibilità ai cittadini del bene farmaco, garantire l'equità distributiva, favorire lo sviluppo delle aziende del settore e, non ultimo, contenere la spesa pubblica. Il modello viene criticato anche per l'eccessiva rigidità rappresentata dall'esistenza di una alternativa secca, in base alla quale un prodot-

to o è totalmente (parzialmente) rimborsato o è a totale carico del paziente.

Ciò che viene suggerito è l'abbandono definitivo del sistema del controllo dei prezzi, lasciando maggiore libertà alle aziende, e la necessità di una maggiore competizione realizzabile sia attraverso lo strumento dei prezzi di riferimento, sia soprattutto attraverso lo sviluppo dei prezzi generici.

Considerando la pluralità degli obiettivi, è comunque necessario intervenire congiuntamente su più fronti. In particolare, in linea con quanto indicato nella 502/92 e 517/93, è indispensabile sia sensibilizzare maggiormente i pazienti rivedendo contemporaneamente il sistema delle esenzioni, sia agire sui comportamenti dei soggetti prescrittori attraverso una loro maggiore responsabilizzazione economica, rivalutando il ruolo centrale delle Regioni e delle aziende-USL e aziende-Ospedaliere e introducendo sistemi di budget per i medici di base.

---

(\*) L'autore desidera ringraziare i colleghi e ricercatori del CeRGAS e della London School of Economics per il supporto nella conduzione della ricerca.

(1) Su questo punto la manovra ha sollevato numerose perplessità. Lo stesso giorno di approvazione della finanziaria con un ordine del giorno il Senato ha chiesto al Governo di intervenire con atti che precisino, completandolo, il riordino avviato, definendo in maniera organica un nuovo sistema comprensivo dei criteri e delle modalità di formazione del prezzo, per garantire livelli di copertura assistenziale adeguati, il rilancio della politica industriale e di ricerca e della razionalizzazione della spesa». L'invito è stato preceduto da rilievi critici circa l'opportunità di introdurre «meccanicamente» il prezzo di riferimento. Anche la CUF ha chiesto al Governo un ulteriore intervento esplicito al riguardo.

(2) Esiste una quarta classe «h» che comprende i farmaci utilizzati esclusivamente in ambito ospedaliero o negli ambulatori specialistici, secondo le specifiche prescrizioni contenute nei relativi decreti di autorizzazione all'immissione in commercio.

L'impressione che si ha è che l'introduzione dei prezzi di riferimento non potrà comunque avvenire in tempi brevi, essendo mancato finora il supporto tecnico necessario.

(3) Si veda SIFO, ANM, IRFMN, SIMG, La nuova classificazione dei farmaci, guida commentata, supplemento al n. 470 di Tempo Medico del 22/6/1994.

(4) Farindustria, Indicatori Farmaceutici 1995.

(5) Ministero della Sanità, Relazione tecnica sull'andamento nel 1° semestre del 1995, della spesa per l'assistenza farmaceutica a carico del SSN, nonché sull'andamento previsto per l'intero 1995 e per il 1996, Roma, 25 Ottobre 1995.

(6) Fedele M., Freddi M., La spesa farmaceutica. Valutazioni per il suo contenuto alla luce di alcune esperienze straniere, Istituto di studi per la programmazione economica (ISPE), Roma, Documenti di lavoro n. 6/94.

(7) Garattini L. (a cura di), Metodologie per la determinazione dei prezzi dei farmaci nei principali paesi europei, Kailash Editore, Milano 1993.

(8) Relativamente ai farmaci di esclusivo uso ospedaliero, la vigente normativa (art. 9 l. 17/8/74) prevede che le imprese produttrici di medicinali concedano agli ospedali ed istituti pubblici di ricovero e cura uno sconto non inferiore al 50% sul prezzo di vendita al pubblico per le cessioni direttamente effettuate. Nel corso del 1993 è sorto un ampio dibattito fra imprese farmaceutiche, da un lato, ed ospedali, dall'altro, in merito alle modalità di determinazione di tale sconto, e cioè se esso dovesse essere calcolato sul prezzo al pubblico già comprensivo di IVA, come è avvenuto fino ad ora e come è sostenuto dalle imprese farmaceutiche, oppure sul prezzo al netto dell'IVA, come invece sostenuto da alcuni Assessorati Regionali. La questione è stata definitivamente risolta con la finanziaria per il 1996, nella quale, al comma 128 dell'art. 3, si stabilisce che lo sconto deve essere applicato «sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto in esso compresa. Il prezzo di vendita così determinato costituisce la base imponibile per l'applicazione dell'imposta sul valore aggiunto».

(9) Per i prodotti da banco e le specialità medicinali per uso «odontoiatrico» e «veterinario» il metodo precedente prevedeva un regime di sorveglianza.

(10) Vedi Marchi M., *Price regulation and the impact of government intervention on pricing strategy*, International Pharmaceutical Pricing, London, 27th-28th April 1995

(11) La scelta di usare il PPA piuttosto che il tasso di cambio nella conversione dei prezzi

esteri in lire italiane ha sollevato numerose critiche, originate in particolare dalla constatazione che, essendo l'Italia importatrice di materie prime, i prezzi d'acquisto delle materie prime e i prezzi di vendita dei farmaci verrebbero calcolati sulla base di criteri diversi, rispettivamente tassi di cambio e PPA. I sostenitori del PPA preferiscono tale criterio in quanto, in particolare, permette una maggiore stabilità dei prezzi nel lungo periodo.

(12) Commissione Prezzo Riferimento Farmaci, Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica, settembre 1995, Roma.

(13) Per farmaco generico si intende, in sostanza, una «imitazione» di un prodotto originale senza più copertura brevettuale, i cui prezzi sono significativamente inferiori rispetto alla specialità corrispondente. La limitata diffusione dei generici nel nostro paese (secondo dati del Ministero della Sanità i generici rappresentano in Italia circa l'1% dei prodotti dispensabili su prescrizione medica, contro il 12% del Regno Unito, il 35% della Germania e il 50% degli USA) deriva dal fatto che non sono mai state create le condizioni necessarie per un loro sviluppo: la brevettabilità dei farmaci è stata introdotta recentemente, solo nel

1978; esistono inoltre numerosi farmaci copia con nome commerciale e i vecchi farmaci hanno in genere prezzi bassi. Fino al 1989 i generici non erano rimborsabili dal SSN. Lo sviluppo su larga scala di tali farmaci consentirebbe innanzitutto una forte riduzione della spesa farmaceutica, oltre a rendere maggiormente concorrenziale la struttura dell'offerta dei farmaci. La necessità di incrementare il loro utilizzo risulta ormai condivisa dai principali attori del settore.

(14) Informazioni Stampa Interesse Sanitario (ISIS), *Farmaci, patologie e prezzi: la sfida del 1992*, Quaderno ISIS Nuove Tendenze n. 3, dicembre 1988.

(15) Da: Giornata di studio, *Il governo della spesa farmaceutica: prezzi e rimborso. Quali prospettive per l'Italia?*, Milano, 27/9/94.

(16) Sangalli F. e Garattini L., *I margini alla distribuzione nel mercato farmaceutico: un confronto europeo*, in *Economia pubblica*, 1994, 523-529.

(17) Per un confronto internazionale si veda Spivey R.N., Wertheimer A.I., Donald Rucker T., *International Pharmaceutical Services. The Drug Industry and Pharmacy Practice in Twenty-Three Major Countries of the World*,

Pharmaceutical Products Press, New York, London, Norwood (Australia), 1991.

(18) Sia i prodotti da banco (OTC) che i prodotti senza obbligo di prescrizione (SOP) sono erogabili senza prescrizione medica, la differenza è data dal fatto che mentre per gli OTC è possibile svolgere attività promozionale presso il pubblico, per i prodotti SOP ciò non è permesso.

(19) Vedi, in particolare, Gugiatti A., *Cambiamento nell'assistenza farmaceutica: deregolamentazione e rilancio del settore*, in *Mecosan* n. 15, 1995.

(20) Mapelli V., *Cost Containment Measures in the Italian Healthcare System*, in *PharmacoEconomics* 1995; 8 (2):, 85-90.

(21) Mapelli V., 1995, vedi sopra.

(22) L'attività promozionale delle aziende farmaceutiche è regolamentata dal Codice Deontologico e dal Decreto Legislativo 30/12/92 n. 541: «Attuazione della direttiva 92/28/CEE concernente la pubblicità dei medicinali per uso umano».

(23) Lucioni C., *Il caso Italia*, in *Farmeconomia* vol. 1, n. 1, 1995.

European Healthcare Management Association  
Annual Conference

*Cascais*

*Escola Nacional de Saúde Pública Lisbon*

*Portugal*

June 26th-28th 1996

*Healthcare Futures: the Managerial Agenda,*

Major Themes

- \* Health futures: the impact of medical breakthroughs and health developments on the delivery of health services.
- \* Political and social futures affecting the delivery of health services: the fragmentation within communities, the emergence of an urban underclass, shifts in the age structure of societies, changing patterns of employment, the needs for new skills in the workforce.
- \* Managerial futures in the context of both health futures and political, social futures. Are managers prepared for the technological and societal changes?

keynote speakers

**Prof. Dr. Jan E. Blanpain, President of the European Health Policy Forum, Department of Hospital Administration & Medical Care Organisation at Leuven University, BELGIUM;**

**Prof Rudolf Klein, University of Bath, U.K.**

**Dr. Jo Ivey Soufford, Unded States Assistant Secretary for Health, Washington, USA;**

Workshops on Central and Eastern Europe, Quality Issues and Managerial Development will run in addition to the theme-based sessions.

---

For further information and registration form contact:  
Rena Dooley, Manager Membership Services,  
European Healthcare Management Association (EHMA).  
Vergemount Hall,  
Cionskeagh,  
Dublin 6,  
Ireland  
Tel: +353.1.283 9299  
Fax: +353.1.283 8653  
E-Mail: ehma@iol.ie



# **Commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>

# CONTRATTARE LE PRESTAZIONI SANITARIE. E' UN MODELLO VALIDO PER L'ITALIA?

di Antonello Zangrandi

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

La contrattazione tra acquirenti di servizi e produttori di servizi sanitari è caratterizzazione presente anche nell'ordinamento giuridico italiano. La legge 502/92 così come rettificata successivamente mette in evidenza all'art. 8 che:

1) l'USL assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche (...) ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali;

2) allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende ospedaliere, delle istituzioni sanitarie pubbliche o private e dei professionisti;

3) con tali soggetti l'USL intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa.

In realtà è questa forse la più rilevante novità del decreto legislativo 502/92, che introduce in modo chiaro una logica completamente diversa da quella presente nella riforma sanitaria del 1978.

In quella riforma, e nei fatti ancora oggi presente in tutta Italia, l'USL è chiamata ad erogare direttamente la risposta al bisogno di assistenza sanitaria o socio-sanitaria. Si poteva produrre direttamente o comunque acquistare da strutture convenzionate a prezzi predefiniti senza alcuna logica negoziale.

Come molti hanno già sottolineato la riforma italiana ha sviluppato solo in parte la possibilità di realizzare una vera e propria attività negoziale:

— per la commistione nella stessa istituzione di chi produce e di chi acquista;

— per la mancanza di un sistema competitivo sul lato dell'offerta;

— per la assenza di capacità di controllo della domanda sanitaria.

La timidezza della riforma si può misurare anche dai successivi rinvii contenuti nelle varie finanziarie che si sono succedute in questi anni, quei provvedimenti ancor oggi tendono a sviluppare un sistema di controllo dell'offerta per evitare esplosioni di spesa e non già l'inizio di una era negoziale tra chi acquista e chi produce.

Il documento presentato (1) è una interessante sintesi della esperienza inglese, dei punti di forza e dei punti di debolezza su cui investire per produrre miglioramento del sistema. Pare evidente che la realizzazione di un vero e proprio sistema negoziale necessita di tempo e di una forte determinazione. In un prossimo numero di *Mecosan* svilupperemo queste specifiche tematiche proprio per comprendere quali sono gli insegnamenti che possiamo apprendere dalla lezione inglese.

Fra i tanti punti interessanti due appaiono gli aspetti su cui concentrare subito l'attenzione:

1) l'apprendimento organizzativo, elemento essenziale del processo di contrattazione;

2) contrattazione e processo di programmazione.

## **L'apprendimento organizzativo elemento essenziale del processo di contrattazione**

Leggendo il documento appare di grande rilievo la variabile tempo. La distinzione di ruoli tra chi produce prestazioni e chi acquista le stesse per la popolazione di riferimento abbisogna di un periodo di apprendimento non breve. Leggendo il documento impressiona la rilevanza del fattore apprendimento e la necessità di sviluppare esperienze e confrontarle in termini di risultati conseguiti.

Questa osservazione è tutt'altro che metodologica e ha risvolti operativi e concreti se si vuole realizzare una fase di contrattazione effettiva all'interno del servizio sanitario nazionale.

Lo sviluppo del sistema di contrattazione abbisogna perciò tempo, cioè deve essere pianificata nell'arco minimo di un triennio o di un quinquennio. Si tratta di sviluppare una forte attenzione nel creare le condizioni perché si realizzi un reale sistema di apprendimento. Quali sono le condizioni perché si possa realizzare questo apprendimento? Su questo aspetto è possibile

indicare almeno due condizioni essenziali:

— la individuazione di una specifica autonomia, nell'ambito delle regole generali, dei soggetti che operano nel processo di contrattazione;

— la sistematica misurazione dei risultati e la identificazione di specifici meccanismi per la valutazione delle performance.

Per quanto riguarda il primo aspetto è legato alla cosiddetta aziendalizzazione (tema al centro del dibattito anche in questa rivista). L'apprendimento organizzativo si realizza laddove il soggetto ha la possibilità di apprendere per errore, dove esiste autonomia, seppur limitata da aspetti di ordine generale, nella individuazione delle scelte concrete per raggiungere i propri obiettivi. Esistono aziende che comprano prestazioni e aziende che vendono prestazioni, esistono equilibri economici per le une e per le altre, esistono problemi di qualità per le une e per le altre, esistono definizioni di sistemi di programmazione e controllo per le une e le altre. È necessario sviluppare una forte tensione alla economicità della gestione in entrambe le aziende, che così apprendono le modalità migliori per svolgere le proprie funzioni.

Da questo punto di vista è conseguente immaginare che le aziende si differenzieranno, nell'ambito ovviamente del quadro generale di riferimento comune, perché perseguiranno strategie in parte diverse, e perché si svilupperanno competenze ed abilità differenziate, scelte organizzative e gestionali differenziate. È questa una ricchezza, così come evidenzia il documento, perché occasione di riflessione comune e vero meccanismo di apprendimento organizzativo.

Il tema della misurazione dei risultati e delle regole di utilizzazione degli eventuali margini prodotti o dell'assorbimento delle perdite è la seconda

condizione dell'apprendimento. Su questi temi il nostro servizio sanitario nazionale è fortemente svantaggiato perché solo negli ultimissimi anni si è cominciata a sviluppare una forte attenzione ai sistemi informativi e alla misurazione sistematica dei risultati. Anche sul lato delle regole circa le conseguenze di risultati positivi o negativi della gestione in termini economici e finanziari si hanno prassi nelle varie Regioni italiane molto differenziate, che comunque molto spesso hanno comportato il finanziamento ex post della spesa.

La costante misurazione dei risultati, l'approntamento di sistemi informativi adeguati potranno peraltro crescere nella misura in cui i decisori sapranno che la performance sarà elemento concreto di valutazione.

### **Contrattazione e processo di programmazione**

Il processo di programmazione deve modificarsi radicalmente laddove la contrattazione prende piede. Si tratta di realizzare un sistema di programmazione completamente diverso, incentrato sul decentramento delle responsabilità e non sulla definizione dell'offerta, che è elemento caratterizzante del processo di contrattazione.

La programmazione deve indicare le linee guida entro cui negoziare, intervenire se la contrattazione non si realizza efficacemente, ma non determinare le condizioni dell'offerta.

In questo senso le Regioni devono modificare radicalmente la loro modalità d'essere, il loro ruolo nel processo di programmazione, fissando da un lato alcuni obiettivi strategici anche in relazione alle varie zone, ma lasciando ad altri meccanismi e ad altri soggetti la realizzazione di tutti gli aspetti connessi alla realizzazione della determinazione dell'offerta.

È realistico ipotizzare questo cambiamento? La situazione delle Regioni italiane è molto differenziata non solo sotto il profilo di politiche sanitarie perseguite (da chi ha sempre accentrato le decisioni a chi ha fortemente decentrato, da chi ha iniziato il processo di definizione di ruoli diversi tra USL e produttori di servizi a chi riconferma la gestione unitaria delle USL), ma anche sotto il profilo degli strumenti di programmazione e di controllo effettivamente disponibili.

È anche questo un forte cambiamento, che deve trovare anche disponibile una classe politica e tecnica che spesso ha avuto un ruolo diretto nelle scelte, nella determinazione dell'offerta di servizi. È un cambiamento completo che implica senza dubbio una forte volontà oltre che significativi investimenti.

Il processo di cambiamento legato alla contrattazione è sicuramente lungo e complesso e i benefici che ne derivano saranno connessi alla capacità delle aziende e della Regione di apprendere dagli errori senza la presunzione che magicamente la sola realizzazione di una legislazione nazionale e regionale coerente sia in grado di promuovere efficienza e qualità. Il cammino verso la efficienza e la qualità è in tutta la gestione che, certo, può essere favorita da una legislazione che appiana la strada.

---

(1) Il documento, contenuto nelle pagine successive, è il risultato della revisione al ciclo di contrattazioni per l'anno 1993-1994 tra soggetti «purchaser» e soggetti «provider» appartenenti al sistema sanitario inglese. L'organo preposto alla revisione stessa è il Management Executive del sistema sanitario inglese, che ha proposto ed inviato in data 23 novembre 1993 questo documento a tutti gli attori coinvolti nel processo di definizione dei contratti per l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria nel Paese. Per una migliore comprensione del testo si veda la breve presentazione della struttura del sistema sanitario inglese esposta nel box a pag. 39.



# REVISIONE AL CICLO DI CONTRATTAZIONI 1993-1994 TRA «PURCHASER» E «PROVIDER» E GUIDA AL CICLO 1994-1995

di Elisabetta Trincherò (traduzione e note a cura)

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Lezioni dal ciclo di contrattazioni 1993-1994 - 3. Problemi da affrontare - 4. Gestione e controllo dei contratti - 5. Gestione dell'attività oggetto dei contratti - 6. Gestione del cambiamento - 7. Sviluppo del processo di definizione dei contratti - 8. Coinvolgimento dei sanitari - 9. Coinvolgimento più intenso dei sanitari - 10. G.P.F.H. e condivisione dei processi di acquisto - 11. Ostacoli al coordinamento dei processi di acquisto - 12. Gestione concorrenziale dei fornitori (Market testing and tendering) - 13. Relazioni di lavoro e condivisione del rischio - 14. Sistemi informativi efficaci - 15. Incentivi e sanzioni - 16. Risultati e benefici sanitari nella definizione dei contratti.

## 1. Introduzione

1. Nel luglio 1993 il M.E. (1) è stato impegnato nella seconda revisione del ciclo di contrattazioni.

2. L'obiettivo della revisione, come nell'anno precedente, è stato quello di focalizzare le diverse esperienze e lezioni apprese durante questo ciclo di contrattazioni, per ottenere regole e principi da utilizzare nel processo di definizione dei contratti nel 1994-1995.

3. Le R.H.A. (2), i M.E. Outpost e i M.E. hanno contribuito alla revisione. Le R.H.A. e i M.E. Outpost sono stati incoraggiati a coinvolgere sia i «purchaser» che i «provider» (3) in questo lavoro di revisione. Come nella revisione precedente un discreto numero di «purchaser» e di «provider» hanno dato il loro contributo direttamente al M.E.

4. Sono state inoltre identificate numerose innovazioni e molte esperienze esemplari, ed è in programmazione il secondo documento «Good Practice», basato sul documento del Ministero della Sanità: «Seven imperatives for contracting».

## 2. Lezioni dal ciclo di contrattazioni 1993-1994

5. Si sono avuti significativi miglioramenti nella tempestività con cui i contratti sono stati firmati. Infatti al primo di aprile 1993 era già stato firmato il 91,5% dei contratti, per un totale di 15.784.000 di Sterline, mentre al primo di novembre un solo contratto rimaneva in sospeso.

6. Sono state identificate alcune lezioni chiave che hanno contribuito al successo della negoziazione e alla firma dei contratti:

— la presenza di una programmazione regionale più chiaramente definita rispetto al passato, con la definizione di date chiave sia per i «purchaser» (compresi i G.P.F.H.) (4) che per i «provider»;

— la chiara percezione che i «purchaser» e i «provider» erano ad un buon punto della curva di apprendimento ed erano in grado di fare un buon uso dell'esperienza passata;

— l'attivo coinvolgimento dei Direttori Generali nel processo di definizione dei contratti;

— la stretta collaborazione tra le R.H.A. e i M.E. Outpost nella predisposizione di programmi condivisi, nonché di arbitrati e conciliazioni comuni;

— l'attivo coinvolgimento del personale dei R.H.A. nel processo di firma dei contratti, che ha, in molti casi, comportato un considerevole loro impegno a livello operativo;

— la chiara comunicazione da parte del M.E. della data entro cui i contratti avrebbero dovuto essere firmati (31 marzo 1993).

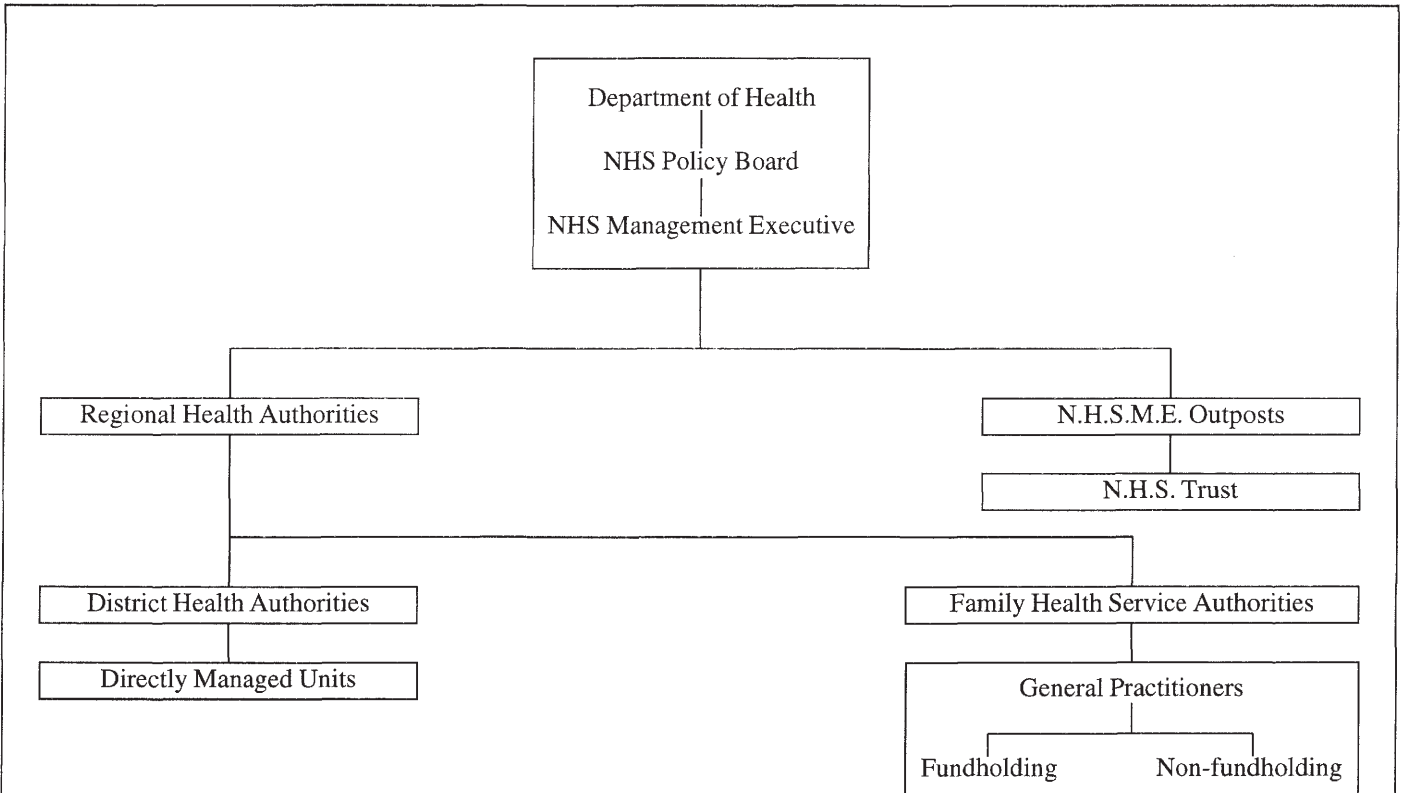
7. Sono stati inoltre identificati alcuni fattori responsabili di ritardi o di problemi nella firma dei contratti:

— il fatto che gli attori della negoziazione fossero incapaci di assumere determinate decisioni per un insufficiente potere o per un non idoneo background professionale e sanitario;

— il ritardo nella definizione di chiare intenzioni da parte dei «purchaser» e dei prezzi da parte dei «provider»;

— la mancanza di intese certe e di accordi condivisi laddove i contratti attraversavano i confini delle R.H.A.;

**Box 1 - La struttura organizzativa del Servizio sanitario nazionale inglese (di Elisabetta Trincherò)**



**Department of Health (DoH):** è guidato dal Segretario di Stato per la Sanità, che ha la responsabilità del S.S.N. nel suo complesso di fronte al Parlamento.

**N.H.S. Policy Board:** è guidato dal Segretario di Stato per la Sanità e ha la responsabilità dello sviluppo delle strategie che il S.S.N. deve seguire, alla luce delle politiche di governo. Fissa gli obiettivi del «Management Executive» e ne controlla il raggiungimento.

**N.H.S. Management Executive (N.H.S.M.E.):** è guidato da un Direttore Generale e ha la responsabilità dell'implementazione delle strategie definite a livello di «N.H.S. Policy Board».

**N.H.S. Management Executive Outposts (N.H.S.M.E. Outposts):** hanno gli stessi compiti del N.H.S.M.E., ma operano a livello regionale. A loro rispondono direttamente i N.H.S. Trusts.

**Regional Health Authorities (R.H.A.):** hanno la responsabilità dell'implementazione delle politiche sanitarie a livello regionale.

**District Health Authorities (D.H.A.):** hanno la responsabilità di assicurare il soddisfacimento dei bisogni di assistenza sanitaria della popolazione a livello distrettuale.

**Directly Managed Units (D.M.U.):** sono strutture ospedaliere e altre strutture erogatrici di assistenza sanitaria che, pur rimanendo sotto il controllo del D.H.A. del distretto cui appartengono, sono organismi giuridicamente autonomi e hanno autonomia gestionale.

**N.H.S. Trusts (N.H.S.T.):** sono organismi che pur avendo autonomia giuridica e gestionale, fanno parte del S.S.N. Ciascun «trust» è gestito da un Comitato di Direzione, composto da un Presidente nominato dal Segretario di Stato per la Sanità e da un certo numero di direttori esecutivi e non esecutivi. Sono responsabili dell'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria e rispondono del loro operato al N.H.S.M.E. Outpost competente.

**Family Health Service Authorities (F.H.S.A.):** sono composti da 11 membri, e hanno un Presidente nominato dal Segretario di Stato per la Sanità e un Direttore Generale, responsabile della gestione del «Family Practitioner Services» nonché dell'implementazione delle politiche sanitarie a livello locale. Hanno il compito di supervisionare l'operato dei General Practitioners e sono finanziati dal R.H.A. cui appartengono, che è responsabile sia del monitoraggio e del coordinamento dei loro programmi, sia del controllo della loro attività.

**General Practitioners (G.P.):** sono liberi professionisti, generalmente associati. Hanno il compito di assicurare alla popolazione l'erogazione di determinati servizi sanitari, nel rispetto di condivisi standard assistenziali. Sono supervisionati dal F.H.S.A. cui fanno riferimento.

**Fundholding G.P. (G.P.F.H.):** ricevono fondi dal R.H.A. cui appartengono in base al numero di pazienti iscritti nelle proprie liste, per assicurare loro uno specifico range di trattamenti sanitari.

**Non-fundholding GP:** hanno esattamente le stesse responsabilità dei G.P.F.H nei confronti dei propri pazienti, ma i trattamenti loro erogati vengono finanziati dal D.H.A. cui appartengono con fondi appositamente predisposti.

— il ritardo nella allocazione dei budget dei G.P.F.H., che dovevano invece definire fin dalle prime fasi del processo di contrattazione e in modo chiaro le loro intenzioni contrattuali;

— la difficoltà riscontrata nella negoziazione con i consorzi di nuova formazione e l'incertezza indotta dalla «Specialty Reviews»;

— la presenza di contratti che, pur essendo in teoria condivisi, non venivano poi firmati e rimanevano aperti alla rinegoziazione.

### 3. Problemi da affrontare

8. Uno dei principali problemi è che parte dei «purchaser» e dei «provider» non riescono ancora a considerare il processo per la definizione dei contratti come un ciclo completo di dodici mesi, e sono tentati di concentrare la negoziazione dei contratti negli ultimi tre mesi dell'anno. Alcune R.H.A. e un discreto numero di M.E. Outpost stanno incoraggiando sia i «purchaser» sia i «provider» a iniziare la discussione dei contratti per il 1994-1995 già nel primo incontro trimestrale di revisione.

9. Il problema del calendario della negoziazione è stato affrontato dal M.E.. Il documento «The Planning and Priorities Guidance for 1994-1995» fissa cinque date fondamentali alle quali tutti i «purchaser» e «provider» della Nazione devono attenersi.

10. Alcune R.H.A. (Oxford e North Western) stanno fissando date assai prossime per la firma dei contratti infraregionali, mentre altre (SW Thames e East Anglia) hanno imposto termini «spartiacque», allo scadere dei quali è previsto che i contratti in sospeso vadano automaticamente in arbitrato. Le R.H.A. dovrebbero assicurare che i M.E. Outpost vengano consultati nella definizione delle date più vicine. In alcuni casi le R.H.A. e le D.H.A. (5) hanno fissato penali per

punire i ritardi nella firma dei contratti.

### 4. Gestione e controllo dei contratti

11. Il M.E. ha pubblicato all'inizio del 1993 un documento (EL(93)10) «Managing Activity and Change» per rispondere alle difficoltà di gestione da parte dei «purchaser» e dei «provider» dell'attività oggetto dei contratti. Il documento propone una serie di punti chiave d'azione basati sulla «good practice», che i «purchaser» e i «provider» devono attuare.

12. L'attuazione di questo documento è ben controllata. In qualità di attori coinvolti nel processo di revisione dei contratti, è stato chiesto alla R.H.A. e ai M.E. Outpost di controllare l'attuazione dei punti chiave, con particolare attenzione all'area degli acuti di elezione (...).

### 5. Gestione dell'attività oggetto dei contratti

13. La maggior parte delle R.H.A. ha riferito che sono stati previsti specifici accordi per il monitoraggio dell'attività oggetto dei contratti, attraverso la predisposizione di piani, revisioni periodiche e confronti continui. La maggior parte dei «purchaser» e dei «provider» ha definito il profilo temporale dell'attività per tenere conto delle variazioni stagionali della stessa. Sono stati concordati livelli soglia per la maggior parte dei contratti, anche se in alcuni casi non si è provveduto a definire chiaramente le azioni da intraprendere al loro superamento.

14. Un discreto numero di R.H.A. ha riferito che sono state predisposte alcune azioni per gestire le variazioni dell'attività effettivamente svolta rispetto a quella prevista nei contratti, al fine di assicurare che l'assistenza al paziente non venga interrotta. Nel Wessex sono state incluse nei contratti

clausole per la compensazione anno per anno della attività. Nel Dorset l'attività in eccesso o in difetto rispetto a quanto previsto dal contratto alla fine di un anno può essere negoziata come credito o debito relativamente all'attività inserita nel contratto per l'anno successivo, come mezzo per ripianare fluttuazioni infra annuali di non grossa entità.

15. Altre R.H.A. hanno riportato che, la definizione contrattuale dei livelli di attività veniva affinata nel corso dell'anno, poiché i trend venivano previsti e parte dell'attività veniva spostata per migliorare l'efficienza (SE Thames).

16. Si sono registrati vari meccanismi per il monitoraggio dell'attività e delle possibili anomalie. La R.H.A. di Oxford ha ideato un meccanismo di trasmissione delle informazioni ad «elevata priorità» per segnalare alle R.H.A. potenziali problemi di sovrapproduzione.

17. È stato diffusamente riconosciuto che sia i «purchaser», sia i «provider» sono diventati più realistici relativamente alla previsione dei livelli di attività e dell'impatto del cambiamento. La R.H.A. di Northern ha rilevato che laddove l'attività aveva ecceduto le previsioni per il 1992-1993, lo sforzo necessario a riportare i livelli di attività in quelli programmati si è rivelato un potente stimolo al cambiamento.

18. Un discreto numero di «purchaser» e di «provider» ha prodotto commenti riguardo alla possibilità di giostrarsi tra i contratti. Ciò è stato particolarmente limitante nei casi in cui i «purchaser» avevano un solo contratto con ciascun «provider», anche se è riconosciuto che rimaneva almeno la possibilità di spostarsi tra diverse specialità all'interno dello stesso contratto, o tra diversi servizi all'interno del rapporto con lo stesso «provider».



19. Il quadro generale che emerge dalla revisione del ciclo di contrattazioni è che in alcune zone sono stati approntati validi sistemi e meccanismi a supporto della definizione dei contratti, mentre in altre zone si è rimasti ancora ad uno stadio iniziale se non addirittura embrionale.

20. Alcuni dei messaggi chiave contenuti nel documento EL(93)10 «Managing Activity and Change» sono stati reiterati nel documento «Priorities and Planning Guidance 1994-1995» e saranno risottolineati dal M.E. nel documento «Executive Letter».

## 6. Gestione del cambiamento

21. Per raggiungere obiettivi di miglioramento dell'assistenza sanitaria sia a livello nazionale che locale, è necessario promuovere mutamenti nei processi di acquisto e cambiamenti nella natura dell'erogazione dei servizi. In ogni caso, ogni cambiamento deve essere programmato. Al momento viene richiesto ai «purchaser» di produrre strategie quinquennali di acquisto nelle quali devono essere sviluppate proposte per il cambiamento in stretto accordo con i «provider». I cambiamenti di maggiore portata necessitano di essere identificati come parte della strategia d'acquisto, e devono essere chiaramente tempificati. Similmente, lo sviluppo dei servizi offerti deve essere incluso nei contratti, in modo da assicurare l'impegno sia dei «purchaser» sia dei «provider».

22. Un certo numero di R.H.A. ha puntato allo sviluppo di strategie congiunte per il cambiamento. Nello Yorkshire il «West Yorkshire Initiative» e il «North Yorkshire Review» sono due esempi di come «purchaser» e «provider» siano riusciti a lavorare insieme sui problemi relativi alle riconfigurazioni di maggiore portata del sistema. Altre operazioni simili sono

state condotte nella Northern Region relativamente all'erogazione dei servizi in Newcastle.

23. Nella revisione sono emersi alcuni problemi relativi alla gestione del cambiamento, e in particolare alla gestione dei cambiamenti più radicali. È generalmente condiviso che dovrebbero esserci delle regole per la definizione di ciò che costituisce un cambiamento radicale o significativo, nonché dell'appropriato tempo di preavviso. Il M.E. si è fatto carico di questo problema.

24. È stato proposto che i «purchaser» debbano segnalare mutamenti limitati nei processi di acquisto almeno sei mesi prima dell'inizio dell'anno contrattuale, mentre per quelli più significativi, il limite è stato posto a diciotto mesi. Il punto di vista del N.H.S. (6) su questa proposta non è ancora pervenuto.

25. Il problema della copertura dei costi fissi è stato messo in evidenza da alcuni attori coinvolti nella revisione. È stato chiesto ai «purchaser» e ai «provider» di presentare di comune accordo un accettabile orizzonte temporale per i mutamenti che devono essere attuati nei processi di acquisto. Nel caso in cui i «purchaser» e i «provider» non riescano a pervenire ad un accordo, questo problema verrà sottoposto ad arbitrato. Le R.H.A. hanno un ruolo chiave da giocare nella regolamentazione della velocità del processo di cambiamento, dove necessario, e quindi devono gestire il mercato tenendo in debita considerazione gli effetti di ogni cambiamento sugli altri «purchaser» (alcuni dei quali possono, in ultima analisi, trovarsi a dover pagare prezzi maggiorati per lo stesso servizio, senza averne colpa).

26. Insieme al cambiamento nelle intenzioni dei «purchaser», si è avuto anche il problema di gestire il cambiamento della metodologia di fissazione dei prezzi dei «provider». La ridefini-

zione dei prezzi (7) e la riallocazione dei costi può avere un significativo impatto sui «purchaser» e necessita di essere quindi comunicata in tempo utile.

27. È stato evidenziato da molti «purchaser» e R.H.A. il problema della fissazione dei termini dei contratti per i servizi di lungodegenza. Un discreto numero di «purchaser» e di «provider», in collegamento con le R.H.A., stanno pensando di spostarsi dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale all'interno di contratti a lungo termine.

28. La capacità delle D.H.A. di ottenere cambiamenti nei processi di acquisto dipende dalla volontà dei G.P. (8) di modificare gli attuali comportamenti prescrittivi. Le D.H.A. devono assicurarsi che i G.P. siano pienamente coinvolti nel processo di determinazione degli spostamenti degli acquisti da un «provider» ad un altro.

29. L'importanza del ruolo dei G.P.F.H. nella gestione del cambiamento è stato sollevato durante il processo di revisione e viene discusso più dettagliatamente nei paragrafi 43-49.

## 7. Sviluppo del processo di definizione dei contratti

30. Il documento «Planning and Priorities Guidance for 1994-1995» definisce chiaramente che il 1994-1995 deve vedere la fine dei contratti «block» (9) (cioè quella tipologia di contratti che non fissa né un tetto massimo né un minimo nel volume di fornitura dei servizi), che non dovranno più essere negoziati nel 1995-1996. Volumi di riferimento dovranno essere inseriti in tutti i contratti, compresi quelli per la fornitura di servizi per l'emergenza.

31. Quasi tutti le R.H.A. e i M.E. Outpost riportano significativi spostamenti dai contratti «block» a tipologie di contratti più sofisticate, già utilizza-

te nello Yorkshire, nel Wessex, nel Trent e nell'East Anglia. La Northern Region non ha più alcun contratto «block». La R.H.A. di Oxford ha comunicato che tutti i suoi contratti fissano ormai livelli di attività, sia minimi che massimi. Nelle altre regioni la maggior parte dei contratti prevede adesso delle soglie relative ai livelli di attività.

32. Grazie all'iniziativa di un discreto numero di R.H.A., si stanno ottenendo ulteriori progressi nella definizione di contratti ad un livello di aggregazione inferiore alla specialità. Nella Northern Region è stata introdotta la possibilità di definire contrattualmente le procedure chiave all'interno dei principali contratti per prestazioni chirurgiche. Un approccio simile è stato adottato nella South Western Region. Per il 1995-1996 la Northern Region ha programmato di usare categorie di contratti basati sui H.R.G. Inoltre la R.H.A. del Trent sta lavorando sulla possibilità di incorporare misure di case-mix nei suoi contratti e ha in cantiere una serie di progetti pilota. Nello Yorkshire si sta tentando di sviluppare contratti basati su «pacchetti di assistenza», piuttosto che sui tradizionali indicatori di attività.

33. È stato identificato un certo numero di problemi relativamente all'uso del F.C.E. (10) come unità di misura per i contratti relativi all'erogazione di servizi a pazienti acuti. Nel NW Thames si è registrato l'abbandono dell'uso del F.C.E. per alcune tipologie di contratti. In particolare si è ricorso all'uso dei «pazienti trattati» per i servizi di dermatologia, nefrologia e radioterapia, mentre il numero di parti viene usato al posto del F.C.E. nell'area materno-infantile. Il M.E. sta attualmente lavorando con il «Joint Consultant Committee» allo scopo di giungere a una migliore definizione di

«episodio» per permettere il confronto tra diversi «provider».

34. La maggior parte delle D.H.A., «purchaser» e «provider», sta ancora stipulando contratti su una base di dodici mesi, anche se alcuni stanno provando a siglare contratti di più lungo periodo o contratti «scorrevoli» per superare le difficoltà dei contratti annuali (S.E. Thames) o per supportare le strategie dei «provider» (N.W. Thames). Inoltre alcuni G.P.F.H., che per il momento possono stipulare contratti solo per un anno, stanno definendo accordi strategici insieme ai «provider», nei quali esplicitano la loro intenzione di stipulare con i «provider» contratti di più lungo periodo.

35. Alcune R.H.A. e M.E. Outpost hanno segnalato come la tendenza verso più sofisticate forme di contratti rappresenti una vera e propria sfida ai sistemi informativi dei «purchaser» e dei «provider».

36. È noto che i contratti «block» possono ancora rimanere delle forme appropriate di contratti per l'acquisto di servizi per pazienti non acuti e per l'assistenza territoriale, fino a quando non vengano approntati sistemi informativi adeguati e unità di misura ad hoc. Questi contratti «block» dovrebbero comunque contenere alcune tipologie di volumi indicativi di attività.

## 8. Coinvolgimento dei sanitari

37. Il M.E. nell'ultimo anno ha enfatizzato l'importanza del fatto che medici, personale infermieristico e altre figure professionali siano attivamente coinvolti nel processo di definizione dei contratti. Il documento EL(90)221 dal titolo «Involving Professional Staff in drawing up N.H.S. contracts» conteneva alcune linee guida per il coinvolgimento degli staff professionali nella stesura dei contratti. Molti dei messaggi chiave di questo documento sono stati risottolineati nel

documento EL(93)10 dal titolo «Managing Activity and Change» e nel successivo documento EL(93)60 dal titolo «Medical Advice to Purchasers».

38. Nonostante la chiara posizione del M.E., c'è ancora la percezione da parte dei sanitari di non essere pienamente coinvolti nel processo di definizione dei contratti. Particolarmente problematico è il rapporto tra i «consultant» (11) e gli acquirenti del D.H.A. È infatti diffusa la convinzione che la negoziazione dei contratti sia troppo incentrata su questioni finanziarie e relative ai livelli di attività, e non abbastanza sulla qualità e sullo sviluppo di politiche sanitarie. Molti sanitari hanno espresso la loro frustrazione per la composizione dei team di negoziazione, che spesso non hanno sufficienti competenze sanitarie e sono formati prevalentemente da personale amministrativo che si occupa di questioni finanziarie o di pianificazione commerciale. In molti casi si ha la percezione che i dibattiti siano confinati negli uffici, mentre si spenda troppo poco tempo con i G.P. o in ospedale.

39. Allo stesso modo alcuni «purchaser» hanno espresso la loro preoccupazione sul fatto di non potersi servire della consulenza clinica dei medici delle unità «provider».

## 9. Coinvolgimento più intenso dei sanitari

40. La revisione ha mostrato una crescente consapevolezza da parte di alcuni «purchaser» e «provider» del fatto che i sanitari nelle unità «provider» devono essere coinvolti più intensamente nel processo di definizione dei contratti. La maggior parte delle R.H.A. ha già iniziato ad occuparsi di questo, anche se il coinvolgimento può variare in modo significativo. In alcune aree, come ad esempio nel

South Cumbria, iniziative di audit clinico stanno rappresentando un'opportunità per il confronto diretto tra «purchaser» e sanitari. Inoltre, in varie parti del Paese, si stanno sviluppando gruppi di G.P.F.H. legati ai «consultant». I sanitari devono essere incoraggiati a dialogare con i «purchaser», siano questi ultimi D.H.A. o G.P.F.H., e viceversa.

41. È stata sviluppata una vasta gamma di modelli che permettono a tutti i G.P. di influenzare sempre più direttamente gli scopi e le decisioni, sia dei processi di acquisto, sia dei processi di definizione dei contratti (12) (...).

42. I sanitari non devono sottostimare l'impegno richiesto loro nel caso in cui desiderino giocare un ruolo proattivo e centrale nel processo di definizione dei contratti. Viceversa, i «purchaser» e i «provider» devono assicurare che i sanitari siano coinvolti nei passaggi chiave del processo di definizione dei contratti, ed in particolare:

- nella determinazione della capacità di offerta e del case-mix;

- nell'identificazione di nuove opportunità, progressi nella pratica clinica e variazioni nei volumi;

- nella definizione di condivisi protocolli di attività e di protocolli prescrittivi;

- nella predisposizione dei profili dei servizi e delle specifiche dei contratti;

- nella risposta alle problematiche di ordine sanitario dei G.P.;

- nel monitoraggio della corretta esecuzione dei contratti;

- nella revisione dei contratti con le D.H.A. e i G.P.F.H.

## 10. G.P.F.H. e condivisione dei processi d'acquisto

43. La riforma del N.H.S. ha creato due tipologie complementari di acqui-

renti, ciascuna delle quali ha i propri punti di forza. Mentre le D.H.A. possono fornire una visione strategica, valutando i bisogni della popolazione di un'intera area e determinando le priorità e l'investimento necessario a rispondere ai fabbisogni di quella popolazione, i G.P.F.H. possono utilizzare la propria conoscenza specifica dei pazienti per assicurare loro un'assistenza appropriata e per rispondere velocemente ai bisogni dei pazienti stessi.

44. I G.P.F.H. sono riusciti a promuovere innovazioni nei processi di acquisto, assicurare tempi di attesa più brevi, un accesso più diretto ai servizi e l'erogazione di un maggior numero di servizi direttamente negli ambulatori chirurgici dei G.P. Lavorando insieme e condividendo gli acquisti, queste diverse potenzialità possono essere utilizzate per assicurare che il N.H.S. sia veramente guidato dai «purchaser».

45. La congiunzione dei processi di acquisto sta già portando dei benefici, come il lavoro sugli acquisti a livello locale, la costituzione di alleanze sanitarie e l'accresciuta importanza del parere dei G.P. (compresi i G.P.F.H.). I forti legami tra le D.H.A. e i G.P.F.H. hanno promosso un forte riconoscimento degli interessi comuni e una crescita degli standard per tutti i «purchaser». In alcune aree questo lavoro a stretto contatto ha portato un grande numero di benefici, tra i quali:

- la promozione dell'efficacia sanitaria, attraverso la condivisione sia delle informazioni sia dei piani di acquisto;

- il miglioramento nella pianificazione. I piani di acquisto dovrebbero dimostrare lo sviluppo da parte dei D.H.A. di legami effettivi con i G.P., nonché il reale peso del loro parere nel processo decisionale e di pianificazione;

- una più efficace allocazione delle risorse e degli investimenti;

- la condivisione delle informazioni sui bisogni e sui desideri dei pazienti, per giungere ad una assistenza sanitaria più coerente alla domanda;

- la negoziazione di contratti che rispondano meglio alle diverse esigenze e il raggiungimento di una migliore gestione dei budget.

## 11. Ostacoli al coordinamento dei processi di acquisto

46. Le R.H.A., i M.E. Outpost e i G.P.F.H. hanno identificato il ritardo nella definizione dell'allocazione del budget dei G.P.F.H. come uno dei fattori che ha contribuito a ritardare la firma o la rinegoziazione di alcuni contratti. È stato riconosciuto come fosse determinante che tutti gli attori coinvolti nel processo di definizione dei contratti rispettassero i tempi stabiliti a livello nazionale, e come ciò sarebbe stato aiutato dalla definizione tempestiva dei livelli di budget dei G.P.F.H.

47. Un ulteriore problema identificato è stato il bisogno per i G.P.F.H. di iniziare la negoziazione il prima possibile e di dare chiare indicazioni sulle loro intenzioni di acquisto. Alcuni contributi hanno evidenziato come, mentre la libertà dei G.P.F.H. di cambiare i contratti doveva essere certamente preservata, in alcuni casi i G.P.F.H. non hanno comunicato ai «provider», o non sono stati capaci di farlo con sufficiente anticipo, i cambiamenti che si intendevano mettere in atto nei contratti di acquisto. La crescita del numero e dell'influenza dei G.P.F.H. ha reso sempre più importante la comunicazione tempestiva di potenziali cambiamenti, siccome persino piccoli cambiamenti possono avere un effetto significativo su alcune unità «provider». Anche le D.H.A. hanno bisogno di conoscere le opinioni dei



G.P.F.H. il prima possibile, in modo da assicurarsi che i piani di acquisto distrettuali riflettano pienamente il loro punto di vista.

48. I «provider» hanno espresso alcune perplessità relativamente al livello di impegno che i G.P.F.H. possono dare allo sviluppo dei servizi, in particolare di quelli che necessitano di notevoli investimenti di capitale. In alcuni casi, anche se i G.P.F.H. si ritenevano in grado di potersi impegnare a medio termine, si è notato come i meccanismi di allocazione dei budget e la possibilità dei G.P.F.H. di ritrattare gli schemi di acquisto potesse mettere in pericolo la capacità dei G.P.F.H. di definire commesse di lungo periodo che richiedessero cambiamenti ai «provider».

49. Alcuni G.P.F.H. stanno negoziando accordi strategici con i «provider», nei quali viene esplicitata la loro intenzione di definire rapporti contrattuali con le unità «provider» per un dato periodo di tempo e di supportare lo sviluppo dei «provider», pur continuando a siglare contratti su base annua.

## **12. Gestione concorrenziale dei fornitori (Market testing and tendering)**

50. Malgrado le limitazioni degli attuali meccanismi sul fronte dell'analisi dei costi e della fissazione dei prezzi, i «purchaser» stanno sempre più cercando di confrontare i prezzi dei «provider» per far fruttare al meglio il loro budget (value for money).

51. Nel West Midlands un «purchaser» ha invitato un gruppo di «provider» appartenenti sia al N.H.S. sia al settore privato a partecipare ad una gara su fondi destinati alla diminuzione delle liste d'attesa. Allo stesso modo nella Northern Region offerte di contratti per lo sviluppo di servizi sono stati utilizzati per aprire il merca-

to. Nel South East Thames sono state condotte alcune esperienze sui servizi di assistenza di comunità e sui servizi considerati prioritari, come pure su alcuni servizi per pazienti acuti.

52. In alcune parti del Paese sono stati messi in gara risonanze magnetiche per immagini, angiografie cardiologiche (Yorkshire) e servizi per l'area materno infantile (Trent). Nel North West Thames la North West Hertfordshire Health Authority ha sponsorizzato una unione tra G.P.F.H. e D.H.A. per l'offerta di servizi di oftalmologia. In Harrow, la commessa per provvedere all'assistenza continua degli anziani è stata aggiudicata ad un'organizzazione del settore privato, mentre in Barnett si è appaltato il servizio di dermatologia a seguito di pressioni dei G.P. locali.

53. Mentre è generalmente riconosciuto che la gestione concorrenziale dei fornitori richiede molto tempo, l'esperienza ha dimostrato che può essere efficace a produrre miglioramenti. I dettagli necessari alla preparazione di un documento base per la gara permettono una chiarificazione delle esigenze di un servizio. È stato suggerito che la gestione concorrenziale dei fornitori debba essere attuata laddove i benefici risultanti siano tali da superare i costi generati.

54. Alcuni «purchaser» e «provider» hanno espresso la preoccupazione relativamente alla gestione del processo di cambiamento, che i «provider» tradizionali non vincano la gara o che possano utilizzare la gara come una possibilità di disinvestire in quei servizi che non desiderano erogare, scegliendo di non fare un'offerta.

55. Il M.E. sta preparando per la primavera una guida sul «Market Testing» relativa ai servizi di cura ai pazienti e alla stipula di contratti con il settore privato.

## **13. Relazioni di lavoro e condivisione del rischio**

56. Uno dei messaggi chiave della revisione è stato l'evidenziazione della necessità che «purchaser» e «provider» lavorino a più stretto contatto. Questo si è reso manifesto soprattutto ai livelli intermedi, dove un lavoro a stretto contatto tra le R.H.A. e i M.E. Outpost nella gestione dei tempi per la definizione dei contratti, degli arbitrati e delle conciliazioni, è stato identificato come fattore determinante per la tempestiva firma dei contratti.

57. È stato identificato come elemento critico nello sviluppo del lavoro tra «purchaser» e «provider» la necessità di condividere i rischi e di sviluppare rapporti di lungo periodo.

58. È opinione comune che le relazioni di lungo termine possano essere meglio sviluppate attraverso condivise strategie di acquisto o attraverso l'utilizzo di contratti a lungo termine o scorrevoli. D.H.A. e «provider» desiderano che vengano sviluppate relazioni più strategiche e di lungo termine tra i G.P.F.H. e i loro «provider».

59. Ad un livello operativo vi sono un certo numero di difficoltà associate alle relazioni tra «purchaser» e «provider» relativamente al processo di negoziazione, ed in particolare:

- il fatto che i Direttori Generali debbano, ovviamente, essere strettamente coinvolti in questo processo;

- la necessità dei team di negoziazione di avere autorità sufficiente per poter prendere decisioni nell'interesse delle loro organizzazioni;

- il fatto che in troppe occasioni si debbano ridiscutere decisioni già prese causando grandi ritardi nel processo di definizione dei contratti;

- la necessità di considerare attentamente gli stili di negoziazione e l'autorità degli attori, per assicurare coerenza e continuità;

- l'eccessivo orientamento da parte dei team di negoziazione agli aspet-

ti finanziari e legati ai contratti e la loro scarsa competenza clinica;

— la mancanza del riconoscimento di un chiaro ruolo per medici, infermieri ed altri operatori sanitari.

60. Lo sviluppo di contratti più sofisticati ed un incremento nell'uso di contratti scorrevoli o di lungo termine (West Midlands e East Anglia) rende ora possibile una più profonda condivisione dei rischi tra «purchaser» e «provider». L'uso di contratti più espliciti, con un chiaro accordo sulle attività che devono essere svolte, permette di identificare i rischi attraverso il processo di negoziazione del contratto. I «purchaser» debbono condividere le difficoltà del «provider», in particolare per quanto riguarda le urgenze infra annuali. Entrambe le parti dovrebbero assicurare di avere chiaramente recepito i meccanismi contingenti per affrontare tali urgenze.

61. Allo stesso modo i G.P.F.H. dovranno tenere in conto la fattibilità dei servizi locali nel considerare le loro intenzioni di acquisto.

#### 14. Sistemi informativi efficaci

62. Il successo del processo di definizione dei contratti dipende dalla disponibilità di tempestive ed accurate informazioni. Si è evidenziato soprattutto come la predisposizione di informazioni da parte dei «provider» sia migliorata negli ultimi dodici mesi, sia in termini di tempestività che di attendibilità. È stato però anche notato come un certo numero di G.P.F.H. abbia ancora problemi nell'accesso ad informazioni attendibili. In alcuni casi i G.P.F.H. stanno scoprendo che alcuni «provider» non sono ancora stati fatturati per attività che sono già state erogate.

63. Il documento «Planning and Priority Guidance for 1994-1995» ha fissato una serie di obiettivi che devono essere raggiunti nel 1994-1995 per

supportare un ben informato processo decisionale. Ai «purchaser» è stato richiesto di sviluppare, insieme con i loro «provider», programmi di investimento nei sistemi informativi come parte delle loro strategie quinquennali di acquisto. Le R.H.A. e i loro «purchaser» dovrebbero lavorare in stretta collaborazione con il M.E. per sviluppare linee guida in grado di assicurare la più efficace allocazione dei capitali per lo sviluppo dei sistemi informativi dei «trust» del N.H.S.

64. L'accesso al sistema tipo D.I.S.P. è riconosciuto come essenziale per tutti i «purchaser». In alcune regioni sono stati fatti significativi progressi. Nel Trent, circa la metà delle D.H.A. ha già, o è in procinto di installare o di procurarsi, un sistema informativo funzionante da utilizzare nel processo di acquisto. Altri «purchaser» hanno attivato sistemi di gestione dei contratti mentre sono pochi coloro che ancora rimangono interamente dipendenti dai sistemi informativi dei «provider».

65. Il M.E. ha agevolato lo sviluppo di sistemi informativi attraverso il «I.M.G.'s D.I.S.P. Project». In particolare, il progetto è incentrato sulla promozione e sull'implementazione del supporto «I.M. & T.» per rispondere alle necessità dei «purchaser». L'attenzione del D.I.S.P. Project per il 1994-1995 si focalizzerà sull'estensione del suo utilizzo a tutto il N.H.S. Stanno cominciando ad essere reperibili sul mercato sistemi in grado di incontrare le esigenze dei «purchaser».

66. Quasi tutti i soggetti che hanno partecipato alla revisione hanno evidenziato l'importanza dell'apporto dei «purchaser» e dei «provider» per lo sviluppo, sia di sistemi informativi per i servizi territoriali, sia di indicatori di attività da inserire nei contratti.

67. Il «I.M.G. Project: Community Information Systems for Providers» (C.I.S.P.) sta conducendo una ricerca

volta a dimostrare i benefici per «purchaser» e «provider» degli investimenti rivolti alla gestione delle informazioni e allo sviluppo della tecnologia, e renderà i risultati disponibili a partire dal luglio 1994.

68. I «purchaser» devono poter prendere decisioni in grado di ottimizzare il valore dei budget a loro disposizione. Il M.E. nell'ultimo anno ha focalizzato i suoi sforzi nello sviluppo di sistemi che permettano una più facile comparazione dei costi di trattamento, consentendo ai «purchaser» di fare scelte ponderate tra differenti «provider».

69. Negli ultimi diciotto mesi il «National Steering Group on Costing» (N.S.G.C.) ha avuto il compito di sviluppare processi di analisi dei costi per la definizione dei contratti. Il N.S.G.C. ha verificato come differenze di prezzo tra «provider» non fossero sempre imputabili a diversi approcci nella analisi dei costi o a definizioni insufficienti del servizio erogato o del prodotto erogato (...).

70. Un certo numero di «purchaser» e «provider» sta lavorando per migliorare il processo di analisi dei costi e di fissazione dei prezzi dei loro servizi. Il «trust» St. Helier ha introdotto dei «banded pricing» per il servizio di nefrologia come indicatori da inserire nei contratti relativamente a quei servizi per i quali gli «episodi di ricovero» non rappresentano una valida misura.

#### 15. Incentivi e sanzioni

71. Un certo numero di «purchaser» e «provider» sta facendo un crescente utilizzo nei contratti di incentivi e sanzioni.

72. Sono state utilizzate forme di incentivazione per ottenere pronti pagamenti e miglioramenti in efficienza nei contratti a lungo termine (...).

73. Sanzioni finanziarie o penali sono state introdotte in alcuni contratti per punire l'incapacità di produrre una tempestiva e completa attività informativa, il ritardo nel monitoraggio dei dati, l'erogazione di prestazioni sotto dimensionate rispetto alle liste di attesa, l'incapacità di attenersi ai tempi di attesa garantiti o alle disposizioni di dimissioni concordate. In Wessex pazienti sono stati dirottati su «provider» alternativi allorché i tempi di attesa standard non venivano rispettati. Un D.H.A. nel South East Thames ha rifiutato i pagamenti fino alla firma dei contratti.

74. Nello Yorkshire esistono meccanismi per permettere ai «purchaser» di ritardare i pagamenti nel caso in cui gli standard qualitativi non vengano raggiunti. Il ritardo nei pagamenti è usato come spinta per indurre nuove iniziative di carattere sanitario. Nel North West Thames è in atto una procedura che convoglia i finanziamenti rifiutati come sanzione in un fondo incentivi per «provider».

75. Alcuni «purchaser» e «provider» hanno espresso preoccupazione sul fatto che l'uso di sanzioni possa minare lo sviluppo delle relazioni contrattuali. Un maturo rapporto di lavoro deve infatti essere basato sulla collaborazione, piuttosto che sulla coercizione. Il M.E. ha incoraggiato «purchaser» e «provider» ad usare il più possibile nei loro contratti penali ed incentivi, i quali devono, in ogni caso, essere condivisi e compresi da entrambe le parti, nonché esplicitamente dichiarati nei contratti. Il loro uso deve essere considerato nel contesto della «condivisione dei rischi».

## 16. Risultati e benefici sanitari nella definizione dei contratti

76. È condivisa a livello di N.H.S. l'opinione che sia necessario modificare sempre più l'orientamento da

contrattazioni «per input» verso contrattazioni «per outcome». Alcune regioni stanno lavorando attivamente a questo. Nel Trent alcuni «purchaser» stanno cercando di sviluppare «proxy» per la misurazione di risultati, attraverso l'identificazione, nei contratti, di quelle procedure e trattamenti necessari ad ottenere «outcome» efficaci.

77. Il raggiungimento di benefici sanitari attraverso la definizione dei contratti è sempre più visibile. Gli obiettivi sanitari della Nazione e la richiesta di produrre strategie quinquennali di acquisto stanno focalizzando l'attenzione dei «purchaser» sulle azioni specifiche necessarie a migliorare l'assistenza sanitaria.

78. Nel West Midlands sono stati identificati alcuni esempi di ciò. Il R.H.A. di Coventry ha incluso gli obiettivi sanitari della Nazione in tutti i contratti rilevanti e ha promosso lo sviluppo del N.H.S. inserendo nei contratti nuovi programmi di riabilitazione cardiaca e di educazione sanitaria, nonché servizi di contraccezione per i giovani. Il D.H.A. di Warwickshire ha incluso nei contratti un addizionale accesso a E.C.G., stress testing e altre procedure di investigazione cardiologica. Nel Walsall tutti i contratti con i principali «provider» richiedono loro di mantenere una banca dati sui pazienti fumatori e di assicurare nelle unità «provider» ambienti per non fumatori.

79. Altre regioni possono contare su operazioni di questo tipo. La D.H.A. di Barnett nel N.W. Thames ha incluso la sezione «Health Promotion and Disease Prevention» in tutti i suoi contratti, per la promozione della salute dei pazienti e degli staff dei «provider», con politiche sul fumo e sulla sana alimentazione; ha inoltre instaurato rapporti di collaborazione con altre agenzie per la promozione della salute di comunità più vaste.

80. Molti «purchaser» e «provider» hanno espresso la propria intenzione a muoversi in questa direzione. È ampiamente noto che ancora permangono significative difficoltà nella misurazione «outcome» e dei benefici sanitari. I «purchaser» stanno ancora cercando di chiarire la relazione tra i vari tipi di attività e i guadagni in termini sanitari. Alcuni «purchaser», pur non ritenendo appropriato stipulare contratti per il raggiungimento di benefici sanitari per la comunità locale nella sua totalità, ritengono adeguato stipulare contratti volti a promuovere specifici programmi sanitari e quindi li legano a particolari specialità o servizi che possono contribuire ad aggiungere loro valore.

(1) «M.E.» è l'acronimo di «Management Executive».

(2) «R.H.A.» è l'acronimo di «Regional Health Authority».

(3) I termini «purchaser» e «provider», che letteralmente significano rispettivamente «acquirente» e «fornitore», vengono lasciati inalterati nel testo, perché entrati ormai a far parte del vocabolario comune in ambito sanitario. In particolare, sono «purchaser» il «Department of Health», le «Regional Health Authority», le «District Health Authority», i «General Practitioner Fundholding» o i pazienti direttamente (spesso attraverso assicurazioni private), mentre sono «provider» i «National Health System Trust», le «Directly Managed Unit» e le strutture erogatrici di servizi sanitari appartenenti al settore privato. Per ulteriori approfondimenti sul tema si veda l'articolo di R.G. Milne dal titolo: *La gestione concorrenziale dei fornitori nel Servizio sanitario britannico. L'esperienza di una autorità sanitaria regionale*, pubblicato su *Mecosan*, anno III, n. 11.

(4) «G.P.F.H.» è l'acronimo di «General Practitioner Fundholding».

(5) «D.H.A.» è l'acronimo di «District Health Authority».

(6) «N.H.S.» è l'acronimo di «National Health System».

(7) Il Sistema Sanitario Nazionale inglese ha prodotto una serie di documenti a partire dall'inizio della riforma per definire le metodologie per la fissazione dei prezzi, ponendo in particolare molta attenzione sull'analisi dei sussidi incrociati tra i diversi servizi.



(8) «G.P.» e l'acronimo di «General Practitioner».

(9) Nel Sistema Sanitario Nazionale inglese le relazioni tra «purchaser» e «provider» sono regolate dall'uso di contratti, di cui esistono tre diverse tipologie:

— i «block contract», che fissano una tariffa a fronte di un determinato «range» di servizi, tariffa che è indipendente dal volume e dal case-mix delle prestazioni effettivamente erogate;

— i «cost and volume contract», che fissano una tariffa a fronte di un determinato volume di servizi, raggiunto il quale sono necessari ulteriori pagamenti sulla base di ogni singolo episodio di cura;

— i «cost per case contract», che prevedono il pagamento dei casi che non rientrano nelle altre due tipologie di contratto sulla base dei costi effettivamente sostenuti dalla struttura erogatrice. L'autorizzazione ad utilizzare questa modalità di rimborso deve essere richiesta prima dell'erogazione del trattamento al paziente.

(10) «F.C.E.» è l'acronimo di «Finished Consultant Episodes», che è un'unità di misura utilizzata per valutare l'attività dei medici ospedalieri relativamente al regime di ricovero.

(11) Il termine «consultant» viene lasciato intradotto poiché indica una figura che non trova una diretta corrispondenza nel Sistema

Sanitario italiano. Si tratta infatti di un medico ospedaliero che, pur avendo la responsabilità clinica di un gruppo di pazienti, non ha la responsabilità gerarchica di una divisione, e quindi non può essere associato al «primario» italiano. Negli ospedali inglesi, in ciascun reparto possono esserci più «consultant», tutti con pari livello gerarchico, mentre la responsabilità gestionale del reparto stesso viene affidata ad una figura paragonabile a quella del caposala del nostro Servizio sanitario nazionale.

(12) I modelli che sono stati identificati prevedono la costituzione di vari gruppi sperimentali di G.P. con particolari scopi, nonché altri provvedimenti ad hoc.

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità  
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Le pagine di **Mecosan** sono aperte al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo, ma soprattutto devono essere in grado di favorire la diffusione della cultura economica e manageriale nella sanità italiana, migliorando le capacità gestionali di coloro che operano sul campo e offrendo nuove indicazioni per le attività di ricerca e sperimentazione. Gli autori sono tenuti a rispettare le seguenti norme editoriali nella preparazione e nell'invio dei contributi:

A) Per la sezione SAGGI E RICERCHE: sono previsti articoli di lunghezza variabile tra 15 e 30 cartelle. Deve essere allegato un abstract in lingua inglese, di lunghezza non superiore a 200 parole, che illustri i principali contenuti dell'articolo e ne anticipi le conclusioni.

L'autore deve indicare almeno tre e non più di cinque parole chiare per la classificazione del proprio contributo. I resoconti di indagini e ricerche devono essere articolati secondo la scansione tradizionale: obiettivi, dati e metodologia, risultati, conclusioni.

B) Per le sezioni ESPERIENZE INNOVATIVE, LA SANITÀ NEL MONDO, SANITÀ E IMPRESA: sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione Sanità e Impresa).

Gli articoli devono essere spezzati a intervalli di 2-3 cartelle con un richiamo evidenziante il tema delle cartelle seguenti (massimo tre parole, come il titolo di un paragrafo).

I riferimenti bibliografici, se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.

C) Per tutte le sezioni: si sollecita l'uso di schemi, rappresentazioni grafiche e tabelle. Questi devono essere richiamati nel corso dell'articolo con riferimenti puntuali e devono essere corredati di una didascalia analitica che permetta di comprenderne il significato senza ricorrere alla lettura del testo.

I richiami bibliografici si devono effettuare con il sistema autore-data (non con numeri progressivi). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo secondo le modalità descritte nell'esempio che segue:

per i testi [Clerico, 1984] G. Clerico: *Economia della salute*. Franco Angeli 1984;

per gli articoli [Volpato, 1990] O. Volpato: *La privatizzazione dei servizi pubblici*. Azienda pubblica 1990; 2:243-252.

I testi devono possibilmente essere scritti con un word processor e consegnati su disco magnetico. In alternativa possono essere consegnati dattiloscritti.

Le cartelle si considerano di 30 righe e 60 battute per riga.

I contributi devono essere consegnati in tre copie (oppure su un singolo disco magnetico), e preceduti da una prima pagina che indichi: nome e cognome di tutti gli autori (il primo sarà l'autore principale); istituzioni di appartenenza; indirizzo completo, numero di telefono e di telefax dell'autore principale; titolo suggerito; notizie sugli autori da riportare in nota; sezione per la quale si intende proporre il contributo.

Seguirà, per la sezione Saggi e Ricerche, una seconda pagina contenente l'abstract in lingua inglese.

I contributi devono essere inviati all'attenzione di Mario Del Vecchio, presso la redazione di **Mecosan**, via Balilla, 18, 20136 Milano, tel. 02/5836.3132-3136 - fax 02/89404523.

Tutti gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio della redazione e di eventuali referenti esterni accreditati.

Qualore risultasse mancante alcuno degli elementi descritti in queste istruzioni il contributo potrà essere scartato oppure integrato dalla redazione senza richiesta di consenso all'autore.

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>



# IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE OSPEDALIERE ATTRAVERSO I DRG'S. UNA SOLUZIONE ANALOGA IN RIABILITAZIONE

di Emidia Vagnoni <sup>1</sup>, Gaspare Crimi <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Università di Bologna, sede di Forlì

<sup>2</sup> Servizio di medicina riabilitativa USL n. 20 di Verona

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Modalità di finanziamento - 3. Vantaggi e svantaggi legati all'utilizzo di DRG's nel sistema di allocazione delle risorse finanziarie - 4. Un esempio specifico di applicazione dei DRG's in Sanità: gli FRG - 5. Conclusioni.

## 1. Premessa

Il dibattito sullo stato della sanità in Italia è divenuto particolarmente acceso negli ultimi anni, conseguentemente all'emanazione del D.L.vo n. 502/92 e del successivo n. 517/93 che ne ha modificato alcuni aspetti. Le «rinnovate» aziende sanitarie (1) sono chiamate ad assicurare ai cittadini l'erogazione dei servizi garantendo un adeguato livello di qualità delle prestazioni (specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza) compatibilmente con le risorse disponibili, da gestire secondo modelli manageriali riconducibili al rispetto dei criteri di efficienza e di efficacia, tradizionalmente riscontrabili nelle aziende di tipo privatistico.

Il raggiungimento dell'equilibrio, ritenuto ottimale, tra gli obiettivi di efficienza ed efficacia (nelle sue diverse sfaccettature) presenta non poche difficoltà in un'epoca, come quella attuale, in cui i trasferimenti dello Stato alle aziende pubbliche sembrano aver subito un forte ridimensionamento. A ciò va aggiunto un ulteriore elemento di complicità, rappresentato dalla mancanza, nelle aziende sanitarie, di un prezzo di cessione delle prestazioni

che renda conto della valenza economica dei servizi erogati (2). Infatti il finanziamento non è direttamente correlato alle attività svolte e viene a dipendere da considerazioni di varia natura che comunque non trovano riferimento nelle combinazioni di processi produttivi.

Nella realtà pubblica questo ha comportato il rilievo assunto dall'equilibrio tra entrate ed uscite in un determinato periodo, dove le uscite sono correlate alle varie politiche di produzione e consumo attuate dall'azienda e le entrate sono correlate o alla politica dei tributi o alla politica dei trasferimenti, politiche queste ultime in gran parte governate da livelli istituzionali diversi da quello della singola azienda (3).

## 2. Modalità di finanziamento (\*)

Fino ad oggi le singole aziende hanno avuto come fonte i trasferimenti di fondi da parte di altri enti (tipicamente Stato e Regioni) che destinavano parte delle loro entrate a finanziare le attività sanitarie.

Con la riforma sanitaria lo stanziamento del Bilancio dello Stato per la sanità viene fatto confluire nel Fondo Sanitario Nazionale per poi essere ridistribuito tra le Regioni in riferimen-

to ad alcuni parametri prescritti (4). Va da sé che gli enti regionali dovranno poi ridistribuire tali fondi tra le aziende sanitarie; ma secondo quali parametri? Il D.L.vo n. 517/1993, all'art. 3 (competenze regionali), attribuisce alle Regioni l'onere di individuare i criteri di finanziamento delle Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (5). Finora la consistenza dei trasferimenti delle Regioni alle aziende sanitarie ospedaliere si è basata sul numero dei giorni di degenza ed alcune di esse, malgrado le disposizioni della legislazione in materia, proseguono in tal senso. La nuova legge, infatti, prevede il rimborso solamente per le prestazioni effettuate e non più per i giorni di degenza.

Sembra proprio che l'amministrazione centrale, a fronte dei consistenti trasferimenti per la spesa sanitaria effettuati in passato, e dei grandi disavanzi dei bilanci delle aziende sanitarie, si stia muovendo lungo una linea tale che tenda a privilegiare le strutture che offrono servizi più efficienti. L'adozione del sistema di pagamento a prestazioni implica la tutela, in pri-

---

I paragrafi contrassegnati con (\*) sono stati curati da Vagnoni E., quelli contrassegnati con (\*\*) da Crimi G.

mo luogo, dei livelli delle offerte di salute e la relativa garanzia di efficienza. Si deve pertanto costruire una nuova Sanità senza provocare un impatto dirompente sull'offerta dei servizi. L'intento della riforma sanitaria consiste nel passare da un funzionamento del SSN incentrato su regole di carattere rigido a nuove regole imperniate su reali e coerenti strumenti di programmazione e controllo, sulla programmazione per obiettivi, sostenuti da un sistema di finanziamento flessibile in grado di vigilare sui comportamenti organizzativi (6). Le Aziende sanitarie sentono la reale esigenza di gestire i flussi finanziari (7) operativamente in maniera autonoma, di recuperare una certa discrezionalità nell'impiego delle risorse, di implementare sistemi di controllo e valutazione dei risultati rispetto agli obiettivi programmati. In tal senso, infatti, l'azienda realizza una gestione più razionale delle risorse economiche, sia a livello globale che di singola funzione, tale da consentire la responsabilizzazione degli operatori sui consumi.

Il rinnovato approccio, basato sul *case-mix*, è destinato a sopperire al problema rappresentato dalla mancanza di un mercato nell'ambito del quale si possano formare i prezzi per la corresponsione a titolo di rimborso del finanziamento regionale. Con tale sistema, basato sui DRG's (*diagnosis-related groups*), ciascun ospedale sarà pagato sulla base di una somma stanziata, in misura fissa, per ogni caso trattato. Poiché è ben noto che uno dei problemi fondamentali inerenti la misurazione dei costi consiste nella preventiva individuazione delle finalità della misura e, in relazione ad essa, dell'oggetto di misurazione, nelle aziende ospedaliere i raggruppamenti di casi trattati, che scaturiscono da una classificazione fatta sulla base dell'omogeneità — i DRG's — potrebbero costituire l'oggetto di riferimento (imputa-

zione) dei costi. In tal senso è evidente che il DRG non è solo una base di finanziamento, ma diventa anche uno strumento di controllo gestionale.

Le metodologie per la determinazione del costo per DRG sono diverse e si distinguono a seconda delle finalità per le quali il costo stesso è determinato; si hanno pertanto (8):

— finalità correlate alla determinazione dell'ammontare di rimborso da concedere agli ospedali per ogni DRG;

— finalità di calcolo del costo per DRG per supportare il *top management* ed i responsabili dei centri di costo nel sistema di controllo di gestione sanitario (9).

Il previsto sistema di finanziamento per prestazione presenta non poche implicazioni sui costi, sulla qualità, sulla valutazione dei servizi sanitari. Chi per primo ha proposto il sistema del rimborso per prestazione (10) lo ha fatto credendo di risolvere molti degli svantaggi legati al sistema di finanziamento previgente e di fornire, in tal modo, alle aziende ospedaliere un incentivo a perseguire determinati obiettivi di efficienza.

### 3. Vantaggi e svantaggi legati all'utilizzo dei DRG's nel sistema di allocazione delle risorse finanziarie (\*)

Nei primi anni Ottanta, negli Stati Uniti Medicare (11) iniziò ad essere rimborsato con il Sistema Prospettico dei Pagamenti; nel 1982, infatti, fu approvata una legge, la Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, che modificava il sistema di rimborso di Medicare ed obbligava ad introdurre il Sistema Prospettico dei Pagamenti (PPS). Secondo il Sistema di Pagamento Prospettico (PPS) (12) un ospedale viene rimborsato sulla base del costo medio dei pazienti trattati in ogni DRG, indipendentemente dall'attuale costo che

ciascun paziente effettivamente genera.

Si possono individuare due particolari vantaggi, da un punto di vista economico, di un PPS. In primo luogo tale sistema di rimborso incentiva il controllo delle risorse utilizzate; in seconda ipotesi, implica una specializzazione in quei DRG's dove gli ospedali sono mediamente più efficienti (ma, come si dirà più avanti, il processo di specializzazione può avere i suoi aspetti negativi). Il DRG, infatti, potrebbe rispondere ad uno dei problemi fondamentali del controllo nelle Aziende ospedaliere, insito nell'impossibilità di individuare chiaramente un *output* di riferimento e di definire l'*outcome* in modo tale da consentire una valutazione dell'efficacia e dell'efficienza. In tal senso il modello costruito da Fetter potrebbe divenire uno strumento manageriale oltre che di finanziamento delle aziende ospedaliere.

È fuor di dubbio che il sistema di pagamento per DRG oltre a consentire un'analisi comparata dell'attività ospedaliera (attraverso la standardizzazione dei pagamenti), permette altresì di conoscere meglio l'attività interna dell'ospedale, attraverso l'analisi delle attività e la valutazione dell'efficienza. La conoscenza di come si distribuiscono i DRG's nel singolo ospedale consente di orientare l'attenzione delle direzioni competenti sull'ottimizzazione e massima efficienza dei servizi verso i DRG più significativi in termini di quantità di casi, di assorbimento di risorse.

Sempre negli anni Ottanta la pubblicazione dei risultati di svariati studi volti ad esaminare gli effetti economico-gestionali dell'introduzione del sistema PPS/DRG ha consentito di rilevare una sostanziale concordanza sulle modificazioni intervenute nel Sistema Sanitario statunitense conseguentemente all'introduzione dei

DRG (13); la durata del periodo di degenza ospedaliera è calata del 15% nei pazienti di Medicare e del 43% in un gruppo di soggetti del tutto confrontabile tranne che per non appartenere a Medicare (14). È stata dimostrata inoltre una diminuzione del 31% di posti letto in degenze intensive ed un sostanziale mantenimento dei reingressi in ospedale e della mortalità a sei mesi (15).

L'adozione di un sistema di rimborso basato sui DRG's può avere però anche conseguenze avverse per il sistema sanitario.

La correlazione delle modalità di rimborso al sistema DRG implica un incentivo per gli ospedali a fornire cure ad ogni paziente ammesso nella struttura al più basso costo possibile. La *ratio* per un pagamento uniforme è insita nell'assunzione secondo la quale sono le differenze nell'efficienza, piuttosto che nelle caratteristiche dei pazienti o nella qualità delle cure mediche, le determinanti delle differenze interistituzionali nel costo dell'erogazione delle cure. Quanto appena detto può essere discutibile. La quantità di risorse utilizzate per curare i pazienti assegnati ad un dato DRG infatti, può variare sostanzialmente sia tra un'Azienda ospedaliera e l'altra che all'interno della stessa. Non tutte le differenze di costo sono correlate alle caratteristiche dei pazienti o alla qualità dei servizi resi e le informazioni utilizzate per incasellare un paziente in un DRG piuttosto che in un altro risultano essere limitate. Il sistema di classificazione corrente non considera la gravità della malattia, le caratteristiche socio-economiche del paziente, o altri fattori che possono influenzare il costo della somministrazione di una terapia ad un paziente con una data diagnosi. In riferimento a ciascun caso trattato si riscontrano anche grandi variazioni nei costi, secondo la Regione e il tipo di ospedale che possono

essere il risultato di differenze nelle pratiche dei medici o nell'efficienza.

Tutti concordano nel fatto che la prestazione di cure di elevata qualità, ad un costo inferiore, costituisca una situazione auspicabile, ma sfortunatamente non è indicativa della vera efficienza (16). Spesso è stata utilizzata la riduzione della durata della degenza, per una data diagnosi, come indicatore di un recupero di efficienza, e sono state adottate specifiche strategie per raggiungere tale situazione.

Anche se i DRG's possono equilibrare le riduzioni dei costi di degenza e aumentare l'efficienza c'è il rischio che ciò venga realizzato a discapito della qualità. Il sistema di rimborso attraverso i DRG's può anche condurre ad un processo di specializzazione ospedaliera attraverso il quale gli ospedali si concentreranno nell'erogazione di quei servizi nei quali ritengono di essere più efficienti (17). Di fatti, se un ospedale riesce ad effettuare un'appendicectomia ad un costo pari all'80% della media, avrà guadagnato il 20% del rimborso per DRG per ogni paziente che si sottopone a tale intervento. Gli ospedali poi, al fine di rientrare nei limiti del rimborso potrebbero anche non garantire le necessarie cure del caso.

L'utilizzo dei DRG nell'ambito del sistema di allocazione delle risorse finanziarie può avere effetti anche sulla strumentazione dell'ospedale. Questi potrebbero essere scoraggiati nell'adozione di nuove tecniche e procedure che comportino, unitamente ad un miglioramento della qualità delle cure, un incremento dei costi di struttura per la dotazione di tecnologia. Infine, ma non per ultimo, un limite intrinseco alla logica di tale sistema è costituito dall'uniformità di trattamento dei diversi stadi delle patologie. È previsto, infatti, lo stesso rimborso per una data malattia indipendentemente dalla diagnosi effettuata sul paziente. Si pensi

al trattamento dei malati di AIDS: l'ospedale è rimborsato allo stesso modo per pazienti che richiedono cure più o meno intense e complesse. Ad ogni modo i costi di tali trattamenti possono variare in maniera rilevante. Un sistema di pagamento che prestabilisce il pagamento in una qualsiasi maniera, potrebbe scoraggiare gli ospedali nell'accettare quei casi che necessitano di cure intensive. Da uno studio svolto negli USA (18) sul sistema di rimborso nell'erogazione di cure a malati di AIDS è risultato che, a New York, veniva utilizzato uno speciale sistema di pagamento (o incentivo) per quelle Unità ospedaliere specializzate nella cura dell'AIDS: gli ospedali che rientrano nella categoria dei centri specialistici per cure da HIV possono usufruire, contemporaneamente, sia di un rimborso giornaliero in una misura concordata, che del sistema di pagamento per DRG.

Fitzgerald (19) studiando le modificazioni causate dal PPS sulle cure ad anziani fratturati di femore in un grande Ospedale americano conferma i dati relativi alla riduzione del periodo di degenza ed alla mortalità intra-ospedaliera, i quali in un anno di osservazione non sembra abbiano subito modifiche; se però si valutano parametri funzionali è evidente che le sedute di riabilitazione dedicate al singolo paziente diminuiscono, che la distanza massima di cammino percorsa prima della dimissione vista come livello di autonomia raggiunto cala notevolmente, che la proporzione di soggetti trasferiti in Residenze Sanitarie Assistite (RSA) aumenta di molto e, soprattutto, che una grossa parte di quei pazienti permane in RSA dopo un anno. La conclusione più immediata porta a sottolineare i due dati più vistosi, e cioè che l'attività riabilitativa è spostata soprattutto nelle RSA e che inoltre, basandosi sul dato di permanenza nelle stesse dopo un anno, il li-



vello di assistenza è peggiorato ed una fetta maggiore di soggetti non torna all'autonomia.

È evidente che un sistema di pagamento basato sui DRG's incentiva il perseguimento di una riduzione dei costi e, conseguentemente, consente di responsabilizzare il personale che *in primis* gestisce le risorse disponibili. Ad ogni modo, diversi sistemi di prezzi differiranno sulla base del fatto che alcuni DRG's sono, da un punto di vista della valutazione economica, più o meno vantaggiosi e, quindi influenzeranno il numero e il tipo di specializzazioni. Si potrebbe proporre un approccio che consenta di stabilire e valutare i prezzi che scaturiscono da specifiche (esplicite) conoscenze del tipo di specializzazione che i «comportamenti sociali» incoraggerebbero. Specificatamente, se si conoscesse l'allocazione ottimale dei pazienti negli ospedali, i prezzi sarebbero determinati in maniera tale che, per gli ospedali, gli incentivi economici siano individuati in modo da interagire con tale allocazione.

La determinazione dell'allocazione ottimale dei pazienti negli ospedali è un lavoro estremamente complesso. Dovrebbero essere considerati un gran numero di fattori, inclusa l'efficienza con cui le strutture sanitarie trattano le diverse tipologie di pazienti, la qualità delle cure somministrate alle differenti tipologie di degenti, le relazioni tra il volume ed i costi e la qualità, l'area geografica di appartenenza dei pazienti che accedono all'ospedale, e le preferenze dei pazienti e dei medici.

#### 4. Un esempio specifico di applicazione dei DRG's in sanità: gli FRG (\*\*)

Il problema centrale dei DRG's in Riabilitazione è l'etichettare sotto diagnosi prestabilite delle patologie che nel tempo spesso non modificano la

diagnosi, ma solo la qualità di vita o il livello di autonomia: questo è particolarmente sentito in questa disciplina dove vedremo che i DRG's non sono applicati come di norma.

Anche l'Italia si è allineata a questi concetti internazionali in occasione della presentazione del D.M. Sanità 14 dicembre 1994. «Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera», dove all'allegato 3, presentando le tariffe relative alla riabilitazione intra-ospedaliera, le collega al pagamento a giornata. Anche le Regioni, pur con alterne vicende, si sono allineate a queste indicazioni.

D'altra parte le implicazioni anche culturali di questa scelta anche italiana derivano dal PPS incluso nel Social Security Amendment del 1983 statunitense in cui si escludevano gli Ospedali di Riabilitazione, insieme con altre realtà (Osp. psichiatrici, di lungo degenza, etc.) dal sistema stesso (20).

Gli Ospedali Riabilitativi erano esclusi dal sistema perché i DRG's sono stati sviluppati per Ospedali Generali per pazienti acuti con ricoveri brevi mentre, per la loro composizione attuale, non sono adeguati a prendere in considerazione speciali circostanze di diagnosi e cura che richiedano lunghi periodi di ricovero. A ciò si aggiunge che la diagnosi medica non può valutare né il danno, né la disabilità, né la cronicità e che esiste una grossa variabilità all'interno di ogni categoria diagnostica in quanto a consumo di risorse riabilitative.

Nel succedersi del tempo sia la National Association of Rehabilitation Facilities (NARF), sia il Department of Health and Human Services (DHHS) hanno affrontato il problema, in parallelo con altri due studi, quello condotto alla Tufts University of Medicine e quello commissionato da autorità economiche statunitensi al Medical College of Wisconsin insieme con la Rand Corporation (MW/Rand).

Il DHHS sottolinea nella prima raccomandazione del rapporto al Congresso la preferenza nello sviluppare un Sistema Prospettico di Pagamenti per la Riabilitazione congiunto a quello per gli Ospedali per acuti; lo stesso ammette però anche la propria totale assenza di proposte per questo fine.

La richiesta, pur se con una sua logica, è palesemente incoerente. Nello stesso periodo furono effettuati due studi (il Tuftse e l'MW/Rand) che dimostrarono che la diagnosi spiega solo il 12% della variabilità nei costi riabilitativi, mentre altri fattori quali l'età, la condizione funzionale e la severità della malattia sono un miglior modello per prevedere l'utilizzo delle risorse in Riabilitazione. D'altra parte tutti i quattro studi considerati concordano sulla fattibilità di un sistema di transizione, basandolo ad esempio sullo stato funzionale del soggetto e su altri dati predittivi validati piuttosto che sui DRG's (21).

Nel paragrafo precedente si ricordava che la introduzione del Sistema Prospettico di Pagamenti basato sui DRG's aveva modificato la durata media di degenza e il numero dei posti letto ospedalieri — diminuendoli — senza modificare in peggio la mortalità a sei mesi.

Questi dati, su cui nessuno discute, non sono però il punto di vista della Medicina Riabilitativa. Il PPS massimizza l'efficienza, però espelle dal sistema stesso più precocemente — forse troppo — i pazienti e infatti è possibile osservare un *trend* in crescita della percentuale di reingressi in Ospedale per acuti entro breve tempo dalla ammissione in Struttura riabilitativa.

A tal proposito Marciniak *et al.* (22) riferiscono una percentuale di ritrasferimenti in Ospedali per acuti, entro le prime ore dal trasferimento, che passa dall'1,5% nel periodo pre-DRG al 3,1% nel periodo *post* DRG. Il dato non è isolato: il già citato Hei-

nemann (cfr. 20) afferma che vari operatori del settore riabilitativo (fisiatri, assistenti sociali, infermieri e amministrativi) già nel 1988 lamentavano un aumento in patologie acute e nelle riammissioni in strutture per acuti; anche Dobkin (23) conferma la diminuzione della giornata di degenza in Ospedale per acuti (mediamente da 13 a 9 giorni), ma riferisce di un aumento di complicazioni serie dal 22% al 48% nelle prime ventiquattro ore dal trasferimento. La differente percentuale riscontrata dai vari studiosi nelle reammissioni è probabilmente da imputare alle diverse casistiche ottenibili nel *case-mix* dei pazienti. Il dato significativo che emerge — la maggior gravità dei pazienti trasferiti dagli Ospedali per acuti a quelli di Riabilitazione, — dovuto probabilmente ad un frettoloso processo di dimissione dei pazienti dagli Ospedali per acuti, trova conferma all'estremo opposto della storia naturale della disabilità, in uno studio effettuato in strutture lungodegenziali: due studiosi (24), comparando i dati relativi ai periodi 1982 e 1986, hanno dimostrato un aumento nei bisogni assistenziali e similari (alimentazione tramite sondino, uso di ossigeno, etc.) dei pazienti ivi ricoverati. A conferma di quanto finora detto Parfenchuck (25) cita l'esperienza della trasformazione di otto letti di «stroke unit» in altrettanti letti riabilitativi esenti da DRG: egli conclude che si è potuto notare un aumento della degenza media unitamente però ad un andamento positivo delle valutazioni di abilità funzionali e una maggiore facilità del malato a rientrare al proprio domicilio.

Quello che si voleva dimostrare con questa carrellata irta di dati tecnici è che a nostro avviso una accresciuta efficienza può andare a scapito della autonomia del paziente e quindi, alla fine, accrescere i costi globali per un aumento dei periodi di ricovero in lun-

ga degenza fino alla cronicizzazione del soggetto come già Fitzgerald (cfr. 19) ricordava nel precedente paragrafo.

Come si vedeva prima, il PPS massimizza l'efficienza, ma tende ad espellere prima i pazienti dal sistema. D'altra parte è punitivo per chi sta fuori dal sistema, sia per il singolo professionista sia per la struttura, sia economicamente, sia per lo sviluppo tecnologico e strutturale.

La medicina riabilitativa non poteva quindi autoescludersi da una qualche modalità di pagamento a prestazione, per cui il mondo riabilitativo statunitense ha cercato di proporre un sistema parallelo, anche se alternativo, utilizzando parzialmente strumenti già noti all'ambito culturale di riferimento.

Strumenti di uso comune da sempre in riabilitazione sono le scale funzionali e di disabilità per misurare le *performances* del soggetto in terapia.

Considerato che la diagnosi di ammissione del paziente può servire a poco per capire quanto un paziente può assorbire risorse della struttura, in Medicina Riabilitativa è normale misurare le abilità residue del paziente proprio grazie a queste Scale.

Il passaggio logico del mondo riabilitativo statunitense è stato allora quello di utilizzare questi strumenti come supporto ad un sistema di pagamenti, con la logica della «giustificazione del pagamento» (26).

La valutazione funzionale assurge quindi ad un ruolo centrale nel poter destinare risorse — o toglierle — ad un paziente, ad una tipologia di pazienti, ad una patologia e le opinioni del professionista possono non coincidere con quelle del paziente e dell' erogatore di risorse (27).

Nei primi anni novanta sono state studiate e predisposte varie scale per valutare l'esito funzionale e per essere di ausilio nella programmazione

delle risorse; tra queste quella che sta raccogliendo maggiori consensi è la Functional Independence Measure (F.I.M.). La scala presenta ottimi livelli di affidabilità *inter-observer* ed *intra-observer*; ottime caratteristiche di intervallarietà, buona validità criterio-correlata (concorrente e predittiva). Tale scala misura soprattutto il carico assistenziale, per cui rappresenta un utile strumento anche per valutazioni di carattere non strettamente sanitario; inoltre consentendo di valutare le capacità funzionali all'ingresso e alla dimissione, permette la dimostrazione del miglioramento ottenuto. Il punteggio all'ingresso è un'importante misura discriminante sulla gravità dei pazienti ammessi e quindi sulla tipologia del caso riabilitativo; utilizzando la F.I.M. e quindi con gli scambi *inter-observer*, ogni Centro può sapere se è in media o se è fuori dei valori della scala, ed eventualmente può prepararsi a motivare lo scostamento o a correggerlo.

La scala, supportata da rigorosi studi di affidabilità e di precisione, è stata validata dallo stesso Autore attraverso applicazione avvenuta su varie casistiche di pazienti (28). La scala in argomento sta diventando uno dei più utili strumenti riabilitativi anche per predire il carico assistenziale durante il ricovero, alla dimissione e nel *follow-up* del paziente; può anche essere usata in modo trasversale per valutare il *case mix* di strutture quali Residenze Sanitarie Assistite oppure servizi di riabilitazione per il paziente cronico; fornisce utili informazioni sul costo assistenziale, importanti nelle valutazioni di tipo costo/utilità.

La F.I.M. è già presente in Italia, tradotta (29) e riveduta dall'Agenzia di supporto statunitense, autorizzata e validata. Viene attribuita molta importanza a questa scala, su cui ci siamo soffermati lungamente, perché ha trovato un correlato fondamentale nella

proposizione degli F.R.G. (Functional Related Groups), analoghi ai DRG, ma specifici per la Medicina Riabilitativa.

Stineman *et al.* (30) hanno sviluppato di recente un sistema di classificazione di pazienti riabilitativi adulti ricoverati: il FIM-FRG, che utilizza la FIM insieme con un sistema di classificazione dei pazienti ricoverati collegato alla durata di degenza. Per formare il sistema di classificazione il sistema misto FIM-FRG utilizza poche variabili predittive: la causa della disabilità, l'età del paziente e il punteggio FIM all'ammissione. Esso, insieme ad un sistema di pagamenti, può differenziare i pazienti che, con uguale diagnosi, ma con livello di gravità di patologia differente e quindi con differente stato funzionale, abbisognano di riabilitazione.

Come architettura globale, il sistema FIM-FRG è comparabile a quello dei DRG's; la valutazione dello stato funzionale, dato proprio dalla FIM, è l'asse portante del sistema stesso come lo è anche d'altra parte in Riabilitazione; anche la lunghezza della degenza è collegata al sistema come variabile dipendente nella valutazione della *performance* come misura dell'utilizzo di risorse.

Se quanto detto è vero, va da sé che il sistema FIM-FRG non è un sistema di pagamenti, anche se può essere un utilissimo strumento all'interno di un sistema di pagamenti. Allo stato attuale, la ricerca in questo campo ha superato la fase appena descritta e si sta sviluppando nella direzione di valutare, all'interno del sistema anzidetto, dei sotto sistemi più utili per ipotizzare la durata di degenza *ex ante* (31).

Tutto questo vale per il periodo specifico di riabilitazione medica, davanti ad un soggetto con una patologia acuta, che ha comportato una disabilità anche molto severa; lo stato funzionale indicherà quindi la gravità del

soggetto e il tempo prevedibilmente richiesto per il recupero della funzione lesa. Il discorso non vale invece per il paziente cronico, pur con bisogni riabilitativi. Per questo soggetto invece varranno i *Resource Utilization Groups* a cui in questa sede accenneremo solamente (32).

I RUG's nascono per misurare il *case-mix* dei pazienti ricoverati nelle *Nursing Homes* come cronici e infatti, oltre allo stato funzionale e alla diagnosi di ammissione, essi valutano i servizi ricevuti e l'utilizzo delle risorse strutturali impiegate in un certo giorno per un certo paziente. La metodica non è esente da patologie insite nel sistema, è ancora a livello di proposta, avendo avuto solo la validazione scientifica, pur se con un campione importante di soggetti (oltre 7000).

Queste pagine possono essere un contributo alla discussione attualmente in corso, non solo in Italia, sul contenimento della spesa sanitaria.

È fuori dubbio che le risorse sono limitate per definizione in Sanità e quindi occorre fare delle scelte anche basate su una lettura economica del problema. D'altra parte occorre però tenere sempre presente la differenza, non solo semantica, tra i termini razionalizzazione e razionamento della spesa.

Anche la Medicina riabilitativa ha sofferto nel tempo passato di spese non sempre motivate da una stretta efficacia terapeutica, si è spesso confusa la domanda di Riabilitazione Sociale con quella Medica, inducendo ancora una volta costi non del tutto motivabili, a fronte di bisogni strettamente riabilitativi a cui spesso non è stata data risposta.

Non bisogna dimenticare però l'altro estremo del problema, che cioè l'interesse per l'efficienza divenga prioritario soffocando la medicina: nel 1989 un gruppo di qualificati ricercatori ha pubblicato su un'autorevole rivista

medica un lavoro in cui si indagava sull'esistenza o meno di corrispondenza tra la solidità assicurativa e i miglioramenti funzionali dopo riabilitazione di un gruppo di quasi 900 soggetti con danni al midollo spinale con esito in para e tetraplegia. La conclusione, da noi reputata drammatica dinanzi ad una simile patologia che mostra non pochi risvolti per il paziente nel suo ambito familiare e sociale, ma anche sotto l'aspetto economico per la società, è stata che numerose misure di esito avevano avuto significative modificazioni a secondo della diversa fonte assicurativa del soggetto (33).

A nostro parere la via giusta da seguire, pur se stretta, sta nel mezzo tra queste due posizioni, cercando di bilanciare i costi senza scordare i bisogni sanitari dell'utenza, anche considerando che un soggetto disabile ben rieducato può attualmente avere una posizione sociale e lavorativa soddisfacente non solo per sé ma anche per la società.

## 5. Conclusioni

Con questo lavoro si è voluto dare un'interpretazione dei mutamenti di tipo economico-sanitario che l'introduzione di un sistema di pagamento prospettico può introdurre. Negli Stati Uniti il sistema basato sui DRG ha rappresentato il mezzo attraverso cui è stato possibile effettuare interventi economici in alcuni campi del *management* sanitario e, visti gli effetti positivi di tale metodologia, essa è stata poi trasferita in altre realtà europee, in alcuni casi con qualche aggiustamento (come in Gran Bretagna), altre volte così come originariamente formulata (come in Francia).

Nel contesto europeo, vista la difficoltà ad introdurre nelle aziende sanitarie un controllo economico sistematizzato sui processi di erogazione delle



cure ospedaliere che consentisse di misurare il grado di assorbimento delle risorse acquisite, il DRG ha finito per assumere anche una buona valenza quale strumento di controllo direzionale per la misurazione dell'efficienza aziendale. La classificazione dei DRG attualmente presente nel nostro Paese non include però in maniera dettagliata e completa le terapie riabilitative, pertanto si potrebbe proporre di estendere tale sistema di raggruppamento delle prestazioni sanitarie anche alla medicina riabilitativa, giungendo alla formulazione di FRG che possano avere la valenza di strumenti di razionalizzazione del consumo di risorse in riabilitazione.

(1) L'art. 4 «Organizzazione delle Unità sanitarie locali», del testo aggiornato del D.L.vo n. 517/93, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria, così recita «l'Unità sanitaria locale è azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle Comunità locali».

(2) Per una più analitica considerazione del concetto richiamato cfr. Farneti G., *Introduzione all'economia dell'azienda pubblica. Il sistema, i principi, i valori*. Giappichelli G. Editore, Torino, 1995. Per l'Autore la mancanza di una grandezza quantitativa in grado di dare una visione unitaria dell'economicità aziendale non significa che non sia possibile giungere ad una verifica dei risultati conseguiti dall'azienda pubblica, ma solo che essi vanno ricercati in altri valori. Farneti G. sviluppa il concetto appena richiamato concludendo: «D'altra parte, per le stesse aziende che producono per il mercato, la letteratura, e l'osservazione empirica, hanno messo in luce l'insufficienza del profitto quale unica grandezza atta ad esprimere i risultati aziendali, dovendosi, accanto ad esso, considerare il "ruolo sociale" dell'impresa come finalità assunta dalla intelligente azione di chi la governa, tale da favorire — anch'esso — condizioni di stabile funzionalità futura, sino ad evidenziarne la natura di vero "valore aziendale"».

(3) Cfr. Borgonovi E., *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano, 1992.

(4) Cfr. art. 12 (Fondo Sanitario Nazionale) D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche.

(5) Sulla centralità del ruolo delle Regioni nell'organizzazione del servizio sanitario, così come nel processo di assegnazione dei fondi alle diverse aziende sanitarie, si veda Borgonovi E., *Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza una strategia organizzativa*, *Mecosan* n. 2, 1992, pag. 6.

(6) Cfr. Biardi P., Catturi G., Riccaboni A., Castellani F., Di Perri T., *La determinazione dei costi nelle aziende ospedaliere. Valenze gestionali ed aspetti operativi*. *Recenti Progressi in Medicina*, Vol. 86, n. 3, Marzo 1995, pag. 92.

(7) Si veda Farneti G., *I flussi monetari nell'indagine patrimoniale-finanziaria*, Giappichelli G. Editore, 1993, dove l'Autore in più occasioni non trascurava di sottolineare le implicazioni positive sul sottosistema della pianificazione e del controllo derivanti dalla gestione dei flussi finanziari.

(8) Per un'esauriente trattazione sulle differenti modalità di calcolo del costo per DRG in relazione alle finalità si rimanda a Morini P., *Criteri di attribuzione e determinazione dei costi nel sistema DRG*, in Mazzuconi R., Micosci P., Zoppei G., *Il Sistema DRG. Uno strumento di programmazione e valutazione dell'efficienza produttiva ospedaliera*, Edizioni del Corriere Medico, 1992.

(9) Si usa parlare dei DRG's come del sistema per il rimborso delle spese sanitarie, ma vale la pena ricordare che esso costituisce innanzitutto un metodo per misurare la performance dell'ospedale e, conseguentemente, gestire con criterio uniforme l'attività sanitaria.

(10) Il sistema di rimborso per prestazione (DRG's), implementato da un gruppo di ricerca dell'Università di Yale già nel 1969, (si veda Fetter R.B., Shin Y., Freeman J.L., Averill R.F., Thompson J.D., *Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups*, *Medical Care*, 18, 1980, 1-53) è stato un tentativo di utilizzare una combinazione di analisi statistiche e valutazioni cliniche per raggruppare le oltre diecimila diagnosi, contenute nella International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification, ed un numero simile di procedure chirurgiche in maniera tale che i pazienti, entro ciascun gruppo, avessero simili attributi clinici e risultassero omogenei nella quantità di risorse consumate durante il ricovero a parità di organizzazione e di procedimenti utilizzati. I pazienti sono assegnati ad uno dei circa 500 DRG's sulla base delle informazioni periodicamente estraibili dalla cartella di dimissione: le prime diagnosi o l'intervento chirurgico, la presenza di una seconda fonda-

mentale diagnosi, l'età del paziente, e se il paziente era in vita o meno all'atto della dimissione. Tali informazioni cliniche e demografiche sono contenute nell'attuale scheda nosologica ospedaliera. Sono esclusi dai DRG's i pazienti trattati in regime diurno e ambulatoriale.

(11) L'American Medicare System fu introdotto nel 1965 come parte del «Great Society Program» del Presidente Johnson L.B. Medicare è un sistema federale di erogazione delle prestazioni sanitarie, nato dall'esigenza di attuare una politica sociale redistributiva, che contribuisce a pagare le spese mediche e ospedaliere dei pazienti con più di 65 anni, dei disabili e dei malati di cancro ai reni allo stato terminale.

(12) Sul funzionamento del PPS si veda Shwartz M., Lenard M.L., *Improving Economic Incentives in hospital Prospective Payment Systems Through Equilibrium Pricing*, *Management Science*, Vol. 40, n. 6, June 1994.

(13) Si veda Preston A., Chua W.F., *The diagnosis related group-prospective payment system and the tragic choice of rationing health care to the elderly*, *Proceedings of the EIASM Conference on «New European Public Sector»*, Edinburgh University Management School, December 12-14, 1994, Edinburgh.

(14) Sugli effetti dell'introduzione del sistema di pagamento prospettico cfr. Mayer-Oakes S.A., Oye R.K., Leake B., Brook R.N., *The early effect of Medicare's Prospective Payment System on the use of medical intensive care services in three community Hospitals*, *JAMA* n. 21/260, 1988, pp. 3146-3149.

(15) Cfr. Kahn K.L., Keeler E.B., Sherwood M.J. et al.: *Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG - based prospective payment system*, *JAMA*, 1990, 15, 264: 1984-1988. Inoltre cfr. Mayer-Oakes, 1988, cit.

(16) Cfr. Stern R.S., Epstein A.M., *Institutional responses to prospective payment based on diagnosis-related groups*, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 312, n. 10, pag. 623. Gli Autori mostrano i risultati di una ricerca svolta su un campione di ospedali per verificare la relazione tra durata della degenza ed efficienza. Due cliniche universitarie di Boston avevano deciso di attuare, per quanto possibile, una politica di dimissione delle pazienti ricoverate presso il reparto di ostetricia dopo due giorni dal parto. Anche se in un primo momento tale politica avrebbe consentito di migliorare l'efficienza, in realtà, nel medio-lungo periodo, sarebbe stata causa di un aumento dei costi dovuti ad esempio a successivi ricoveri resisi necessari per la prematura dimissione, o ad ulteriori cure di cui le pazienti meno abben-

ti (non sotto controllo medico durante il periodo della gravidanza) avrebbero potuto aver bisogno.

(17) Si potrebbe affermare che nelle aziende ospedaliere italiane, allo stato attuale, un simile rischio non sussiste poiché non sono ancora ampiamente diffusi sistemi contabili che consentano di misurare i costi effettivi delle cure prestate per ogni diagnosi. Infatti, la specializzazione in cure particolarmente vantaggiose da un punto di vista economico implica per i manager ospedalieri il calcolo dei costi medi e dei costi marginali della prestazione in un dato DRG.

(18) Si veda a tale proposito Buchanan R.J., Kircher F.G., *Medicaid Policies for Aids - Related Hospital Care, Health Care Financing Review*, Summer 1994, Vol. 15, n. 4, pag. 33.

(19) Fitzgerald J.F., Moore J.S., Dittus R.S., *The care of elderly patients with hip fracture. Changes since implementation of the Prospective Payment System*. The New England Journal of Medicine, 1988, 319, 21: 1392-1397.

(20) Cfr. Heinemann A.W., Billeter J., Betts H.B., *Prospective Payment for acute care: impact on Rehabilitation Hospitals*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1988, 69: 614-618.

(21) Si veda al riguardo Batavia A.I., Dejong G., *Prospective Payment for Medical Rehabilitation: the DHHS Report to Congress*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1988, 69: 377-380.

(22) Cfr. Marciniak C.M., Heinemann A.W., Monga T., *Changes in medical stability upon admission to a rehabilitation unit*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1993, 74: 1157-1160.

(23) Cfr. Dobkin B.H., *Neuromedical complications in stroke patients transferred for rehabilitation before and after diagnosis related groups*. Journal of Neuro. Rehabil., 1987, 1: 3-7.

(24) Shaughnessy P.W., Kramer A.M., *The increased needs of patients in nursing homes and patients receiving home health care*. The New England Journal of Medicine, 1990, 322: 21-27.

(25) Cfr. Parfenchuck T.A., Parziale J.R., Liberman J.R., Butcher R.P., Ahern D.K., *The evolution of an Acute Care Hospital Unit to a DRG - exempt Rehabilitation Unit*. Am. J. Phys. Med. Rehabil., 1990, 69, I: 11-15.

(26) Wilkerson D.L., Batavia A.J., Dejong G., *Use of Functional Status Measured for payment of medical rehabilitation services*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1992, 73: 111-120.

(27) Si veda in proposito Frattali C.M., *Perspectives on functional assessment: its use for policy making*. Disability and Rehabilitation, 1993, 15, I: 1-9.

(28) Si veda Granger C.V., Cotter A.C., Hamilton B.B., Fiedler R.C., Hens M.H., *Functional assessment scales: a study of persons with multiple sclerosis*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1990, 71:870-875 e Granger C.V., Cotter A.C., Hamilton B.B., Fiedler R.C., *Functional assessment scales: a study of persons after stroke*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1993, 74: 133-138.

(29) Tesio L., *FIM — Functional Independence Measure — Strumento di misura della disabilità. Manuale d'uso. Versione italiana*. Ricerca in Riabilitazione (suppl.), Giugno 1993, pp. 1-48, SO-GE-COM Ed., Milano. Informazioni sul protocollo UDS e sulla scala FIM possono essere richieste direttamente al prof. Carl V. Granger, Data Management Service of the Uniform Data System for Medical Rehabilitation, State University of New York 82 Farber Hall, SUNY - Main Street Buffalo NY 14214 - USA, oppure, per la versione italiana del protocollo UDS e della scala FIM, al dott. L. Tesio, c/o Fondazione Clinica del Lavoro, Milano.

(30) Stineman M.G., Escarce J.J., Goin J.E., Hamilton B.B., Granger C.V., Williams S.V., *A case-mix classification system for medical rehabilitation*. Med. Care, 1994, 32, 4: 366-379.

(31) Cfr. Stineman M.G., Hamilton B.B., Granger C.V., Goin J.E., Escarce J.J., Williams S.V., *Four methods for characterizing disability in the formation of Functional Related Groups*. Arch. Rehabil. Med. Phys., 1994, 75: 1277-1283.

(32) Fries B.E., Schneider D.P., Foley W.J., Gavazzi M., Burke R., Cornelius E., *Refining a Case - Mix measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUGIII)*. Med. Care, 1994, 32, 7:668-685.

(33) De Vivo M.J., Stover S.L., Fine P.R., *The relationship between sponsorship and rehabilitation outcome following spiral cord injury*. Paraplegia, 1989, 27: 470-479.

#### BIBLIOGRAFIA

- BATAVIA A.I., DEJONG G. *Prospective Payment for Medical Rehabilitation: the DHHS Report to Congress*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1988, 69.
- BIARDI P., CATTURI G., RICCABONI A., CASTELLANI F., DI PERRI T. *La determinazione dei costi nelle aziende ospedaliere. Valenze gestionali ed aspetti operativi*, Recenti Progressi in Medicina, Vol. 86, n. 3, Marzo 1995.
- BORGONOV E. *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano, 1992.
- BORGONOV E. *Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza una strategia organizzativa*, Mecosan n. 2, 1992.
- BUCHANAN R.J., JIRCHER F.G. *Medicaid Policies for AIDS - Related Hospital Care*, Health Care Financing Review, Summer 1994, Vol. 15, n. 4.
- DEPARTMENTS OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, REPORT TO CONGRESS: *Developing a Prospective Payment System for Excluded Hospitals*, Washington DC, DHHS, 1987. (Cit. in Batavia).
- DE VIVO M.J., STOVER S.L., FINE P.R. *The relationship between sponsorship and rehabilitation outcome following spinal cord injury*. Paraplegia, 1989, 27: 470-479.
- DOBKIN B.H. *Neuromedical complications in stroke patients transferred for rehabilitation before and after diagnosis related groups*. Journal of Neuro. Rehabil., 1987.
- EMERY M.J. *The impact of the Prospective Payment System: perceived changes in the nature of practice and clinical education*. Phys. Ther., 1992, 73.
- FARNETI G. *I flussi monetari nell'indagine patrimoniale-finanziaria*, G. Giappichelli Editore, 1993.
- FARNETI G., *Introduzione all'economia dell'azienda pubblica. Il sistema, i principi, i valori*. G. Giappichelli Editore, Torino, 1995.
- FETTER R.B., SHIN Y., FREEMAN J.L., AVERILL R.F., THOMPSON J.D. *Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups*, Medical Care, 18, 1980, 1-53.
- FITZGERALD J.F., MOORE J.S., DITTUS R.S. *The care of elderly patients with hip fracture. Changes since implementation of the Prospective Payment System*. The New England Journal of Medicine, 1988, 319-21.
- FRANCHIGNONI F.P., RICUPERO C., ZELASCHI G., MARTINO M.T., SESSAREGO P. *Scale di disabilità: confronto tra Barthel Index e Functional Independence measure*. Eur. Med. Phys., 1994, 30.
- FRATTALI C.M. *Perspectives on functional assessment: its use for policy making*. Disability and Rehabilitation, 1993, 15.
- GRANGER C.V., COTTER A.C., HAMILTON B.B., FIEDLER R.C. *Functional assessment scales: a study of persons after stroke*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1993, 74.
- GRANGER C.V., COTTER A.C., HAMILTON B.B., FIEDLER R.C., HENS M.H. *Functional assessment scales: a study of persons with multiple sclerosis*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1990, 71.

- HEINEMANN A.W., BILLETTER J., BETTS H.B. *Prospective Payment for acute care: impact on Rehabilitation Hospitals*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1988, 69.
- HOSEK S., KANE R., CARNEY M., HARTMAN J., REBOUSSIN D., SERRATO C., MELVIN J.L. *Charges and Outcomes for Rehabilitative Care: Implications for the Prospective Payment System*, Santa Monica, CA, Rand, 1986 (cit. in Batavia).
- KAHN K.L., KEELER E.B., SHERWOOD M.J. ET AL. *Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system*, JAMA, 1990, 15, 264.
- MARCINIAK C.M., HEINEMANN A.W., MONGA T. *Changes in medical stability upon admission to a rehabilitation unit*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1993, 74.
- MAYER-OAKES S.A., OYE R.K., LEAKE B., BROOK R.N. *The early effect of Medicare's Prospective Payment System on the use of medical intensive care services in three community Hospitals*, JAMA n. 21/260, 1988.
- MORINI P. *Criteri di attribuzione e determinazione dei costi nel sistema DRG in MAZZUCCONI R., MICOSSI P., ZOPPEI G., Il Sistema DRG. Uno strumento di programmazione e valutazione dell'efficienza produttiva ospedaliera*, Edizioni del Corriere Medico, 1992.
- NATIONAL ASSOCIATION OF REHABILITATION FACILITIES. *Exclusion of Rehabilitation Hospitals and Rehabilitation Units from the Medicare Prospective Payment System: how it works*. Washington DC. NARF, 1984. (Cit. in Batavia).
- PARFENCHUCK T.A., PARZIALE J.R., LIBERMAN J.R., BUTCHER R.P., AHERN D.K. *The evolution of an Acute Care Hospital Unit to a DRG - exempt Rehabilitation Unit*. Am. J. Phys. Med. Rehabil., 1990, 69.
- PRESTON A., CHUA W.F. *The diagnosis related group-prospective payment system and the tragic choices of rationing health care to the elderly*, Proceedings of the EIASM Conference on «New European Public Sector», Edinburgh University Management School, December 12-14, 1994, Edinburgh.
- SHAUGHNESSY P.W., KRAMER A.M., *The increased needs of patients in nursing homes and patients receiving home health care*. The New England Journal of Medicine, 1990, 322.
- SHWARTZ M., LENARD M.L. *Improving Economic Incentives in Hospital Prospective Payment Systems Through Equilibrium Pricing*, Management Science, Vol. 40, n. 6, June 1994.
- STERN R.S., EPSTEIN A.M. *Institutional responses to prospective payment based on diagnosis-related groups*. The New England Journal of Medicine, Vol. 312, n. 10.
- STINEMAN M.G., ESCARCE J.J., GOIN J.E., HAMILTON B.B., GRANGER C.V., WILLIAMS S.V. *A case-mix classification system for medical rehabilitation*. Med. Care, 1994, 32.
- STINEMAN M.G., HAMILTON B.B., GRANGER C.V., GOIN J.E., ESCARCE J.J., WILLIAMS S.V. *Four methods for characterizing disability in the formation of Functional Related Groups*. Arch. Rehabil. Med. Phys., 1994, 75.
- TESIO L. *FIM — Functional Independence Measure — Strumento di misura della disabilità. Manuale d'uso. Versione italiana*. Ricerca in Riabilitazione (suppl.), Giugno 1993, SO-GE-COM Ed., Milano.
- TESIO L. *Lungodegenza non è stabilità clinica*, Ricerca in Riabilitazione, 1994.
- WILKERSON D.L., BATAVIA A.J., DEJONG G. *Use of Functional Status Measured for payment of medical rehabilitation services*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1992, 73.



# IL COLLEGAMENTO TRA SISTEMA DI BUDGET E SISTEMA DI INCENTIVAZIONE NELLE AZIENDE OSPEDALIERE: UNA POSSIBILE METODOLOGIA

di Giorgio Casati, Giovanni Valotti

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

**SOMMARIO:** 1. I sistemi di valutazione e incentivazione del personale nelle aziende ospedaliere - 2. Il collegamento tra sistemi di programmazione e controllo e sistemi di valutazioni e incentivazione - 3. Le novità introdotte dal nuovo contratto di lavoro - 4. La determinazione dei criteri di valutazione degli obiettivi e dei risultati - 4.1. La valutazione globale della scheda di budget - 4.2. La scomposizione della valutazione globale sugli indicatori di risultato contenuti nel budget e valutazione dei risultati conseguiti - 4.3. Computo dei premi incentivanti attesi e effettivi con riferimento ai singoli dipendenti - 5. Alcune considerazioni sulla metodologia illustrata - 6. Considerazioni conclusive.

## 1. I sistemi di valutazione e incentivazione del personale nelle aziende ospedaliere

Le rapide e profonde trasformazioni che stanno caratterizzando le organizzazioni sanitarie del nostro Paese in questi ultimi anni, impongono, oltre che una rinnovata capacità di guida ed indirizzo, una mobilitazione più generale di tutte le risorse professionali operanti all'interno delle stesse. Solo attraverso un orientamento attivo e propositivo, oltre che mediante un alto grado di identificazione nelle finalità aziendali, da parte dei diversi ruoli operanti all'interno dell'organizzazione, appare infatti possibile gestire una non facile fase di transizione verso aziende realmente autonome, responsabili ed efficienti.

Troppo a lungo, in effetti, nelle aziende sanitarie si è verificata una sorta di contrapposizione tra aspettative/interessi individuali ed esigenze/obiettivi dell'organizzazione nell'insieme, sino a determinare comportamenti distorsivi ed un progressivo allontanamento dalla capacità di perseguire le finalità istituzionali.

In questo hanno evidentemente giocato un peso rilevante, oltre alle diverse condizioni di contesto, le scelte di politica del personale direttamente assunte dalle singole aziende. All'interno di un quadro di riferimento contrattuale e delle relazioni sindacali sicuramente non ideale, troppo spesso in realtà anche i margini di manovra disponibili sono stati male utilizzati e si sono trasformati in strumenti di rafforzamento delle pratiche e della cultura tradizionali (1).

Ciò ha indotto rilevanti sbilanciamenti nel rapporto tra i contributi richiesti ai singoli operatori e le ricompense che l'organizzazione è stata in grado di riconoscere agli stessi, inducendo il rischio che, in una logica di prevalente egualitarismo, i più penalizzati risultassero proprio gli elementi più attivi e qualificati.

I tempi sembrano ormai maturi per procedere ad una svolta significativa su questi piani. L'impostazione generale del nuovo contratto di lavoro, l'affermazione di nuovi valori e orientamenti, le pressioni indotte dal mutato contesto di riferimento, pongono in primo piano la tematica della valorizzazione

dell'incentivazione del personale.

Come in tutte le organizzazioni nelle quali in passato scarso rilievo si è attribuito a tali problemi, il rischio forte che si intravede è quello di una ennesima interpretazione riduttiva, comunque legata alla logica dell'adempimento (applicare il contratto di lavoro) e non in grado di determinare una svolta significativa nelle politiche del personale (2).

Diverso è evidentemente l'atteggiamento di quelle aziende ospedaliere che, alla luce delle opportunità e delle difficoltà indotte da un contratto significativamente innovativo, assumono quest'ultimo come stimolo e sostegno

---

Il presente scritto è frutto di una elaborazione congiunta e condivisa dagli autori. In fase di stesura finale sono comunque attribuibili a G. Casati i paragrafi 3 e 4 e a G. Valotti i paragrafi 1, 2, 5 e 6.

Si ringrazia Alberto Aibino, Responsabile dell'Ambito Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliera di Parma, per il contributo fornito in termini di confronto generale sul tema e nella redazione dell'allegato 1.

all'avvio di più generali processi di cambiamento.

Differente è, si intende affermare, l'approccio di chi si pone esclusivamente il problema di distribuire qualche incentivo monetario, rispetto a chi più organicamente pensa all'attivazione di un equo e motivante sistema di valutazione e incentivazione del personale, adeguatamente integrato con gli altri sistemi di gestione aziendali.

Se si privilegia, come sarebbe evidentemente opportuno, questa seconda impostazione, vanno innanzitutto chiarite le finalità del sistema di valutazione. Una prima questione fondamentale è al riguardo rappresentata dall'esigenza di superare una visione punitiva e negativa di tali sistemi (si valuta per «scovare chi non lavora o lavora male»), in favore dell'affermazione di una logica di valorizzazione e sviluppo delle risorse professionali impiegate dall'azienda ed in funzione degli obiettivi della stessa (3). Allora i sistemi di valutazione tendono ad assumere molteplici possibili finalità: dal favorire il senso di appartenenza all'organizzazione, al modificare il sistema di valori dominante, al costituire cinghia di trasmissione tra i cambiamenti organizzativi generali e i comportamenti individuali, all'orientare i singoli operatori verso gli aspetti più critici da presidiare, al costituire base di riferimento per l'applicazione dei sistemi incentivanti monetari e non monetari, ecc.

Correlata alla scelta delle finalità dominanti è quella dell'oggetto e del metodo di valutazione (4). I sistemi evoluti combinano di norma valutazioni sulla complessità delle posizioni di lavoro, sulla qualità e quantità delle prestazioni, sul potenziale di sviluppo dei singoli soggetti (5). Supponendo, per semplicità, di limitare il ragionamento al problema della valutazione delle prestazioni, quest'ultima viene solitamente condotta assumendo

come dimensioni di riferimento fondamentali, sia pure con peso specifico variabile, la verifica sul raggiungimento degli obiettivi assegnati e l'analisi dei comportamenti, delle competenze e delle capacità individuali (6). In entrambi i casi si cercano di neutralizzare i possibili effetti distortivi derivanti da un'eccessiva focalizzazione sulle singole prestazioni, attraverso un collegamento di queste con obiettivi più generali di aggregati organizzativi o di gruppi di progetto.

Non di minore rilievo è la scelta degli organi e delle responsabilità della valutazione. Non c'è dubbio che la legittimazione dei ruoli di direzione, di diverso livello, passi anche attraverso un'esplicita responsabilizzazione su questo piano. Ciò non toglie che un ruolo possano avere, nella gestione complessiva del sistema, anche altri organi aziendali (si pensi al servizio personale, o al nucleo di valutazione, o a eventuali comitati appositamente costituiti).

Infine è fondamentale che il quadro delle regole della valutazione — procedura, tempi e strumenti, modalità operative e sistema delle garanzie, grado di diffusione dei risultati, ecc. — sia chiaramente definito e diffusamente conosciuto sia dai valutatori che dai valutati.

Evidentemente un'impostazione di questo tipo richiede un significativo sforzo di progettazione e governo del sistema di valutazione, il quale per altro costituisce una condizione fondamentale per un utilizzo efficace dei sistemi incentivanti e per garantire un'adeguata integrazione dello stesso rispetto agli altri sistemi di gestione.

## **2. Il collegamento tra sistemi di programmazione e controllo e sistemi di valutazione e incentivazione**

Molte aziende sanitarie hanno lavorato in questi anni sull'introduzione di

meccanismi di programmazione e controllo. Ciò costituisce senza dubbio un aspetto positivo e congruente rispetto al grado di complessità raggiunto da tali organizzazioni e le distingue anche rispetto ad altre realtà meno evolute all'interno del settore pubblico (nelle quali tutt'oggi i sistemi di controllo sono fortemente ancorati ad aspetti formali, contabili o tecnici in senso stretto).

Per contro, in tutte le organizzazioni nelle quali esista un sistema consolidato di programmazione e controllo si pone il problema dell'efficace collegamento di questo con i sistemi di valutazione e incentivazione del personale.

Da un lato, si sostiene, i sistemi di programmazione e controllo per conseguire le proprie finalità di orientamento dell'organizzazione e dei singoli operatori verso obiettivi di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza gestionale, necessitano di un adeguato sistema premiante. D'altro canto l'identificazione di obiettivi da assegnare a singoli operatori, gruppi o aggregati organizzativi ai fini valutativi — propria dei sistemi di valutazione delle prestazioni — non può evidentemente prescindere da quanto previsto dagli strumenti di programmazione e controllo (in primo luogo il budget).

Non c'è dubbio quindi che una relazione tra i due sistemi, qualora attivata, debba essere ricercata; tutte da definire sono per altro l'intensità di tale collegamento e conseguentemente le modalità operative di concreta realizzazione (7).

Il punto di incontro è evidentemente rappresentato dalla problematica relativa agli obiettivi. Al riguardo appare opportuno precisare per altro la diversa natura dei due sistemi:

— il sistema di programmazione e controllo ha lo scopo di aiutare i ruoli di direzione dell'azienda a definire gli

obiettivi ed a verificarne, ad intervalli temporali definiti, il livello di relativo conseguimento, in modo di consentire loro l'assunzione di scelte più fondate; ne consegue che scopo delle strutture di governo di tale sistema è quello di raccogliere informazioni, costruire indicatori di sintesi sull'andamento della gestione e metterli a disposizione di chi deve assumere le decisioni;

— il sistema di valutazione delle prestazioni, per la parte relativa al raggiungimento degli obiettivi, si propone per contro di dare un giudizio sull'effettiva capacità dimostrata, nel periodo di riferimento, di conseguire gli obiettivi assegnati, anche, ma non solo, al fine di correlare a questo i sistemi di incentivazione; gli organi ed i responsabili di tale sistema sono quindi chiamati a giudicare le prestazioni svolte, in questo supportati anche, ma non esclusivamente, dagli indicatori forniti dal sistema di programmazione e controllo.

Non sempre è possibile ed utile realizzare una coincidenza rigida tra obiettivi di budget ed obiettivi relativi alla valutazione delle prestazioni. Alcune categorie di obiettivi, significativi per valutare la prestazione individuale, potrebbero non essere compresi nel budget, e viceversa alcuni obiettivi individuali potrebbero non essere significativi ai fini della programmazione. Laddove si ricerchi un collegamento molto stretto tra i due sistemi, questo impone di norma — e può essere una scelta importante di posizionamento dell'azienda rispetto alle esigenze specifiche di una certa fase storica della sua evoluzione — uno spostamento verso sistemi di valutazione e incentivazione di tipo collettivo, tesi soprattutto a rafforzare lo «spirito di squadra» ed a migliorare il livello di collaborazione e di identificazione con obiettivi complessivi dell'organizzazione (8).

Anche in tale prospettiva, tuttavia, devono essere considerati i possibili rischi indotti da collegamenti meccanici non sufficientemente governati. Tra questi si segnalano almeno i seguenti:

— la possibilità che si affermi un orientamento prevalente di breve periodo, a scapito del sostegno ai processi di sviluppo di medio-lungo termine dell'azienda (9);

— il pericolo che ad un sistema anche sofisticato di indicatori quantitativi, corrispondano azioni opportunistiche da parte dei valutati, esclusivamente finalizzate a rispettare i parametri di riferimento per l'incentivazione, allontanando l'azienda dal perseguimento reale degli obiettivi programmati (cosiddette azioni di «gammesmanship»);

— il rischio che si perda di vista il fatto che un'efficace gestione dell'equilibrio contributi-ricompense tra soggetti ed azienda, debba essere governato in una prospettiva di lungo termine ed imponga un'azione coordinata su tutte le leve di gestione del personale (dai meccanismi di responsabilizzazione, a quelli di sviluppo professionale, alla gestione dei percorsi di carriera, alle ricompense non monetarie, ecc.) (10);

— la minaccia che a sistemi di competitività guidata si sostituiscano, soprattutto in contesti non maturi da questo punto di vista, comportamenti concorrenziali diretti con effetti negativi sul livello di cooperazione interna e sul livello di conflittualità;

— il pericolo, infine, che si vengano a determinare sovrapposizioni, nella percezione di chi opera all'interno dell'organizzazione, tra il ruolo degli organi responsabili del sistema di valutazione e controllo e gli organi preposti alle valutazioni (fino al limite di alterare i dati e le informazioni che alimentano il sistema di programmazione al fine di influenzare, ovviamente

in positivo, la valutazione delle prestazioni).

Per contro va sottolineato come proprio la ricerca di una integrazione tra i due sistemi sia fondamentale per:

— superare le critiche all'eccessiva soggettività che spesso caratterizzano i sistemi di valutazione non correlati a sistemi di individuazione e verifica degli obiettivi;

— superare, al tempo stesso, gli effetti distorcenti e poco accettati di un eccessivo meccanicismo che neutralizza la responsabilità discrezionale propria di ogni processo valutativo;

— realizzare un collegamento più diretto tra comportamenti individuali ed obiettivi dell'organizzazione, favorendo una responsabilizzazione diffusa;

— sostenere e rafforzare, in tempi relativamente brevi, uno sforzo di significativo riorientamento della cultura e dei valori aziendali.

La consapevolezza dei rischi e delle opportunità conseguenti all'attivazione di un collegamento tra sistema di budget e di incentivazione, costituisce quindi un presupposto fondamentale alla progettazione e alla messa in atto di tale integrazione.

Le valutazioni aziendali non potranno al riguardo prescindere dalla considerazione di fattori specifici, relativi tra l'altro al livello di evoluzione e di accettazione dei sistemi di programmazione e controllo in essere (è importante al riguardo la «fiducia» dell'organizzazione sull'affidabilità degli stessi), alla legittimazione dei valutatori ed alla disponibilità al giudizio da parte dei valutati, alla capacità di tenere sotto controllo possibili comportamenti distorsivi e di sostenere un eventuale livello di conflittualità interna (11).

Soprattutto diviene fondamentale lo sforzo dell'organizzazione di monitoraggio dei risultati, positivi e negativi, derivanti da tale integrazione e la



disponibilità conseguente ad introdurre correttivi ed aggiustamenti in linea con l'evoluzione delle esigenze e delle condizioni aziendali. Il collegamento può quindi divenire più «stretto» o più «largo» nelle diverse fasi di vita dell'azienda, assumendo in ogni caso come fine quello di avvicinare gli obiettivi e i comportamenti, individuali e di gruppo, alle esigenze pro-tempore prioritarie per l'equilibrio e lo sviluppo dell'organizzazione.

Di seguito si illustra una metodologia operativa per la realizzazione di tale collegamento, senza per questo voler rappresentare un modello ideale, quanto piuttosto esemplificare un percorso di «stretta» integrazione tra sistema di budget e sistema di incentivazione collettiva. Nella parte finale dello scritto si svolgeranno alcune considerazioni sui possibili vantaggi e rischi di tale metodologia.

### **3. Le novità introdotte dal nuovo contratto di lavoro**

Il sistema premiante antecedente all'adozione del nuovo contratto nazionale per il personale del comparto sanità, ma tuttora in vigore per il personale medico e la dirigenza, è solo parzialmente orientato a creare un legame tra riconoscimenti economici e raggiungimento di specifici obiettivi. In realtà esso ha risentito di una serie di limiti che lo hanno reso strumento di integrazione stipendiale piuttosto che reale meccanismo premiante rispetto al raggiungimento degli obiettivi. I limiti correlati all'applicazione dell'istituto dell'incentivazione collettiva, previsto nei precedenti contratti, sono sostanzialmente riconducibili ai seguenti fattori:

a) il mancato sviluppo di metodologie di programmazione di tipo budgetario ha comportato l'individuazione di obiettivi definiti a livello centrale (per es. Regione) e limitati a va-

lutare la capacità delle unità operative nel contenimento della spesa (degenza media, spesa farmaceutica, ecc.). Nelle realtà in cui si è compiuto uno sforzo nella individuazione di specifici obiettivi, al di là delle indicazioni regionali, l'attenzione si è prevalentemente concentrata nella definizione di progetti specifici secondo una logica di carattere incrementale. Anche in questi casi, tuttavia, non può essere considerato superato il problema della valutazione a fini di incentivazione, proprio a causa della carenza di strumenti di programmazione strutturati e quindi in assenza di un supporto in grado di consentire una valutazione del complessivo rapporto tra risorse disponibili e risultati attesi;

b) lo stretto collegamento tra entità dei premi incentivanti assegnati ai singoli operatori e le modalità di formazione del fondo, determinato in ragione del volume di prestazioni effettuate a favore di pazienti non ricoverati, ha reso estremamente complesso, ed in alcuni casi addirittura impossibile, attivare un meccanismo premiante ancorato sulla valutazione degli obiettivi complessivamente raggiunti. In tal modo il sistema è nato fortemente sbilanciato premiando, di fatto, le unità operative orientate sul fronte delle prestazioni ambulatoriali piuttosto che quelle con obiettivi da perseguire complessi. Situazione che, nel tempo, si è consolidata e che è sempre stata difficile da modificare se non con interventi di carattere marginale;

c) la definizione di un legame diretto tra quota di incentivazione e singolo operatore, resa indispensabile con l'introduzione del concetto di plus-orario, ha generato un sistema che, in realtà, è più orientato a premiare il singolo piuttosto che lo sforzo dell'equipe nel perseguimento degli obiettivi. Ciò, inoltre, non ha consentito di attivare meccanismi circolari volti a recuperare e ridistribuire i pre-

mi non assegnati, ad alcune équipe o a singoli operatori, a favore di dipendenti che hanno fattivamente partecipato al perseguimento dei risultati della gestione.

Il sistema di incentivazione in parola, ha comunque contribuito a modificare i comportamenti. In particolare ha determinato un'attenzione particolare nei confronti delle attività che contribuiscono alla costituzione del fondo ed un loro sviluppo non sempre controllato o governabile. Inoltre, a causa dei limiti precedentemente evidenziati, ulteriormente enfatizzati dalle modalità concrete con le quali l'istituto dell'incentivazione è stato applicato, si è affermato il convincimento che esso rappresenti una forma di integrazione stipendiale irrinunciabile ed incomprimibile. Senza contare che, il legame tra quote di incentivazione e attività che determinano il fondo, ha generato l'erronea convinzione che a «fatturati» elevati dovessero corrispondere quote di incentivazione più sostanziose.

Il contenuto del Contratto Nazionale per il Comparto Sanità, che rispecchia gli orientamenti dell'ARAN (Agenzia della Rappresentanza Negoziale) per i contratti nazionali del personale medico e della dirigenza, ha rimodellato il sistema di incentivazione orientandolo a premiare il raggiungimento di obiettivi aziendali. In altre parole si è attivato un processo che, partendo dal presupposto che il fondo per l'incentivazione collettiva è rappresentato da una quota percentuale del monte stipendiale, giunge alla definizione di un «premio», ancorato prevalentemente ai Centri di Responsabilità individuati, da assegnare in ragione dell'effettivo perseguimento degli obiettivi concordati con l'Alta Direzione.

L'orientamento proposto nei nuovi contratti nazionali, in merito all'istituto dell'incentivazione collettiva,

«rompe» una serie di automatismi, consolidatisi nel passato, al fine di rendere il sistema premiante più coerente con le responsabilità e la forte autonomia che sono state assegnate all'Alta Direzione della singola azienda sanitaria con il D.Lgs.vo 502/92. In particolare non si riconosce più il legame tra creazione del fondo e attività svolte a favore di pazienti non ricoverati. Lascia, inoltre, alla singola azienda una forte autonomia negoziale nella definizione dei criteri e dei metodi di incentivazione. Ciò, evidentemente, non risolve uno dei problemi più rilevanti, generato dall'applicazione del vecchio sistema premiante: la convinzione che la quota di incentivazione sia parte integrante, irrinunciabile ed incomprimibile dello stipendio. Infatti il nuovo contratto non agisce su quote di incentivazione che si vanno a sovrapporre a quelle esistenti, ma solo su quelle esistenti (eventualmente diminuite in ragione delle disponibilità reali delle casse dello Stato). In tal modo, il nuovo sistema di incentivazione collettiva viene vissuto dagli operatori come sistema di «punizioni» e «non punizioni» piuttosto che, come teoricamente dovrebbe essere, sistema di «premi» e «non premi». Si tratta evidentemente di una visione non del tutto corretta, in quanto parte dal presupposto che quanto storicamente si è consolidato non può essere modificato (verso il basso), ma che deve essere attentamente considerato nell'applicazione di nuove metodologie di assegnazione dei premi incentivanti se si vuole evitare che questi ultimi generino conflitti organizzativi tali da superare i potenziali vantaggi introdotti con il nuovo sistema di incentivazione collettiva.

Il nuovo sistema di incentivazione collettiva, anche in ragione delle considerazioni fin qui svolte, pone tre nodi critici da risolvere:

1) la determinazione dei fondi a livello aziendale: tale aspetto è di particolare rilievo non tanto in ragione degli algoritmi di computo, essi sono infatti definiti dal contratto, ma per quanto riguarda l'articolazione del fondo complessivo in sotto-fondi legati a specifiche categorie di personale o a gruppi di personale appartenenti a settori dell'organizzazione. Tali scelte sono strategiche in quanto esprimono gli orientamenti aziendali in merito alle modalità di assegnazione dei premi. Per un approfondimento di tale aspetto si veda l'inserito I in allegato a cura di A. Aibino;

2) la determinazione dei criteri per la distribuzione, a preventivo, delle quote di incentivazione per singolo Centro di Responsabilità: anche in questo caso si tratta di un aspetto di particolare rilievo in quanto elemento di trasparenza nei rapporti tra Alta Direzione e singoli operatori e strumento che consente di procedere alla liquidazione di eventuali acconti;

3) la determinazione dei criteri per la valutazione dei risultati conseguiti e l'assegnazione dei premi incentivanti: essi rappresentano l'elemento centrale di tutto il sistema di incentivazione collettiva in quanto consentono di determinare l'ammontare del premio economico per il singolo dipendente in ragione dei risultati effettivamente conseguiti.

Nel presente lavoro vengono proposti metodi e criteri di determinazione dei premi incentivanti. A tale scopo si è cercato di definire un sistema che abbia un valore di carattere generale, ossia applicabile a tutto il personale dell'azienda. È necessario sottolineare, tuttavia, che il passaggio dal vecchio al nuovo sistema è comunque condizionato da una serie di fattori, non sempre eliminabili o governabili, che inducono l'azienda ad individuare alcuni correttivi che consentano di governare il periodo di transizione.

Infatti, la possibilità di formulare criteri e metodi di distribuzione dei premi derivanti dall'istituto dell'incentivazione collettiva è correlata, da un lato, al contenuto normativo dei contratti definiti a livello nazionale, dall'altro, agli strumenti di governo e direzione aziendale effettivamente presenti presso la singola realtà aziendale. In merito al primo punto è da evidenziare che, allo stato attuale, l'unico contratto ufficialmente licenziato dal Governo è quello relativo al personale del c.d. «comparto sanità» e, conseguentemente, le metodologie descritte nel presente lavoro non possono essere applicate, se non secondo forme semplificate, anche al restante personale dell'azienda. In merito al secondo punto è da evidenziare che gli strumenti di programmazione e di formulazione degli obiettivi (sistemi di budget) nel settore della sanità pubblica sono ancora in fase sperimentale e comunque ancorati al concetto di Centro di Responsabilità ed ai risultati finali (costi e prestazioni). Tale modalità di formulazione degli obiettivi è senza dubbio funzionale ad una possibile applicazione delle metodologie, successivamente descritte, per il personale medico e per il personale che stabilmente presta la propria opera presso un unico Centro di Responsabilità. Essa, tuttavia, necessita di alcuni aggiustamenti quando il problema della valutazione dei risultati riguarda operatori che, nel corso dell'esercizio, prestano la propria opera in più Centri e secondo modelli organizzativi differenziati. Ciò si riferisce prevalentemente alla gran parte degli operatori del comparto, come il personale infermieristico turnista.

A causa dei limiti appena accennati, è opportuno chiarire che al di là delle terminologie adottate nel resto del presente scritto, che hanno validità di carattere generale e si riferiscono alla possibilità di applicare in toto il mo-

dello proposto, gli indicatori di risultato utilizzati per il calcolo dei premi incentivanti, con riferimento al personale del comparto, derivano sia dagli obiettivi formulati secondo la normale procedura di budget, comprensiva della fase di negoziazione, che da quelli assegnati dall'Alta Direzione. Va da sé che, anche nel caso di obiettivi assegnati dall'Alta Direzione, è necessario che essi vengano tutti formalizzati nell'ambito del processo complessivo di budget e, pertanto, evidenziati nelle schede di riferimento. Quest'ultima modalità di definizione degli obiettivi trova applicazione con particolare riferimento al personale non assegnato stabilmente ad un unico Centro di Responsabilità. Per tali categorie di personale le modalità di aggregazione, non potendo avere il Centro di Responsabilità come elemento di riferimento unico, sono rappresentate da aree organizzative (insiemi di Centri di Responsabilità) e, quando necessario, da sub-categorie professionali.

I limiti attuali, legati alla modalità di definizione degli obiettivi, comportano inevitabilmente alcune modificazioni del contenuto di alcune delle fasi operative che portano alla definizione dei premi incentivanti. Per tale motivo le fasi di valutazione e di computo dei premi incentivanti sono strutturate in modo da evidenziare sia le modalità «guida», da applicare quando tutti i contratti relativi al personale del SSN saranno approvati e saranno resi operativi tutti gli strumenti di formulazione degli obiettivi con il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori, che le modalità da applicare nella fase di transizione.

#### **4. La determinazione dei criteri di valutazione degli obiettivi e dei risultati**

Una volta determinato l'ammontare dei fondi aziendali destinabili all'in-

centivazione collettiva, è necessario procedere alla definizione delle modalità di calcolo delle quote attribuibili ai Centri di Responsabilità (C.d.R.) e, successivamente, ai singoli dipendenti. In particolare due sono i momenti fondamentali da regolamentare: la fase di valutazione degli obiettivi di budget e dei risultati finali conseguiti e la fase di computo dei premi da assegnare, a livello di C.d.R. e per singolo dipendente. Da un punto di vista tecnico-operativo, secondo le modalità di determinazione dei premi incentivanti proposte, la monetizzazione dei premi avviene solo successivamente ad una fase nella quale i giudizi sono espressi in termini di punti, e non direttamente in lire, per tutti i C.d.R. ed è pertanto possibile, rapportando l'entità complessiva del fondo alla somma di tutti i punti assegnati ai C.d.R., calcolare il valore unitario del punto.

Due sono le motivazioni dell'approccio appena descritto:

1) il riportare il fondo di incentivazione al numero di punti totali (attesi, in sede di budget, ed effettivi, in sede di valutazione dei risultati finali) consente una completa distribuzione dello stesso e, quindi, di non generare economie di gestione. In altri termini, le quote di incentivazione vengono definite sulla base dei risultati attesi, al fine di poter garantire il pagamento di acconti in ragione degli obiettivi concordati o assegnati, e in ragione dei risultati effettivamente conseguiti a livello di intera azienda, sulla base del grado di effettivo raggiungimento degli obiettivi di budget. Ciò potrà comportare minori premi per i C.d.R. che non hanno raggiunto gli obiettivi, ma premi maggiori, rispetto a quelli concordati, per i C.d.R. che hanno raggiunto gli obiettivi;

2) la definizione di un punteggio (atteso o effettivo) di C.d.R.: si creano le condizioni per riconoscere all'unità operativa i vantaggi economici legati

al raggiungimento degli obiettivi della équipe indipendentemente dalla partecipazione del singolo componente della stessa. In altre parole si procede alla definizione di un premio complessivo di C.d.R. che verrà ripartito, secondo le modalità descritte successivamente, solo tra coloro che effettivamente hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi.

Sulla base di tali considerazioni introduttive, di seguito vengono descritte le singole fasi che caratterizzano la procedura generale di determinazione degli incentivi collettivi, in modo da evidenziarne il contenuto valutativo o di semplice computo, lasciando ai sottoparagrafi successivi il compito di descrivere in modo analitico i supporti e i meccanismi di calcolo che si intendono utilizzare.

In sede di prima applicazione, al fine di non creare squilibri rilevanti rispetto alle situazioni consolidate nel passato, la quota di punti attribuibile al singolo C.d.R. potrebbe essere derivata dalle situazioni preesistenti tratte in punti.

#### *4.1. La valutazione globale della scheda di budget*

In questa fase viene effettuata una valutazione globale degli obiettivi contenuti nella scheda di budget di ciascun C.d.R. La valutazione viene formulata dall'Alta Direzione (di seguito indicata per semplicità con AD) sulla base dei seguenti fattori:

a) contributo al conseguimento degli obiettivi dell'azienda: il presente fattore di valutazione è finalizzato ad esprimere un giudizio sul grado di aderenza degli obiettivi formulato dal C.d.R. rispetto agli obiettivi generali dell'azienda. Questi ultimi sono definiti dal documento programmatico definito dall'AD e dai compiti istituzionali (missione) attribuiti a ciascun C.d.R.;



b) orientamento al servizio: con tale fattore si intende valutare lo sforzo che il singolo C.d.R. intende compiere al fine di migliorare il livello qualitativo dei servizi offerti. Ciò sia nei confronti dell'utente finale, ossia il paziente, che nei confronti di altri C.d.R. dell'azienda;

c) innovatività: esso valuta il grado di innovatività degli obiettivi proposti dal C.d.R. sia con riferimento ai risultati conseguiti negli anni precedenti, che rispetto alla capacità di generare, attraverso il loro conseguimento, effetti permanenti nell'organizzazione;

d) integrazione con altri centri di responsabilità: il presente fattore è finalizzato alla valutazione del grado di integrazione con altri C.d.R., ossia il livello di collaborazione offerto per il conseguimento di obiettivi di altri C.d.R. da misurare in termini di qualità e quantità di professionalità cedute e di grado di coerenza con le richieste formulate dal C.d.R. beneficiario;

e) efficienza: esso valuta il livello di efficienza atteso. Ossia lo sforzo che il C.d.R. intende compiere al fine di migliorare, nell'anno di budget, il rapporto tra risultati di attività e risorse impiegate, rispetto ai risultati globali conseguiti negli anni precedenti;

f) contributo all'equilibrio economico-finanziario: tale fattore valuta il contributo del C.d.R. all'equilibrio tra spese ed entrate e tra costi e ricavi. In altre parole esprime lo sforzo che il singolo C.d.R. intende compiere al fine di contenere le spese e/o incrementare le entrate globali dell'azienda. Ciò potrà essere misurato sia rapportando i costi (ricavi) attesi per l'anno di budget con i costi (ricavi) del medesimo C.d.R. negli anni precedenti, che confrontando il peso relativo dei costi (ricavi) previsti nel budget del C.d.R. sui costi (ricavi) totali previsti per l'azienda con il medesimo

rapporto calcolato sul consuntivo dell'ultimo anno a disposizione.

La valutazione globale formulata dall'AD porta all'assegnazione di un punteggio, variabile tra 0 e 100, espressione del peso relativo delle singole schede di budget. Tale valutazione viene successivamente formalizzata mediante comunicazione scritta al dirigente del C.d.R. La valutazione globale del budget potrà essere oggetto di revisione a fronte di una modifica delle previsioni in esso contenute.

Durante la fase di transizione, il personale del comparto è strutturato per C.d.R. solo se stabilmente ad esso assegnato (per es. il personale amministrativo assegnato agli Ambiti della Direzione Amministrativa) e per Aree, o secondo altri criteri da definire, per il personale non stabilmente assegnato (per es. personale infermieristico turnista). Per i primi viene seguita la procedura precedentemente descritta in quanto esistono tutte le condizioni operative necessarie. Per i secondi gli obiettivi vengono assegnati dall'AD e, conseguentemente non si procede ad una valutazione degli obiettivi per singoli fattori, ma alla formulazione di un unico giudizio sintetico sempre ricompreso tra 0 e 100. Si tratta quindi di una valutazione degli obiettivi assegnati all'Area, o ad un gruppo di personale definito secondo altre modalità, e non al singolo C.d.R.

e, pertanto, uguale per tutti gli operatori rientranti in tale Area o gruppo.

A supporto della presente fase di valutazione viene utilizzata la tavola I di seguito presentata e commentata.

Mediante l'utilizzo della scheda proposta si giunge alla definizione del valore complessivo attribuito alla scheda di budget, indicato con il termine «totale CdR» attraverso i seguenti passaggi:

a) attribuzione di un peso ai singoli fattori di valutazione: i pesi sono finalizzati a stabilire l'importanza di ciascun fattore di valutazione e sono identici per tutti i C.d.R. dell'azienda. Essi vengono definiti annualmente dall'AD (i valori inseriti nella scheda presentata e in quelle successive, sia con riferimento alla voce in oggetto che alle altre, sono puramente indicativi ed evidenziati a puro scopo esemplificativo). La somma dei pesi deve essere uguale a 1;

b) attribuzione, per ciascun fattore di valutazione, di un punteggio, variabile tra 0 e 100, espressione del giudizio formulato dall'AD rispetto agli obiettivi ed alle attività programmate, globalmente considerate, contenute nella scheda budget presentata dal singolo C.d.R.;

c) calcolo, per ciascun fattore di valutazione, del punteggio pesato derivante dal prodotto del peso per il punteggio attribuito nelle fasi a) e b);

Tavola I - Scheda di valutazione globale del budget di C.d.R.

	Contributo al conseguim. obiettivi azienda	Orientam. al servizio (qualità)	Innovatività	Integraz. con altri C.d.R.	Efficienza	Equil. econom. e finanz.		
Peso	20,00%	10,00%	10,00%	20,00%	20,00%	20,00%		
Valutazione	100	100	100	100	100	100		
Totale pesato	20	10	10	20	20	20	100	
Chiarezza, completezza e tempestività nella redazione della scheda di invito al budget							0	
							Totale C.d.R.	100

d) calcolo del punteggio pesato totale provvisorio del budget mediante l'effettuazione della somma dei punteggi pesati dei singoli fattori di valutazione determinati come da punto c). Tale valore può assumere un valore ricompreso tra 0 e 100;

e) eventuale attribuzione di una penalizzazione collegata al grado di chiarezza, completezza e tempestività con cui il C.d.R. ha consegnato la prima proposta di budget all'AD. Tale penalizzazione può assumere un valore tra 0 e 5;

f) calcolo del punteggio pesato totale definitivo del budget sottraendo al valore determinato alla lettera d) la penalizzazione di cui alla lettera e).

#### 4.2. La scomposizione della valutazione globale sugli indicatori di risultato contenuti nel budget e valutazione dei risultati conseguiti

Si tratta di un'ulteriore fase di valutazione del contenuto della scheda di budget nella quale il punteggio complessivo ad essa relativo, derivante dalla fase uno, viene scomposto con riferimento a singoli indicatori di risultato, economici o di attività, contenuti nella scheda di budget.

La fase due, da un punto di vista logico, può essere scomposta in tre sottofasi:

a) individuazione degli indicatori di risultato rilevanti;

b) attribuzione, per ciascuna variabile individuata, di un valore espresso in punti;

c) valutazione dei risultati conseguiti.

La sottofase a) consiste nell'identificare, tra tutti gli indicatori di risultato desumibili dalla scheda di budget, quelli rispetto ai quali il C.d.R. verrà concretamente valutato a consuntivo al fine del computo dei premi incentivanti. Tali indicatori possono anche essere determinati mediante l'aggre-

gazione di più voci di risultato contenute nel budget purché esse presentino elementi di omogeneità fra loro tali da far ritenere possibile esprimere un giudizio cumulativo. Non tutte le voci di risultato contenute nel budget debbono essere trasformate in indicatori utili ai fini della presente fase. In altre parole, l'AD può ritenere opportuno ignorare voci di risultato considerate non rilevanti. L'inserimento di indicatori che non hanno riscontro nelle voci di risultato contenute nel budget comportano una modifica dello stesso.

Con la sottofase b) si procede al frazionamento del giudizio complessivo, espresso durante la fase 1, sui singoli indicatori di risultato individuati in modo proporzionale alla rilevanza, attribuita dall'AD, di ciascuno di essi. In sostanza per ciascun indicatore di risultato si giunge all'attribuzione di un punteggio che rappresenta una quota del punteggio globale derivante dalla fase 1. La somma dei punteggi di tutti gli indicatori individuati deve essere uguale al punteggio globale.

Al fine di rendere possibile la valutazione a consuntivo e, conseguentemente, l'assegnazione dei premi incentivanti, è necessario che, per ciascuno degli indicatori di risultato indi-

viduati venga definito il risultato quantitativo corrispondente al pieno raggiungimento dell'obiettivo e quello limite che l'indicatore può assumere al di sotto o al di sopra del quale, a seconda della natura dello stesso, l'obiettivo si ritiene non conseguito.

La valutazione dei risultati conseguiti consiste nell'effettuazione di un confronto tra i risultati attesi, contenuti nella scheda di budget, e quelli effettivi al fine di valutare il grado di efficacia gestionale del singolo C.d.R. e di assegnare i punteggi finali per il calcolo dei premi incentivanti. Si tratta di una semplice fase di computo con la quale si procede a confermare o a ridurre, fino alla sua eliminazione, i punteggi attesi definiti per ciascun indicatore, confrontando, per ciascuno di essi, il risultato effettivamente ottenuto con quello di pieno conseguimento dell'obiettivo e il valore limite.

Sul piano operativo le fasi di valutazione descritte vengono supportate mediante la tavola II di seguito riportata e commentata.

Mediante la scheda proposta si giunge alla definizione della quota di punteggio globale, definito al termine della fase di valutazione del budget, da assegnare a singoli indicatori di ri-

**Tavola II - Scheda di scomposizione del giudizio complessivo di budget sui singoli indicatori di risultato**

Area di risultato	Indicatori di risultato	Peso relativo	Punteggio attribuito	Risultato pieno raggiungimento obiettivo	Risultato limite
Risorse	Costi totali	50,00%	50,0	3.300.000.000	3.500.000.000
Risultato economico	Margine di C.d.R.	15,00%	15,0	- 125.000.000	- 250.000.000
Ricoveri	N. casi	7,50%	7,5	1.750	1.600
	Degenza media	7,50%	7,5	6,7	8,0
	Punti Drg	5,00%	5,0	1.500	1.250
	Interventi chirurgici	5,00%	5,0	1.400	1.200
Day hospital	N. casi	6,00%	6,0	750	500
Ambulatori	N. visite	4,00%	4,0	4.300	4.000
Totale pesato		100,00%	100,0		

sultato. Tale procedimento è caratterizzato dai seguenti passaggi:

a) individuazione delle aree di risultato che si intende considerare al fine della valutazione del budget e dei risultati a consuntivo. Tali aree possono riferirsi, per esempio, alle risorse impiegate, al risultato economico, alla produzione (eventualmente articolata per categorie omogenee), a progetti, ecc.;

b) individuazione, per ciascuna area di risultato, degli indicatori ritenuti espressivi degli obiettivi da perseguire. È da osservare, in proposito, che un'area di risultato può essere articolata su più indicatori. Potrebbe essere il caso dell'impiego risorse che, in ipotesi, potrebbe essere articolata in costi fissi e costi variabili o, in alternativa, sulla base di altri criteri ritenuti rilevanti per l'AD o, ancora, di taluni obiettivi di attività, che per loro natura, devono essere esplicitati con più indicatori di risultato (per es. nel caso dei ricoveri che potrebbero essere articolati per DRG, per classi di DRG, con o senza l'indicazione della degenza media, ecc.);

c) attribuzione, per ciascun indicatore di risultato, di un peso espressione dell'importanza che questo ha rispetto agli altri secondo le valutazioni dell'AD. La somma dei pesi attribuiti agli indicatori di risultato deve essere pari a 1;

d) calcolo del punteggio attribuito a ciascun indicatore di risultato definito dal prodotto tra il peso relativo, assegnato a ciascuno di essi, e il punteggio di valutazione globale del budget determinato al termine della fase 1. La somma dei punteggi dei singoli indicatori deve essere uguale al punteggio globale assegnato al budget;

e) assegnazione, a ciascun indicatore, del valore di risultato che identifica il pieno raggiungimento degli obiettivi e di quello limite che identifica il non perseguimento dell'obietti-

vo. È da osservare che quest'ultimo può assumere un valore superiore a quello che identifica il pieno raggiungimento dell'obiettivo qualora si ritenga che non debbano essere superati alcuni limiti, come nel caso dei costi, e un valore inferiore nel caso contrario relativo, per esempio, ad obiettivi di attività.

La medesima scheda, opportunamente integrata, viene utilizzata anche al fine della valutazione dei risultati conseguiti a consuntivo come esplicitato nella tavola III.

Confrontando il risultato effettivamente conseguito, per ciascun indicatore, confrontandolo con il risultato espressione del pieno raggiungimento dell'obiettivo e con quello limite, si può ottenere:

a) un risultato migliore o uguale a quello fissato come pieno raggiungimento dell'obiettivo: esso comporta il riconoscimento integrale del punteggio preventivato (è il caso degli indicatori costi totali e margine di C.d.R.). Nessun punteggio aggiuntivo è quindi previsto per chi ottiene risultati migliorativi rispetto ai parametri di budget al fine di disincentivare comporta-

menti volti a sottostimare gli obiettivi di budget;

b) un risultato peggiore o uguale al valore limite: esso comporta il non riconoscimento di premi incentivanti (è il caso degli indicatori n. casi di ricovero e degenza media);

c) un risultato intermedio tra quello di pieno raggiungimento degli obiettivi e il valore limite: esso determina il computo di una quota parte del premio incentivante preventivato. Tale punteggio viene calcolato con il metodo dell'interpolazione lineare (è il caso dei restanti indicatori).

La somma dei punteggi effettivi, calcolati secondo i criteri di cui sopra, determina il punteggio conseguito a consuntivo dal singolo C.d.R. ai fini dell'attribuzione del premio incentivante.

#### 4.3. Computo dei premi incentivanti attesi e effettivi con riferimento ai singoli dipendenti

Per premi incentivanti attesi si intende la quota di incentivazione attribuibile al singolo dipendente nel caso in cui gli obiettivi di budget vengano

Tavola III - Scheda di valutazione globale del budget di C.d.R.

Indicatori di risultato	Punteggio attribuito	Risultato pieno raggiungimento obiettivo	Risultato limite	Risultato conseguito	Punteggio effettivo
Costi totali	50,0	3.300.000.000	3.500.000.000	3.290.000.000	50,0
Margine di C.d.R.	15,0	- 125.000.000	- 250.000.000	- 120.000.000	15,0
N. casi/ric.	7,5	1.750	1.600	1.550	0,0
Degenza media	7,5	6,7	8,0	8,2	0,0
Punti Drg	5,0	1.500	1.250	1.300	1,0
Interventi chirurgici	5,0	1.400	1.200	1.240	1,0
N. casi/Dh	6,0	750	500	667	4,0
N. visite	4,0	4.300	4.000	4.203	2,7
Totale	100,0				73,7



tutti conseguiti. Si tratta di una fase di computo che viene effettuata antecedentemente all'ottenimento dei risultati finali e si basa sulle seguenti variabili:

a) parametro stipendiale: tale valore è connesso al livello stipendiale del singolo dipendente in modo che il premio incentivante sia determinato proporzionalmente ad esso;

b) peso potenziale: si tratta di un indice che esprime il contributo che il singolo dipendente potrà fornire al perseguimento di obiettivi nel corso dell'anno. Ciò viene determinato rapportando il numero di giorni lavorativi (ferie comprese) per il periodo dell'anno in cui il dipendente è assegnato al C.d.R., al numero di giorni lavorativi (ferie comprese) dell'intero anno;

c) punti di valutazione globale del budget: si tratta dei punti globalmente assegnati al budget del C.d.R. di appartenenza del dipendente in oggetto. In tal modo il premio incentivante viene correlato ai fattori di valutazione del budget esplicitati nella fase I.

Per un approfondimento delle specifiche modalità di computo che si intendono adottare, si rinvia all'inserito II allegato.

Per premi incentivanti effettivi si intende la quota di incentivazione maturata dal singolo dipendente in ragione del contributo fornito all'ottenimento dei risultati gestionali. Si tratta di una fase di computo che viene effettuata nel momento in cui i risultati finali sono stati resi noti. Essa è caratterizzata da tre elementi fondamentali:

a) i risultati effettivamente conseguiti: i punteggi preventivamente attribuiti ai singoli dipendenti vengono aggiornati sulla base della risultanza della fase precedente e consente di giungere al calcolo dei punti maturati per l'intero C.d.R., per quanto riguarda gli incentivi legati al budget;

b) la presenza dei singoli dipendenti: il punteggio di C.d.R. viene successivamente ripartito tra i suoi componenti sulla base dell'effettiva presenza. Il dato di presenza può essere determinato sommando ai giorni di effettiva presenza quelli relativi a particolari tipologie di assenza da definire in sede di contrattazione locale. Appare tuttavia opportuno sottolineare che, a rigor di logica, dovrebbero essere considerate come presenze le assenze relative a recuperi o a riposi compensativi. Infatti esse derivano dall'effettuazione, in periodi pregressi, di ore di lavoro aggiuntivo a quello ordinario e non liquidate come straordinari. Eliminare tale opportunità significherebbe rendere estremamente rigida la programmazione delle presenze del personale;

c) la percentuale di reale partecipazione al conseguimento degli obiettivi: la partecipazione di singoli dipendenti al perseguimento di obiettivi può essere ridimensionata, rispetto ai valori derivanti dalla presenza effettiva, sulla base di indicazioni motivate da parte del dirigente responsabile o, in modo automatico, in relazione all'assunzione di specifici provvedimenti disciplinari.

Quest'ultimo punto rappresenta un elemento essenziale nell'assegnazione dei premi incentivanti al singolo operatore. Infatti, l'ipotesi sottostante è che, al di là del grado di raggiungimento degli obiettivi da parte del Centro di Responsabilità (o di un'aggregazione degli stessi), l'ammontare dei premi possa essere teoricamente distribuita in ragione della presenza fisica, partendo dall'assunto che solo chi è presente può aver contribuito al raggiungimento degli obiettivi, ma il valore del premio individuale può essere determinato solo attraverso l'esplicitazione di un giudizio qualitativo sulla presenza. Tale giudizio qualitativo può essere determinato in modo auto-

matico, quando il dipendente è stato oggetto di richiami ufficiali, censure o sospensioni, o in funzione delle valutazioni del dirigente del Centro di Responsabilità al quale il dipendente in oggetto è assegnato. È evidente che, in quest'ultimo caso, la modalità di assegnazione dei premi incentivanti acquisisce un ulteriore elemento di soggettività che può determinare tensioni organizzative rilevanti. Per tale motivo è senza dubbio aspetto che richiede una regolamentazione, almeno rispetto alla definizione di criteri di carattere generale da assumere a tali fini ma, per contro, rappresenta uno strumento fondamentale nella gestione del personale. Aspetto, quest'ultimo, da sempre ritenuto indispensabile, da parte dei dirigenti, al fine di poter ritenere «controllabile» il fattore personale.

È inoltre da osservare che l'eventuale applicazione della valutazione individuale, nell'ambito dell'incentivazione collettiva, potrebbe comportare una gestione differente in merito al discusso «fondino» relativo all'incentivazione individuale limitato al 7% del personale. Quest'ultimo fu infatti introdotto al fine di rendere obbligatorio il processo di valutazione individuale in un contesto nel quale la logica consolidata è quella della distribuzione «a pioggia» dei premi incentivanti. L'esplicitazione di un giudizio individuale, nell'ambito dell'incentivazione collettiva, potrebbe far ritenere opportuno il rientro del «fondino» nelle logiche generali dell'incentivazione collettiva eliminando, tra l'altro, il problema del limite al 7% del personale.

La scelta di procedere al computo di un punteggio di C.d.R., infine, è legata alla necessità di attivare un meccanismo di recupero dei premi interno allo stesso. In tal modo i premi non assegnabili ad un singolo operatore, a causa di assenze o perchè non ha fattivamente partecipato a generare i risultati

positivi della gestione, anzichè generare un'economia di gestione o favorire altri C.d.R., verrebbero redistribuiti all'interno dell'unità operativa riconoscendo ad alcuni operatori maggiori incentivazioni rispetto a quanto preventivato.

### 5. Alcune considerazioni sulla metodologia illustrata

La metodologia illustrata si caratterizza, come in precedenza esplicitato, per un legame molto forte tra sistema di budget e sistema di incentivazione.

Si potrebbe addirittura affermare che, in tale impostazione, il budget costituisce lo strumento dominante ed i meccanismi incentivanti sono funzionali a rafforzarne l'impatto e l'utilizzo.

È chiaramente una scelta di fondo impegnativa, che si giustifica in relazione a specifiche condizioni di contesto applicativo.

Non ha senso conseguentemente esprimere una valutazione astratta sui punti di forza e di debolezza di tale metodologia; forse più utile è sottolinearne in modo più esplicito alcune caratteristiche e presupposti essenziali, in modo da consentire di meglio comprendere i rischi ed i vantaggi potenziali derivanti da una eventuale applicazione della stessa.

Innanzitutto il metodo proposto assume caratteristiche di elevata strutturazione, combinando uno sforzo significativo di «oggettivazione del sistema» con la valorizzazione di momenti e ruoli decisionali «topici».

L'esigenza fortemente sentita, soprattutto nei contesti con scarsa storia ed esperienza valutativa, di legare i processi decisionali a sistemi di indicatori articolati, trova in questo caso una risposta molto puntuale. Ciò nonostante il sistema non sacrifica l'autonomia e la responsabilità decisionale dei valutatori (si pensi alle diverse

fasi di ponderazione dei fattori e di verifica sul conseguimento effettivo degli obiettivi), superando ipotesi illusoriamente meccanicistiche. Tale caratteristica, evidentemente, se giocata in positivo può esaltare una concezione di «processi valutativi fondati sui risultati», se non adeguatamente governata può indurre rischi di una percezione eccessivamente arbitraria dei momenti di valutazione discrezionale. Probabilmente è importante al riguardo porre particolare cura sugli aspetti di omogeneizzazione dei criteri di valutazione, laddove questi implicino discrezionalità, e di costante monitoraggio della relativa applicazione.

Senza altro positiva è comunque la grande attenzione posta nell'esplicitazione a priori dei criteri e dei parametri di valutazione, nonchè della conseguente possibilità di accesso all'incentivazione monetaria. Troppo spesso infatti in passato tali aspetti sono risultati debolmente formalizzati o non conosciuti a tutti i soggetti operanti all'interno dell'organizzazione, con conseguente sviluppo a posteriori di conflitti e contenzioso.

Potenzialmente il sistema si presta ad esercitare una funzione rilevante di riorientamento dei comportamenti, sia attraverso una focalizzazione su aree prioritarie di risultato, sia mediante la scelta di valorizzazione di obiettivi collettivi, senza per questo perdere di vista la valutazione del contributo dei singoli individui. Ciò dovrebbe indurre un rafforzamento del lavoro di gruppo e dello «spirito di équipe», che appaiono requisiti fondamentali per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle aziende ospedaliere.

È inoltre un sistema che valorizza i ruoli direzionali ai diversi livelli, accentuandone la responsabilizzazione, pur all'interno di un quadro di scelte di fondo e di indirizzo riservate all'alta direzione aziendale.

I rischi eventuali di ripiegamento su obiettivi «di comodo» o comunque non sufficientemente innovativi, vengono contrastati attraverso il meccanismo di premio/sanzione nella fase di accettazione e «pesatura» delle proposte di budget relative ai singoli centri di responsabilità. Diviene così interesse del proponente la definizione di obiettivi «sfidanti» e impegnativi, in modo da poter avere accesso ad una quota più significativa di incentivazione.

Strutturalmente, infine, il sistema permette di garantire, in relazione allo specifico ruolo ricoperto, equilibrate possibilità di fruizione dei premi incentivanti, pur non sacrificando in questo le scelte di priorità e differenziazione dell'azienda nel complesso. Viene così salvaguardata l'equità del sistema, orientandone comunque l'utilizzo in funzione dei programmi di sviluppo dell'organizzazione.

È del tutto evidente, per contro, che un utilizzo acritico di tale metodologia potrebbe scontrarsi con difficoltà applicative e produrre effetti distortivi.

È fondamentale innanzitutto sottolineare che il sistema prospettato presuppone un sistema di budget ben «rodato». Il problema non è solo quello di disporre effettivamente ed in modo regolare e strutturato di tutti gli indicatori sui quali sono basati i processi valutativi, ma al tempo stesso quello di una accettazione diffusa della logica di budget, della credibilità e della fiducia riposta dai valutati in tale strumento. Se ad esempio viene meno l'attendibilità dei dati prodotti dal sistema di programmazione e controllo, oppure se i comportamenti opportunistici non sono opportunamente individuati e contrastati, la metodologia rischia di essere interpretata come una inutile sovrastruttura, finalizzata tutt'al più a giustificare a posteriori processi di incentivazione fondati su altre valutazioni.

A queste considerazioni si lega il fatto che il metodo prospettato presenta comunque caratteristiche di una certa complessità dal punto di vista tecnico e risulta difficilmente intelligibile con immediatezza, nella sua impostazione generale e negli aspetti di dettaglio tecnico, ai diversi soggetti coinvolti (al di fuori evidentemente di chi governa il sistema nel complesso). Ciò significa che l'effettivo e corretto utilizzo di tale metodologia presuppone un grande sforzo di informazione e preparazione dei componenti dell'organizzazione (certo più semplice nei contesti con sistemi di budget consolidati). È indispensabile inoltre dotare l'azienda di organi forti e qualificati di governo del sistema, i quali da un lato siano garanti di un corretto ed equilibrato utilizzo dello stesso, dall'altro siano in grado di tenerne sotto controllo i risultati ed apportare tempestivamente eventuali necessari correttivi.

Infine va tenuto bene in considerazione il fatto che l'assunzione di alcune scelte di posizionamento del sistema, connaturate al metodo illustrato, sacrificano alcune potenzialità che potrebbero essere proprie di un sistema di valutazione e incentivazione. Così l'orientamento a premiare i risultati collettivi inevitabilmente pone in secondo piano l'apporto individuale, il cui apprezzamento, sia pure con qualche correttivo, appare in buona sostanza legato al parametro della presenza in servizio (rischiando in questo di richiamare negative esperienze del passato). La scelta di fondare tutto il sistema di valutazione sul raggiungimento degli obiettivi induce inoltre a non considerare tutti gli aspetti relativi ai comportamenti, le competenze e le capacità espresse dai diversi operatori, che pure costituiscono elementi importanti per giudicare della qualità delle prestazioni complessive (oltre che rappresentare fattori fondamentali

di contrasto dei comportamenti distortivi).

Soprattutto va sottolineato che un'applicazione riduttiva e meccanicistica della metodologia prospettata può indurre il rischio di confinare il problema della valutazione a semplice meccanismo di distribuzione di incentivi monetari, facendo perdere di vista altre ed altrettanto qualificanti possibili finalità dello stesso (in primo luogo relative allo sviluppo professionale degli individui e al miglioramento dell'organizzazione), nonché l'esigenza di collegamento, oltre che con il sistema di budget, con le più generali politiche del personale dell'azienda.

È proprio su quest'ultimo aspetto che è fondamentale insistere affinché la metodologia proposta possa effettivamente dispiegare i propri indubbi vantaggi potenziali e per contro contrastare le altrettanto significative possibili distorsioni applicative.

In una più complessiva ed organica integrazione tra sistemi di programmazione e controllo e sistemi di gestione del personale, sarà allora possibile realizzare un collegamento virtuoso sul piano tecnico operativo tra lo strumento del budget e quello dell'incentivazione.

## **6. Considerazioni conclusive**

L'introduzione di nuove pratiche e metodologie di incentivazione del personale costituisce una importante occasione di rinnovamento delle aziende ospedaliere.

La portante innovativa dell'azione su questo terreno risulta per altro fortemente condizionata da:

— il superamento di una visione dei meccanismi incentivanti come necessario adempimento conseguente all'applicazione dei contratti di lavoro;

— la capacità di combinare metodologie in grado di garantire processi equi di incentivazione con l'abbandono

di concezioni riduttivamente meccanicistiche di valutazione delle prestazioni;

— lo sforzo di inserire i sistemi incentivanti all'interno del quadro più generale dei sistemi di gestione aziendali, in modo da definire un assetto complessivo coerente e funzionale al sostegno dei processi di cambiamento.

In particolare, il tema affrontato nello scritto, del collegamento tra sistemi di incentivazione e sistema di budget, ha messo in luce i rischi e le opportunità conseguenti ad ipotesi di «integrazione spinta».

In fase conclusiva si intende sottolineare che, oltre agli aspetti di progettazione tecnica, un peso sostanziale nel determinare i risultati positivi o negativi di tale collegamento è giocato da un efficace governo degli aspetti di processo.

Va infatti considerato che i contesti applicativi in oggetto non si caratterizzano sicuramente per un orientamento spiccato alla valutazione. Molte sono le difficoltà che di norma si incontrano proprio a causa di resistenze derivanti dalle prassi e dalle culture consolidate.

Grande attenzione dovrà allora essere posta sull'attività di preparazione della valutazione e sulla condivisione dell'impianto del sistema nell'insieme. Il rischio derivante dal sottovalutare tali aspetti è quello di un rigetto nei fatti del disegno di collegamento tra budget e incentivazione, comunque questo venga configurato dal punto di vista tecnico, fino al punto addirittura di snaturare il primo strumento al solo scopo di giustificare logiche predeterminate di distribuzione degli incentivi.

Non c'è dubbio inoltre che, una volta sufficientemente condiviso il sistema, questo debba essere tenuto costantemente sotto controllo. «Valutare il sistema di valutazione» diviene conseguentemente un imperativo fondamentale per garantirne l'efficacia nel



tempo, anche attraverso il progressivo inserimento di correttivi alla luce delle esperienze maturate e delle concrete reazioni dell'organizzazione.

Tutto questo evidentemente attraverso una particolare cura sulla trasparenza e sull'informativa generale relativa all'andamento del sistema, in modo da generare una fiducia crescente, dei diversi soggetti coinvolti, nei confronti dello stesso.

Può essere allora che in alcune situazioni, non sufficientemente evolute dal punto di vista culturale e dei sistemi di gestione, il collegamento tra budget e incentivazione possa essere anche meno diretto, in qualche misura più mediato, rispetto all'ipotesi prospettata. Ciò nondimeno è indubbio che una relazione tra i due sistemi debba essere in ogni caso ricercata, anche se variamente graduabile nelle diverse fasi di evoluzione dell'organizzazione.

Più in generale è allora opportuno sottolineare come in realtà i diversi sistemi di gestione adottati dalle aziende richiedano sì di essere tra loro opportunamente collegati al fine di innescare processi di reciproco rafforzamento, nella ricerca però di un equilibrio dinamico destinato ad assumere connotazioni anche profondamente differenti in funzione del sostegno ai processi di cambiamento aziendale.

È solo all'interno di una visione evolutiva e di medio-lungo termine, infatti, che è possibile rendere conciliabili le attese e gli interessi di singoli individui operanti nell'organizzazione ed il perseguimento delle finalità di sviluppo qualitativo dell'azienda nel complesso.

ALLEGATO I. *Logiche generali per la determinazione dei fondi aziendali*  
(a cura di A. Aibino)

La situazione che si è andata determinando, con la sottoscrizione del pri-

mo contratto collettivo del Comparto Sanità e con l'analogo procedimento per la dirigenza e per l'area medico professionale arenato in un confronto di cui non si coglie il possibile approccio, obbliga ad ipotizzare due scenari che possono essere considerati contingui, se non complementari:

a) introduzione del sistema premiante alimentato dal Fondo qualità prestazioni individuali e dal Fondo produttività collettiva e miglioramento dei servizi;

b) reiterazione del sistema di incentivazione alla produttività secondo le regole e le modalità del D.P.R. 384/90 per quanto riguarda la dirigenza e l'area medica professionale, almeno sino alla definizione del nuovo quadro negoziale.

In merito al primo, l'art. 46 del contratto collettivo del Comparto Sanità detta la disciplina del funzionamento del trattamento accessorio legato alla produttività collettiva ed individuale, facendo derivare i rispettivi fondi (denominati fondone e fondino) in percentuale dal monte salari (1993).

Questa fonte attribuisce alla categoria dei rendimenti individuali e collettivi un profilo giuridico che tende a superare la tradizionale struttura causale del contratto di lavoro basata sul mero scambio tra prestazione e retribuzione.

In questo senso il programma, il progetto, il risultato diventano un parametro della retribuzione accessoria che misura e compensa il grado di partecipazione del singolo e dei gruppi alla dinamica produttiva dell'Azienda, concorrendo a indirizzarne lo sviluppo verso gli obiettivi predeterminati.

Il riferimento al termine «monte salari» induce a richiamare il senso e la portata della circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica del 1987 che ha dettato la direttiva per la sua determinazione in riferimento alla strut-

tura retributiva fissa ed accessoria riferentesi alle prestazioni professionali inquadrabili nell'attività istituzionale.

Il richiamo ad una fonte certa attribuisce alla determinazione dei fondi il carattere della omogeneità rapportato alla dimensione dell'Azienda e consente il superamento delle contraddizioni della cosiddetta «spesa storica».

Per aumentare la flessibilità e la potenzialità dell'insieme dei fondi che alimentano la fruizione del salario variabile, il contratto ha stabilito un sistema di vasi comunicanti tra i fondi stessi seguendo due direttrici:

— l'orientamento di canalizzazione dei fondi sfociante nel Fondo di qualificazione professionale e responsabilità;

— il recupero di ulteriori eventuali avanzi qualora la disponibilità di risorse ne facesse emergere. Questi ultimi, infatti, confluiranno nel Fondo della produttività collettiva sommandosi ad eventuali eccedenze del Fondo qualità prestazioni individuali.

Il senso generale di questo orientamento tende a favorire l'utilizzo completo delle risorse e, in ultima analisi, ad indirizzarne l'investimento verso il sistema premiante finalizzato al raggiungimento del risultato atteso.

Se, diversamente, l'approdo dell'avanzo di risorse si esaurisce verso l'indennità di qualificazione professionale e valorizzazione della professionalità si introduce nel sistema un elemento di rigidità nel senso che risorse disponibili vengono utilizzate sotto forma di fruizione fissa e ricorrente, quindi senza ritorno nel sistema circolare.

In termini di concreta applicazione, per quanto concerne lo scenario del Comparto, la materia presuppone comunque una fase negoziale prioritaria decentrata per la definizione:

— dei criteri generali per l'attribuzione dei fondi di produttività ai gruppi e ai singoli, secondo regole che ten-

gano conto del diverso apporto dei dipendenti al raggiungimento degli obiettivi complessivi attribuiti all'unità operativa di appartenenza;

— dei criteri generali per le verifiche da espletare per la valutazione dei risultati, che saranno attuati nei modi e nei tempi risultanti dalla disciplina specifica dell'istituto.

Il momento negoziale, comunque, costituisce un prius per l'erogazione dei trattamenti incentivanti, i quali, a loro volta, sono strettamente correlati ai risultati conseguiti. I programmi ed i progetti orientati ad incrementi di produttività e di qualità dovranno essere verificati periodicamente, come condizione per l'erogazione dei trattamenti, entro il limite delle disponibilità predeterminate ed assegnate.

È infine da osservare che la determinazione dei fondi, il loro aggancio alla metodologia della gestione per budget, la eventuale possibilità di incremento con risorse aggiuntive derivanti dagli avanzi di amministrazione, portano al superamento del tempo lavoro finalizzato (plus orario) che integrava il debito orario.

Il nuovo sistema di produttività non utilizza il tempo lavoro come parametro di retribuzione, ma si rapporta al risultato e al grado di partecipazione per raggiungerlo.

L'obiettivo può rendere necessario l'utilizzo di un tempo lavoro extra ordinario, che non viene compensato in quanto tale, ma come condizione per il raggiungimento dell'obiettivo stesso.

Diventa così evidente che il tempo lavoro rappresenta una variabile dipendente del grado di efficienza che, quando si esprime su un piano di eccellenza, non richiede alcun supporto temporale aggiuntivo rispetto a quello programmato.

Per quanto riguarda la dirigenza e l'area medica professionale rimane in prorogatio il precedente accordo di lavoro, riproducendo sia l'articolazione

negoziale propria, sia la definizione del fondo economico.

L'anomalia della situazione, pur costituendo un grave handicap per il nuovo modello gestionale aziendale, non potrà, tuttavia, impedire che vengano poste in essere tutte quelle misure tendenti a coordinare e a integrare i due sistemi, eliminando o risolvendo le loro contraddizioni, in una logica comunque sottesa e coerente alla metodologia di gestione budgetaria.

*ALLEGATO II. Modalità di computo dei premi incentivanti per singolo dipendente (a cura di G. Casati)*

La fase 3 è supportata dalla tavola IV di seguito illustrata e commentata. La presente scheda si riferisce al computo globale dei premi incentivanti da assegnare al personale dipendente.

Questa prima sezione della scheda di valutazione complessiva (progressivamente verranno presentate le altre sezioni della stessa), è finalizzata a definire quanto ogni dipendente partecipa, potenzialmente, al perseguimento degli obiettivi. Tale valore, espresso nell'ultima colonna con il termine «peso pot. dipendente» è determinato dalle seguenti variabili:

a) parametro stipendiale: esso esprime, in punti, il valore stipendiale relativo del dipendente in oggetto de-

terminato fissando quello del livello retributivo più basso pari a 100. I parametri stipendiali considerati a tale scopo si riferiscono allo stipendio base. Le specifiche voci considerate sono comunque oggetto di determinazione e dovranno essere calcolati con frequenza annuale in modo da collegarlo alla dinamica stipendiale reale;

b) giorni teorici: è il numero di giorni teoricamente lavorabili da un dipendente nell'arco dell'anno determinato in ragione di turni di 5 giorni lavorativi e due di riposo (dipendenti F, G, H e I) o di 6 giorni lavorativi e uno di riposo (dipendenti A, B, C, D e E). Ovviamente possono essere ipotizzati turni anche diversi da quelli previsti nella tabella in modo da rendere il modello più aderente alla realtà specifica;

c) giorni potenziali: è il numero di giorni potenzialmente lavorabili da ciascun dipendente nell'arco dell'anno. Tale numero è identico al numero di giorni teorici nel caso in cui si ipotizza la presenza del dipendente per tutto l'anno. Mentre potrà essere abbattuto nel caso sia possibile prevedere date di massima in merito a nuovi ingressi o cessazioni.

In entrambi i casi il numero di giorni è determinato come se il dipendente non fosse mai assente né per malattia né per altri motivi come le ferie.

**Tavola IV - Scheda globale di computo dei premi incentivanti (sezione a)**

Dipendente	Liv.	a	b	c	d
		Par. stip. numero	Giorni potenziali numero	Giorni teorici numero	Peso pot. dipendente (b/c) *a
Dip. A	VIII	200	305	305	200,00
Dip. B	VIII	200	305	305	200,00
Dip. C	VIII	200	150	305	98,40
Dip. D	VIII	200	200	305	131,20
Dip. E	VIII	200	305	305	200,00
Dip. F	VIII	200	255	255	200,00
Dip. G	VIII	200	200	255	156,80
Dip. H	VIII	200	130	255	102,00
Dip. I	VIII	200	255	255	200,00

Infine il «peso pot. dipendente» è determinato nel seguente modo:

$$\text{Peso pot. dipendente} = \frac{\text{Numero giorni potenziali}}{\text{Numero giorni teorici}} \times \text{par. stip.}$$

Il valore del peso potenziale dipendente è dato dal prodotto del rapporto tra giorni potenziali e teorici, che può assumere un valore tra 0 e 1, moltiplicato per il parametro stipendiale, che per semplicità espositive è stato reso identico per tutti i dipendenti considerati, che deriva dall'inquadramento nel livello retributivo del singolo dipendente. In sintesi il peso potenziale potrà assumere un valore non superiore al parametro stipendiale.

La parte di scheda appena descritta consente di giungere alla determinazione dei «punti attesi di incentivazione», ossia i punti spettanti a ciascun dipendente in caso di conseguimento degli obiettivi prefissati e nel rispetto dei parametri di presenza. La determinazione di tale valore è supportata dalla parte della tavola V.

I punti attesi incentivo per budget sono determinati dalle seguenti variabili:

a) peso potenziale dipendente;

b) punti attesi budget: tale valore si riferisce alla valutazione globale del budget.

La modalità di calcolo è la seguente:

$$\text{Punti attesi inc. per budget} = \text{peso pot. dipendente} \times \text{punti att. bdtg}$$

La terza sezione della tavola VI è finalizzata a computare i punti di incentivazione attribuibili ai singoli dipendenti sulla base dei risultati effettivamente conseguiti.

Questa sezione della scheda si presenta, in termini di struttura e di modalità di computo, in modo simile alla precedente. Unica differenza è costituita dal fatto che, al fine della corretta

determinazione dei punti di incentivazione attribuibili (ultima colonna), i punti attesi del budget sono sostituiti con quelli effettivi.

Un'ulteriore differenza, rispetto alle altre sezioni della medesima scheda fino ad ora presentate, è rappresentata dai subtotali di riga relativi ai C.d.R. Esse consentono il computo dei punti maturati dai singoli dipendenti per C.d.R. Tale valore viene utilizzato al fine del computo delle quote effettive di incentivazione da attribuire ai singoli dipendenti. L'ultima se-

zione della scheda è infatti strutturata a tale scopo (cfr. tavola VII nella pagina seguente).

I punti effettivi per budget sono determinati dalle seguenti variabili:

a) giorni effettivi: si tratta dei giorni effettivamente lavorati dal singolo dipendente nel corso dell'anno. Si osserva che tale valore si riferisce alla somma dei giorni di presenza effettiva e degli eventuali giorni di assenza considerati, al fine del calcolo dei premi incentivanti, come presenza;

Tavola V - Scheda globale di computo dei premi incentivanti (sezione b)

Dipendente	a	b	c
	Peso pot. dipendente	Punti attesi budget	Punti attesi incentivo per budget
	vedi sez. a	numero	a*b
Dip. A	200,00	100	20.000
Dip. B	200,00	100	20.000
Dip. C	98,40	100	9.840
Dip. D	131,20	100	13.120
Dip. E	200,00	100	20.000
Dip. F	200,00	80	16.000
Dip. G	156,80	80	12.544
Dip. H	102,00	80	8.160
Dip. I	200,00	80	16.000

Tavola VI - Scheda globale di computo dei premi incentivanti (sezione c)

Dipendente	a	b	c
	Peso pot. dipendente	Punti effettivi budget	Punti attribuibili incentivo per budget
	vedi sez. a	numero	a*b
Dip. A	200,00	75	15.000
Dip. B	200,00	75	15.000
Dip. C	98,40	75	7.380
Dip. D	131,20	75	9.840
Dip. E	200,00	75	15.000
<b>C.d.R. 1</b>			<b>62.220</b>
Dip. F	200,00	50	10.000
Dip. G	156,80	50	7.840
Dip. H	102,00	50	5.100
Dip. I	200,00	50	10.000
<b>C.d.R. 2</b>			<b>32.940</b>



**Tavola VII - Scheda globale di computo dei premi incentivanti (sezione d)**

Dipendente	a	b	c	d	e	f	g
	Parametro stipendiale	Giorni teorici	Giorni effettivi	% partec. effettiva OBTV	Peso eff. dip. per budget	Punti attribuib. incentivo per budget	Punti effettivi per budget
	numero	numero	numero	numero	(c/b)*a *b	vedi sez. c	(tot. C.d.R. col. f)/tot. C.d.R. col. e)*e
Dip. A	200	305	250	100,00%	163,93	15.000	14.996
Dip. B	200	305	265	100,00%	173,77	15.000	15.896
Dip. C	200	305	135	75,00%	66,39	7.380	6.073
Dip. D	200	305	180	100,00%	118,03	9.840	11.491
Dip. E	200	305	241	100,00%	158,03	15.000	14.457
<b>C.d.R. 1</b>					<b>680,15</b>	<b>62.220</b>	<b>62.220</b>
Dip. F	200	255	201	100,00%	157,65	10.000	10.621
Dip. G	200	255	176	100,00%	138,04	7.840	9.277
Dip. H	200	255	98	50,00%	38,43	5.100	2.555
Dip. I	200	255	198	100,00%	155,29	10.000	10.487
<b>C.d.R. 2</b>					<b>489,41</b>	<b>32.940</b>	<b>32.940</b>

b) percentuale di partecipazione effettiva al conseguimento dei risultati di budget: si riferisce alla possibilità, da parte del dirigente responsabile, di indicare nominativi di dipendenti che hanno partecipato solo parzialmente al perseguimento degli obiettivi o di decurtazioni automatiche legate all'assunzione di provvedimenti disciplinari;

c) totale punti incentivi attribuibili al centro di responsabilità (vedi sezione precedente).

Il prodotto del rapporto tra giorni effettivi e giorni teorici per la percentuale di partecipazione effettiva al conseguimento dei risultati di budget e per il parametro stipendiale determina il peso effettivo del singolo dipendente ai fini del computo del premio incentivante (col. 4). Infine i punti effettivi di incentivazione da assegnare al singolo dipendente è determinato nel seguente modo:

$$\text{Punti effettivi per budget} = \frac{\text{Tot. punti attrib. C.d.R.} \times \text{Peso effettivo del singolo}}{\text{Somma pesi eff. dipendenti/dipendente}}$$

I punti effettivi maturati dai dipendenti dovranno, infine, essere trasformati in lire successivamente alla determinazione del valore di un punto di incentivazione.

Da un punto di vista operativo ciò viene computato secondo la seguente procedura:

a) determinazione del fondo complessivo per l'incentivazione collettiva secondo le modalità stabilite dal contratto;

b) computo del valore di un punto di incentivazione per budget secondo il seguente algoritmo:

$$\text{Valore di un punto incentivazione per budget} = \frac{\text{Fondo incentivi collettivi budget}}{\text{Totale di comune dei punti maturati dai singoli dipendenti}}$$

Per la scheda globale di computo dei premi incentivanti si veda la tavola VIII nella pagina seguente.

(1) Per un approfondimento si veda Ruffini (1992).

(2) Il tema è organicamente affrontato in Burt H.-Robert Palmer D. (1985) e OECD (1993).

(3) Al riguardo Costa sottolinea come i sistemi di valutazione del personale dovrebbero combinare almeno le seguenti esigenze: «... creare una base per un'equa retribuzione, o quanto meno offrire una base per la gestione delle politiche retributive; migliorare le prestazioni e aumentare l'integrazione del personale; individuare le potenzialità individuali per far fronte ai bisogni di crescita dell'organizzazione e di sviluppo individuale». Costa G. (1992).

(4) Il tema dell'oggetto e del metodo di valutazione è ben sistematizzato in Marchetti M.-Quaranta E. (1984).

(5) L'analisi del potenziale è la valutazione più complessa e richiede una grande preparazione dei valutatori, nonché una certa maturità dell'organizzazione. Cfr. Cocco G. (1992) e Fertotani M. (1995), *La valutazione delle prestazioni e del potenziale manageriale*, Ed. F. Angeli, Milano.

(6) Per un approfondimento si veda Broglio A. (1992).

(7) Cfr. Bubbio A. (1988).

(8) È questa l'ipotesi di fondo sulla quale si fonda la metodologia più avanti presentata in questo articolo. Una minore enfasi su questo aspetto condurrebbe, come avviene in molte altre aziende, ad un collegamento meno pregnante e diretto tra sistema di budget e sistema di valutazione e incentivazione.

(9) Per un approfondimento al riguardo si veda Negri-Clementi A. (1989).

(10) Cfr. Pilati M. (1989).



# ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN UNA AZIENDA U.S.L. ATTRAVERSO L'IMPIEGO DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE

di H. Pontoni<sup>1</sup>, P. Barbieri<sup>1</sup>, M. Maistrello<sup>1</sup>, M. Minerva<sup>1</sup>, E. Reborà<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Azienda U.s.s.l. 27, Regione Lombardia

<sup>2</sup> CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Notizie generali - 2. Le nuove esigenze informative - 3. Gli obiettivi dello studio - 4. Il nucleo di staff ed il suo mandato - 5. Le fonti e le caratteristiche dei dati - 6. Metodo - 7. Risultati - 8. La condivisione dei risultati - 9. Commenti.

## 1. Notizie generali

La Azienda USSL 27 insiste su un territorio di Km<sup>2</sup> 226, esteso dal confine comunale di Milano fino al fiume Adda, e sviluppato approssimativamente attorno all'asse costituito dalla provinciale cassanese.

La popolazione residente è di 250.000 abitanti distribuiti in 21 comuni.

L'Azienda dispone di 1840 dipendenti distribuiti in otto sedi distrettuali e di quattro presidi ospedalieri dotati complessivamente di 685 posti letto. Sul territorio operano 175 medici di medicina generale e 35 pediatri di libera scelta.

La spesa corrente nel 1994 è ammontata a 304 mld di lire.

Nello stesso territorio si trovano altre importanti strutture sanitarie: un grande istituto di ricerca e cura di carattere scientifico, una struttura di riabilitazione psichiatrica di 500 posti letto, un IPAB per la riabilitazione geriatrica di 224 posti letto.

## 2. Le nuove esigenze informative

Il riordino del S.S.N. ha introdotto con sempre maggiore forza la tendenza verso la responsabilizzazione finanziaria delle Aziende e, nonostante

il quadro normativo non sia ancora completamente definito, sembra definitiva la scelta verso il finanziamento delle Aziende USL a quota capitaria calcolata sui residenti, e non più per fattori di produzione. Con tale dotazione le aziende devono fronteggiare tutti gli oneri che derivano dall'obbligo di assicurare i livelli di assistenza del Piano Sanitario Nazionale, una parte dei quali in precedenza non gravava direttamente su di essa.

In questo nuovo modello l'Azienda acquisisce una visione completa delle prestazioni sanitarie ed ha l'occasione di mettere in atto misure di razionalizzazione della spesa sull'insieme delle prestazioni, di individuare sinergie ed interazioni sino ad oggi poco frequentate. Nello stesso tempo si trova a fronteggiare una domanda per la quale le risorse sono molto limitate.

Si possono oggi individuare almeno quattro aree di nuovi bisogni informativi, che rispondono ad esigenze di governo dell'azienda sanitaria e per le quali vanno costruiti appositi strumenti:

— la promozione di prestazioni e protocolli diagnostici e terapeutici di dimostrata efficacia rappresenta una priorità, poiché non ha senso destinare le scarse risorse a tecniche di prevenzione, diagnosi e cura che non abbiano

queste caratteristiche. La valutazione dei costi-opportunità delle prestazioni erogate costituisce il secondo e complementare filtro attraverso cui selezionare le priorità della finalizzazione e allocazione delle risorse. Tutto ciò presuppone, da parte della Direzione Aziendale, l'introduzione della epidemiologia valutativa come vero e proprio strumento di gestione, per individuare le aree di possibile risparmio, le prestazioni che massimizzano il risultato di salute, gli interventi in grado di prevenire ulteriore domanda;

— il finanziamento a quota capitaria per residente fa scattare un meccanismo di concorrenza tra le strutture dell'Azienda, in primo luogo gli ospedali, e le strutture esterne. Infatti l'Azienda ha l'obbligo di rimborsare le strutture esterne per le cure fornite ai propri residenti e questo meccanismo sottrae, di fatto, risorse alle strutture interne. Non essere in grado di esercitare una pari attrazione nei confronti di cittadini residenti in altri ambiti territoriali si traduce per l'Azienda in un risultato economico negativo. La Direzione dell'Azienda ha, quindi, grande interesse a conoscere la domanda che gli assistiti esprimono e il proprio posizionamento rispetto a questa, cioè il grado di attrazione dei propri residenti nelle strutture ospedaliere inter-



ne; è anche interessata a conoscere la provenienza dei pazienti assistiti dalle proprie strutture per effettuare eventuali scelte di riposizionamento che consentano un migliore risultato economico;

— la conoscenza della domanda espressa dai residenti e dell'offerta resa sia a residenti che a non residenti non è sufficiente, da sola, ad orientare le scelte di allocazione delle risorse e di sviluppo delle attività dell'Azienda. È necessaria una precisa conoscenza dei costi delle prestazioni direttamente prodotte per poter affrontare scelte di make-or-buy e, quindi, di una contabilità dei costi all'interno dell'Azienda;

— tutte le ipotesi di riposizionamento devono anche essere confrontate con le potenzialità e i vincoli della struttura attuale: aumentare la produttività sulle prestazioni in essere; offrire nuove prestazioni; convertire prestazioni non adeguate in nuove o altre di provata efficacia.

Sono necessari, quindi, mezzi in grado di stimare quale margine di recupero di produttività abbiano le attuali strutture interne all'Azienda e quali conseguenze produca una conversione delle prestazioni precedentemente offerte verso prestazioni nuove per le quali la domanda è maggiore.

### 3. Gli obiettivi dello studio

Prima della effettuazione dello studio esisteva la percezione che l'adiacente area metropolitana milanese, ove esiste una offerta di prestazioni ospedaliere consistente e di riconosciuta qualità, esplicasse una forte attrazione nei confronti dei residenti, non controbilanciata da un richiamo di pari entità verso i non residenti da parte degli ospedali dell'Azienda.

La Direzione dell'Azienda ha considerato che, nel caso l'ipotesi fosse confermata, le maggiori possibilità di

ottenere un migliore saldo tra immigrazione e emigrazione sanitaria consistessero nel recupero dei residenti. I residenti nel territorio dell'Azienda sono quindi il gruppo di «clienti» cui si deve primariamente rivolgere l'offerta dei servizi ospedalieri. E questo non è solo conseguenza dei recenti meccanismi di finanziamento adottati, quanto anche di altri fattori. Innanzitutto, l'Azienda può operare nei confronti dei residenti con attività di prevenzione mirata a contenere la domanda di determinate prestazioni ospedaliere successive, o offrire servizi territoriali in anticipazione e/o loro sostituzione, ad un costo inferiore e con un minore disagio degli utenti. Inoltre, i residenti nel territorio coperto dall'Azienda sono anche coloro per i quali l'accessibilità alle strutture interne è maggiore.

Ci siamo quindi proposti di effettuare uno studio della domanda di ricovero dei residenti, per trarre informazioni utili ad orientare la riorganizzazione delle strutture ospedaliere della Azienda; lo studio avrebbe dovuto evidenziare anche gli aspetti economici correlati ai flussi di pazienti in uscita ed in entrata, essendo un obiettivo fondamentale il miglioramento della efficienza economica delle strutture dell'Azienda.

### 4. Il nucleo di staff ed il suo mandato

Allo scopo di affrontare le nuove esigenze informative, la Direzione dell'Azienda, che non disponeva di uno staff dedicato, ha individuato le competenze necessarie e ha proceduto a costituire un proprio staff composto da personale medico con competenze statistiche, epidemiologiche ed informatiche. Questo gruppo di persone costituisce il primo nucleo di uno staff dedicato in futuro alla programmazione e controllo. Lo staff ha potuto di-

sporre di un consulente esterno con il quale l'Azienda aveva avviato una collaborazione più ampia finalizzata alla messa in rete dei presidi ospedalieri.

Al gruppo è stato dato l'obiettivo di realizzare:

a) innanzitutto una rappresentazione della domanda di prestazioni ospedaliere espressa complessivamente dalla popolazione residente nella USSL e dell'offerta dei singoli presidi dell'Azienda;

b) nel corso del lavoro si è aggiunto l'obiettivo di quantificare teoricamente la produttività recuperabile da parte dei singoli reparti ospedalieri attraverso un recupero di efficienza.

### 5. Le fonti e le caratteristiche dei dati

Il lavoro di analisi, di elaborazione e di ricostruzione delle entità informative individuate è basato sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e sulle sue elaborazioni correntemente disponibili, in modo da evitare il ricorso a costose quanto incomplete indagini campinarie.

Questa impostazione dell'analisi è possibile e conveniente per i seguenti motivi: la SDO viene compilata per ogni ricovero sia nelle strutture pubbliche che in quelle private; alimenta una base dati che produce correntemente elaborazioni sia a livello locale che regionale; il contenuto informativo è estremamente ricco e si presta a molteplici chiavi di lettura, non solo di tipo clinico; ogni ricovero viene codificato secondo il sistema ROD/DRGs al quale è collegata la valorizzazione economica utilizzata per il pagamento della prestazione ospedaliere.

La Regione Lombardia, inoltre, a cura del proprio Ufficio Epidemiologico, ha messo a disposizione delle USSL, su supporto informatico, i dati dei ricoveri ospedalieri dei residenti

dal 1993: questa circostanza è estremamente interessante per uno studio come il nostro orientato, appunto, ai residenti.

L'impiego della SDO nell'esame dell'attività dei presidi ospedalieri e nella rappresentazione della domanda dei residenti si presta ad alcune considerazioni importanti. Relativamente all'offerta, si deve confrontare con i problemi intrinseci alla qualità dei dati: ad esempio, errori di compilazione, non corrispondenza tra diagnosi di dimissione ed intervento chirurgico effettuato, ecc. L'utilizzo della SDO per valutare la domanda espressa e, ancor più, il bisogno di prestazioni ospedaliere dei cittadini residenti, presuppone invece la consapevolezza che rappresentando la prestazione con lo stesso criterio con cui questa viene finanziata, siano possibili delle distorsioni. In altre parole, esiste il rischio che la prestazione ospedaliera richiesta e fornita sia «influenzata» dallo stesso produttore. Anche senza ipotizzare azioni esplicitamente scorrette, i gradi di libertà nell'assegnazione ad un ROD o ad un altro possono di fatto offrire una rappresentazione della domanda in qualche modo distorta. Questo fenomeno potrà produrre effetti particolarmente vistosi nel confronto tra i ricoveri precedenti al 1995 e i ricoveri dal 1995 in avanti, effettuati dalle strutture ospedaliere in regime di pagamento a prestazione.

Quindi, se la qualità dei dati precedenti al 1995 sconta una minore accuratezza nella compilazione delle SDO, proprio perché non è collegata al meccanismo di pagamento a prestazione, dal 1995 in avanti vi è il rischio di una compilazione più attenta non tanto a rappresentare fedelmente il caso trattato, quanto a massimizzarne il ritorno economico. Fatte queste considerazioni, abbiamo considerato particolarmente importante avere un quadro della situazione al 1994.

## 6. Metodo

L'analisi relativa alla domanda dei residenti e all'offerta dei presidi ospedalieri dell'Azienda viene effettuata su cinque file contenenti i record regionali delle SDO (tabella 1), così ordinati:

a) i casi di ricovero dei residenti dell'USSL in tutti gli ospedali regionali, pubblici e privati;

b) i casi di ricoverati in ciascuno dei quattro ospedali dell'Azienda.

L'analisi dei dati è basata sul sistema di classificazione ROD/DRGs, in quanto collegato al criterio di valorizzazione economica delle prestazioni.

Oltre ai dati derivanti dalla SDO, nell'analisi vengono utilizzati i valori tariffari riconosciuti ai ROD, sulla base del peso e del valore monetario di esso.

Vengono esaminati separatamente i ricoveri dei residenti e l'attività degli ospedali dell'USSL.

I primi vengono distinti in ricoveri interni (negli ospedali dell'Azienda) ed esterni; i secondi vengono distinti in ricoveri di residenti e di non residenti.

Per la successiva stratificazione dei dati è stata utilizzata la classificazione in ROD delle SDO, definendo gli stessi strati sia per l'analisi dei ricoveri dei residenti che per l'attività degli ospedali propri.

Il criterio di ordinamento dei dati è il valore economico dei ricoveri del gruppo studiato e non il numero dei casi.

Dal momento che la rappresentazione per singolo ROD si presenta eccessivamente dispersiva per lo scopo dello studio di ottenere indicazioni di utilità pratica nella riorganizzazione delle attività ospedaliere, si sono ricercati dei criteri di aggregazione quanto più possibile corrispondenti alla struttura delle specialità e/o dei reparti esistenti negli ospedali dell'Azienda. Si sono a questo proposito utilizzate delle aggregazioni già codificate.

Scartato, dopo un primo tentativo, il raggruppamento per MDC in quanto eccessivamente sintetico, si è ricercata una soluzione che permettesse di ricreare le specialità sulla base delle quali sono attualmente organizzate le strutture ospedaliere. Si sono utilizzate pertanto le «linee di produzione», che possono essere considerate come gli ambiti di attività fondamentali, in termini di produzione e di erogazione di prestazioni sanitarie. In taluni casi corrispondono alle specialità, in altri danno invece una descrizione più dettagliata.

Le «linee di produzione» (tabella 2, pagina seguente) sono state utilizzate per i ricoveri che nelle strutture dell'Azienda sono trattati nei reparti di medicina e chirurgia generale, e sono state aggregate invece per specialità

**Tabella 1 - Principali campi del record scheda di dimissione ospedaliera**

numero di cartella clinica e codice di ospedale
codice del comune di residenza del malato
data di nascita
data di ricovero
data di trasferimento
data di intervento chirurgico principale
data di dimissione
codici di diagnosi ICD 9 (fino a 4)
codici di intervento ICD 9 CM (fino a 4)
DRG
MDC
modalità di ricovero (ordinario di durata superiore a 1 giorno, ordinario di durata compresa tra 0 e 1 giorno, day-hospital)
paziente solvente

Tabella 2 - Aggregazione dei ROD: elenco delle linee di produzione

cardiologia chirurgica digerente medico ginecologia e gravidanza miscellanea medica neurologia medica oculistica medica orl chirurgico osteomuscolare medico psichiatria respiratorio medico traumatologia chirurgica urinario chirurgico vascolare medico	cardiologia medica endocrinologia chirurgica hiv neonatologia non valido oncologia chirurgica orl medico parto e aborto chirurgico radioterapia chimioterapia ustioni riabilitazione traumatologia maggiore medica urinario medico	digerente chirurgico endocrinologia medica miscellanea chirurgica neurologia chirurgica oculistica chirurgica oncologia medica osteomuscolare chirurgico parto e aborto medico respiratorio chirurgico trapianti traumatologia minore medica vascolare chirurgico
--	---	--

ove esiste la corrispondente divisione all'interno dei nostri ospedali.

La modalità di rappresentazione di questa parte dell'analisi viene esposta più oltre.

Per ciascuna linea di produzione (e specialità considerata) si è proceduto a rappresentare i ROD economicamente più rilevanti.

L'esame dei flussi di destinazione dei residenti è stato condotto utilizzando la codifica dell'ospedale di ricovero esistente nel record della SDO e tabulando i primi dieci ospedali di emigrazione dei residenti (sempre in valore) ed individuando i primi ROD motivo di ricovero in ciascuna struttura.

L'analisi relativa alla quantificazione della produttività teoricamente recuperabile dei reparti ospedalieri, è

stata effettuata a partire da dati elaborati dall'Ufficio Epidemiologico regionale.

È stato definito un «margine operativo», espresso in numero di casi, consistente nell'incremento teorico della produttività di ogni reparto ospedaliero che deriverebbe da:

— eliminazione dei casi di ricovero ordinario da zero a un giorno e loro trasformazione in day-hospital;

— eliminazione delle giornate di degenza oltre valore soglia;

— rientro nel valore medio regionale di efficienza relativa dei reparti con efficienza relativa peggiore;

— incremento della saturazione dei posti letto alla quota di 85%.

Ovviamente si tratta di assunzioni meramente teoriche, che non tengono in considerazione le cause di tali fenomeni;

le ipotesi introdotte sono semplicemente finalizzate a produrre una stima dell'effetto sulla produttività che la loro soluzione comporterebbe.

Nel caso l'efficienza di un reparto interno sia già migliore della media regionale, ciò non significa che non vi sia un margine per il recupero di produttività; in questo caso è possibile effettuare un'analisi apposita dei dati per ricercare inefficienze su settori limitati della casistica, che l'esame dell'attività osservata nel suo complesso maschera (tabella 3).

## 7. Risultati

La elaborazione della domanda interna nel 1994, stratificata per singolo ROD, ha consentito di individuare le diagnosi più rilevanti in termini di co-

Tabella 3 - Indicatori di complessità della casistica e di efficienza relativa dei reparti ospedalieri

	$Pr_i = w_i/W_i$	peso relativo
dove:		
i	indice del reparto	
$w_i$	peso medio del reparto (sommatoria dei pesi associati ai DRG trattati diviso numero dei ricoveri)	
$W_i$	peso medio nel riferimento regionale	
PR è correlato a ICM (indice di case-mix): se $ICM > 1$ la complessità della casistica trattata è maggiore rispetto alla media regionale.		
	$\frac{dm_i}{DM_i} / \frac{w_i}{W_i}$	efficienza relativa
dove:		
$dm_i$	degenza media di ciascun reparto	
$DM_i$	degenza media per quel tipo di reparto nel riferimento regionale	
ER è correlato a ICP (indice comparativo di performance): se $ICP < 1$ l'efficienza operativa del reparto è maggiore rispetto alla media regionale.		
(Le parti informative utilizzate per il calcolo sono le tabelle (3/D) prodotte dall'Ufficio Epidemiologico della Regione Lombardia, che sintetizzano l'attività del singolo ospedale)		



sto; le prime dieci sono riportate nella tabella 4.

Il DRG più pesante anche se non il più frequente in termini assoluti, è il DRG 468: intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale. Ciò è molto significativo, poiché questo DRG corrisponde nella maggior parte dei casi a errori di codifica: ad esempio, un errore comune che abbiamo rilevato, è quello di riportare lo stesso codice per le diagnosi e per gli interventi. Risulta allora un cluster di casi in cui apparentemente il labbro leporino è associato all'intervento di taglio cesareo. Tali errori di codifica, premiati con una tariffa di L. 17.539.000 per ricovero, sono diffusi equamente tra strutture interne all'Azienda e strutture esterne e costituiscono un problema da approfondire.

Un quadro meno dispersivo può essere ottenuto con una aggregazione dei ROD appartenenti allo stesso tipo di patologia. Questo tipo di informazione consente di individuare priorità costituite da un solo ROD, o da un piccolo gruppo di essi, che possono costituire un buon punto di partenza nella riorganizzazione di un singolo reparto.

La aggregazione per linee di produzione ha consentito un'analisi di tipo generale della domanda dei residenti secondo uno schema esemplificato dalla tabella 5.

Le prime 10 linee di produzione determinano il 68% del valore tariffario complessivo della domanda dei residenti, soddisfatta sia da strutture inter-

ne che esterne; il grado di copertura da parte delle strutture interne è variabile (entro queste prime 10 linee di produzione) dal 37% al 64% (rispettivamente reparto osteomuscolare e cardiologia medica).

Per alcune linee di produzione il grado di copertura delle strutture interne è nullo o prossimo allo 0 (oculistica, neurologia chirurgica, trapianti, infezioni da HIV) per la mancanza di reparti specialistici nell'USSL.

Contrariamente a quanto atteso, lo studio dei principali ROD per linea di produzione ha messo in evidenza che l'emigrazione verso altri ospedali non è determinata dalla necessità di ottenere cure di alta specializzazione (vi è infatti una offerta abbastanza completa a livello locale di specialità di base). La proporzione maggiore di emigrazione è dovuta a ricoveri di bassa complessità.

La elaborazione dei dati secondo «linee di produzione» consente di rappresentare in un piano cartesiano il rapporto tra domanda dei residenti e soddisfacimento da questi trovato ne-

gli ospedali della Azienda (tabella 6, pagina seguente). In questo grafico, ciascuna linea di produzione viene rappresentata con due valori: in ordinata la domanda (definita come la percentuale dei ricoveri dei residenti per quella linea di produzione sul totale dei ricoveri dei residenti); in ascissa la attrazione degli ospedali dell'Azienda per quella linea di produzione (definita come la percentuale dei ricoveri dei residenti per quella linea di produzione negli ospedali dell'Azienda sul totale dei ricoveri dei residenti per quella linea di produzione). La nuvola dei punti contenuti nel grafico rappresenta quindi l'insieme delle linee di produzione; la parallela all'asse delle ascisse che passa per un singolo punto definisce l'area equivalente al totale dei ricoveri dei residenti per quella linea di produzione; la parallela all'asse delle ordinate, intersecando la precedente, delimita la porzione dei ricoveri dei residenti per quella linea di produzione che si è verificata all'interno degli ospedali dell'Azienda.

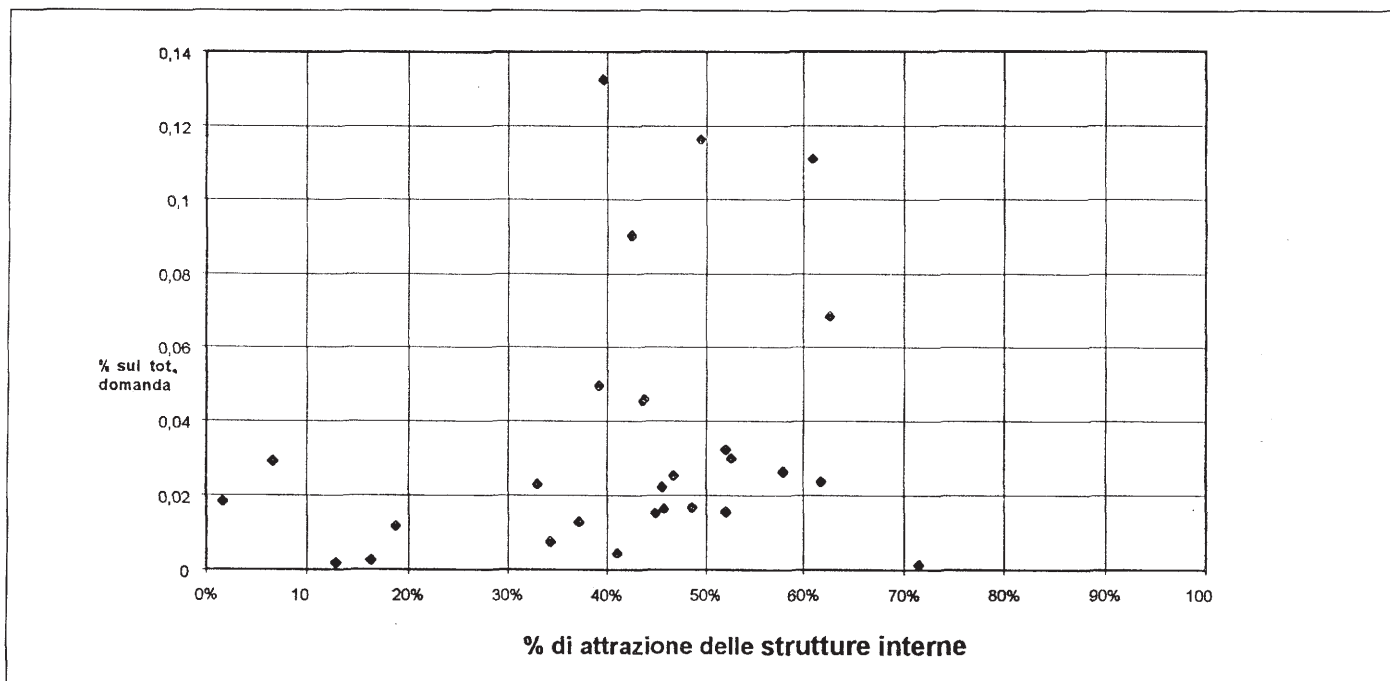
**Tabella 4 - Primi dieci ROD per valore economico**

intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale
parto vaginale senza diagnosi complicanti
interventi su articolazioni maggiori e reimpianti arti inferiori
legatura e stripping di vene
affezioni mediche del dorso
artroscopia
neoplasie apparato respiratorio
by-pass coronarico senza cateterismo cardiaco
malattie cerebrovascolari specifiche escluso TIA
malattie cardiovascolari con IMA senza complicazioni, vivi

**Tabella 5 - Analisi della domanda dei residenti (particolare)**

Linee di produzione	Strutture interne				Strutture esterne				Tot. casi	Totale spesa L. x 1000
	casi	%	spesa in L. x 1000	%	casi	%	spesa in L. x 1000	%		
endocrino chir	22	25,58	92.768	22,17	64	74,41	325.594	77,83	86	418.362
trapianti	0	0,00	0	0,00	10	100,00	409.431	100,00	10	409.431
oculistica med.	24	12,31	28.826	9,83	171	87,69	264.565	90,17	195	293.391
radioterapia/chemioterapia	3	1,69	3.203	1,35	175	98,31	234.119	98,65	178	237.322
ustioni	4	26,67	11.424	8,68	11	73,33	120.153	91,32	15	131.577

Tabella 6 - Domanda di prestazioni ospedaliere dei residenti e attrazione esercitata dalle strutture USSL 27 per ciascuna «linea di produzione»



Questo grafico consente di avere una percezione immediata del risultato economico che deriva dall'assorbimento di una maggiore quota della domanda su una specifica linea di produzione (spostamento del punto verso destra), in quanto i valori percentuali rappresentati sono riferiti al valore economico dei ricoveri e non alla loro numerosità.

L'elaborazione e il confronto domanda/offerta hanno consentito di individuare come aree critiche tre linee di produzione, reparto osteomuscolare, miscelanea chirurgica, reparto di ostetricia ginecologia, che sono caratterizzate da una domanda elevata, da un grado di attrazione inferiore al 50%, soddisfatta con processi, modalità di erogazione e strutture interne già esistenti. In questi casi, il miglioramento non richiede alcun investimento.

Il grafico, permettendo di visualizzare la consistenza della domanda e dell'offerta per linea di produzione,

consente inoltre di valutare con immediatezza la diversa convenienza delle alternative di sviluppo in base alla domanda espressa.

Sono state identificate nella neurologia, nella chirurgia vascolare e nella urologia le aree di sviluppo di maggior interesse per l'Azienda.

Se il quadro fornito dalla distribuzione dei residenti tra presidi dell'Azienda ed esterni ha confermato l'intuizione di una consistente emigrazione sanitaria dei residenti, l'analisi delle destinazioni dei residenti ha messo in evidenza un fenomeno meno percepito: due dei tre primi ospedali di emigrazione dei residenti non sono grandi ospedali cittadini o I.R.C.C.S., ma strutture medio piccole che verosimil-

mente richiamano pazienti da un bacino naturale di affluenza fornendo una qualità soddisfacente. Il valore dell'emigrazione verso di loro ha corrisposto nel 1994 a circa 13 miliardi di lire di ROD.

L'esame per linee di produzione dell'attività dei reparti ospedalieri ha consentito l'immediato confronto tra la domanda dei residenti che non viene soddisfatta, e che si traduce in una emigrazione verso altre zone sanitarie, e l'offerta di prestazioni che viene utilizzata dai non residenti, che immigrano nell'Azienda per riceverle.

Il saldo complessivo immigrati/emigrati ed il confronto tra gli anni 1993 e 1994 è riportato nella tabella 7.

Tabella 7 - Mobilità in entrata e in uscita (in valore)

	1993 (in lire)	1994 (in lire)	Diff. %
Residenti emigrati .....	68.867.659	71.724.451	4,15%
Non residenti immigrati .....	20.757.956	21.938.662	5,69%
Saldo .....	-48.109.703	-49.785.789	3,48%

Il calcolo del «margine per il recupero di produttività» ha evidenziato per alcuni reparti la teorica possibilità di uno spazio consistente da reimpiegare sia attraverso un generale miglioramento della performance, sia con un intervento mirato sui ROD di particolare peso verso i quali si è evidenziata una non sufficiente attenzione.

Per evidenziare queste opportunità l'analisi ha dovuto essere sviluppata per singolo reparto e non semplicemente per linea di produzione, dal momento che nell'Azienda vi sono più reparti della stessa specialità, in quanto altrimenti la migliore produttività dell'uno avrebbe mascherato il peggiore rendimento dell'altro.

### 8. La condivisione dei risultati

L'intero lavoro è stato svolto nel contesto di un progetto di riorganizzazione e messa in rete degli ospedali dell'Azienda, tuttora in corso. Il progetto ha avuto come prima tappa una iniziativa di formazione rivolta a tutto il personale responsabile di unità operative, medico e non, nel corso della quale è stata presentata una preliminare elaborazione dei dati e si sono presentati i principali problemi di domanda e offerta con i quali l'Azienda si deve confrontare, sottolineando la necessità che i suoi dirigenti considerino la produttività uno dei risultati da monitorare e da migliorare.

In un successivo appuntamento si sono restituiti i risultati del lavoro, precedendo la discussione generale con la consegna «ad personam» dei dati riguardanti il singolo reparto, ed

annunciando le successive tappe del lavoro di riorganizzazione.

### 9. Commenti

I risultati raggiunti hanno fornito importanti informazioni.

La consistenza e la composizione della domanda locale costituisce il punto di partenza nella definizione delle ipotesi di sviluppo per il futuro della offerta di prestazioni ospedaliere e l'indagine condotta offre un quadro già decisamente ricco, ulteriormente suscettibile di approfondimenti.

L'esistenza di flussi visibilmente dovuti alla presenza di «bacini naturali» di utenza, mentre fa sorgere qualche perplessità sulla bontà dei criteri di azionamento delle Aziende, spinge a considerare se ne sia opportuno il recupero e, nel caso, se siano sufficienti soluzioni legate alla organizzazione dei servizi sanitari.

La evidenziata diversità con la quale i reparti dell'Azienda sono in grado di esercitare un'attrazione sul «bacino naturale» di utenza ha messo in evidenza le zone critiche dell'organizzazione, creando l'occasione per identificare obiettivi di lavoro esprimibili in un recupero di utenza.

La parte più interessante dei risultati è emersa dall'esame delle linee di produzione, in quanto ha fornito una base documentata sulla quale discutere del futuro delle strutture ospedaliere interne. Alcune scelte si sono mostrate nella loro evidenza prima sottovalutate, mentre altre ipotesi affacciate in passato si sono dimostrate prive di solide prospettive.

Altre considerazioni possono essere espresse circa una possibile evoluzione di questo studio.

L'approccio seguito con questo lavoro sostanzialmente consiste nel cercare di descrivere, se non il bisogno, almeno la domanda del proprio «mercato» principalmente attraverso i dati contenuti nelle SDO. Tuttavia il ricovero ospedaliero costituisce solamente una fase del complessivo percorso del paziente attraverso l'ospedale, che può essere utilizzata e percorsa in più riprese e con diverse necessità durante l'evoluzione della malattia. Sarà utile trovare il modo di raggruppare le prestazioni che corrispondono ad un unico bisogno, finalità alla quale le aggregazioni per adesso da noi utilizzate non corrispondono in modo pienamente soddisfacente.

Dall'analisi di questi dati potranno derivare informazioni utili per adeguare l'offerta delle strutture interne alla domanda. Questa esigenza dovrà confrontarsi con quella, in certo modo contrastante, di descrivere e di considerare l'attività dei presidi ospedalieri articolata in «percorsi di cura» ai quali contribuiscano in modo integrato discipline diverse.

### BIBLIOGRAFIA

- Were hospitals selective in their product and productivity changes? The top 50 drgs after pps.* Health Services Research 1989, 24: 5.
- Production definition for healthcare contracting: an overview of approaches to measuring hospitals output with reference to the UK internal market.* Journal of Epidemiology and Community Health 1994, 48: 224-231.



# AVVIO DI UN'ESPERIENZA GESTIONALE NEL DISTRETTO SANITARIO RIFORMATO

di Renata Cinotti<sup>1</sup>, Raffaella Stiasi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Agenzia sanitaria regionale - Regione Emilia-Romagna  
<sup>2</sup> Responsabile distretto Saragozza Porto ASL città di Bologna

**SOMMARIO:** Premessa - 1. Elementi di scenario - 1.1. La legge regionale di riordino - 1.2. Il distretto urbano Saragozza Porto - 1.3. Le deleghe - 2. Primi passi nella organizzazione - 2.1. Assegnazione delle responsabilità - 2.2. La riorganizzazione logistica - 3. Dalla realtà virtuale a quella reale (costruire la direzione) - 3.1. La scelta degli obiettivi - 3.2. La struttura organizzativa - 3.3. La politica del distretto - 4. Futuro prossimo - 5. Conclusioni.

## Premessa

Il presente lavoro, utilizzando come strumenti i modelli di analisi delle organizzazioni, intende:

a) ripercorrere e valutare il percorso gestionale seguito dal direttore di gestione di un distretto sanitario dell'area regionale emiliano-romagnola nei primi mesi dopo la sua costituzione, tenendo in opportuna considerazione le opportunità e i vincoli del contesto aziendale e ambientale;

b) evidenziare i punti critici della gestione ipotizzando soluzioni rese, peraltro, possibili dall'ampia autonomia e flessibilità organizzativa del distretto;

c) suscitare dibattito e confronto per trasformare l'esperienza in conoscenza, evidenziando a tal fine soprattutto problemi e soluzioni con stretto riferimento all'attività di direzione.

## 1. Elementi di scenario

### 1.1. La legge regionale di riordino

In Emilia-Romagna la legge regionale 12 maggio 1994, n. 19, «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale», provvede a tradurre in con-

tenuti operativi i principi riformatori del SSN contenuti nei D.L.vi n. 502/92 e n. 517/93. Con tale legge le USL, ridotte di numero da 41 a 18, divengono aziende, che introducono a livello gestionale stili, strumenti e responsabilità di tipo aziendale, soprattutto per quanto riguarda la definizione della propria organizzazione interna.

L'articolazione aziendale sul territorio, fortemente valorizzata dalla legge, come luogo organizzativo-funzionale, è il distretto; esso costituisce la garanzia per il cittadino che la macro-azienda, di solito di dimensioni provinciali, non perda il contatto con i suoi scopi istituzionali, ovvero:

— raggiungere gli obiettivi fondamentali di prevenzione cura e riabilitazione;

— assicurare i livelli di assistenza previsti dal piano sanitario nazionale, in coerenza con l'entità del finanziamento a disposizione (D.L. n. 502/92);

— rispettare le finalità regionali del riordino in ordine alla qualificazione delle prestazioni e alla semplificazione delle modalità di accesso (L.R. n. 19/94).

In particolare la legge specifica che «i distretti sono articolazioni territoriali, organizzative e funzionali delle aziende... Ad essi è affidata la gestione delle strutture e dei servizi ubicati nel territorio di competenza e destinati all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello, nonché l'organizzazione dell'accesso del cittadini residenti ad altre strutture e presidi, anche avvalendosi delle farmacie pubbliche e private... I distretti svolgono altresì le attività socio assistenziali di base delegate dagli enti locali» (art. 9) e che i sindaci, sindaco, o per delega il presidente di circoscrizione (a seconda delle dimensioni del distretto) esercitano sul distretto funzioni di indirizzo e verifica della attività.

La legge assegna, inoltre al distretto autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata nell'ambito aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni proprie e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, ivi compreso il coordinamento organizzativo ed erogativo delle attività.

Si sottolinea infine che nell'impianto generale della legge regionale le funzioni sanitarie sono organizzate in forma dipartimentale, per aree te-

matiche su base aziendale. I responsabili del dipartimento collaborano in posizione di staff all'esercizio delle funzioni del direttore sanitario e in modo simile le funzioni amministrative sono svolte in posizione di staff rispetto al direttore amministrativo.

### 1.2. Il distretto urbano Saragozza Porto

A Bologna, le tre USL nelle quali era stato ripartito il territorio comunale, sono state fatte confluire in un'unica azienda. Il distretto sanitario Saragozza Porto rappresenta uno dei cinque distretti della azienda sanitaria della città di Bologna e le sue principali caratteristiche possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

a) la popolazione ammonta attualmente a 71.767 cittadini, per la grande presenza di anziani, gli indici di vecchiaia e di dipendenza sono i più elevati della città (rispettivamente: 358 quello distrettuale contro il 305 cittadino e 56 quello distrettuale contro il 50 cittadino);

b) le risorse gestite dal distretto comprendono 425 operatori dipendenti, 70 medici di famiglia, 450 ore settimanali di specialistica, quasi 100 letti psichiatrici, un budget complessivo intorno a 70 miliardi (nelle tavole 1 e 2 sono meglio specificate la dotazione organica e la composizione complessiva dei costi);

c) il distretto è composto dal territorio di due quartieri cittadini, piuttosto centrali, è per tale ragione che nel distretto hanno sede alcune strutture sanitarie territoriali importanti e non nuove come il complesso Roncati (ex ospedale psichiatrico), i poliambulatori Mille e Montebello (di nascita mutualistica: ex INAM ed ex ENPAS), il poliambulatorio Grada (ex consorzio socio-sanitario).

Sul piano della gestione si segnala che il direttore generale ha proceduto alle nomine dei responsabili nel novembre 1994 e che fra gennaio e febbraio 1995 viene portato a compimento il passaggio di funzioni dai responsabili del servizio (unità di primo livello nella vecchia macrostruttura organizzativa) ai responsabili dei distretti (unità di primo livello nella nuova macrostruttura). Al fine di mantenere l'equilibrio previsto nell'assetto organizzativo tra staff e linee operative il direttore di gestione (linea) ha iniziato la propria attività con pieni poteri, solo al momento in cui sono stati individuati e nominati i responsabili dei settori dipartimentali (assistenza di base ed anziani, salute

mentale, materno-infantile, sociale e dipendenze patologiche) (tavole 1 e 2).

### 1.3. La definizione delle responsabilità

Il documento organizzativo di base della nuova azienda è rappresentato dalle linee guida al budget 1995. Il documento riordina e ridefinisce il complesso delle responsabilità assegnate nella riorganizzazione: in sintesi, prima costituzione dei servizi trasversali (unità organizzative che assolvono funzioni di supporto per tutte le unità di linea), individuazione dei territori distrettuali e dei dipartimenti con no-

**Tavola 1 - Personale distretto**

Medici	
Il livello.....	6
I livello.....	31
Psicologi.....	13
Assistenti sociali educatori.....	30
Infermieri, ostetriche, ausiliari, coordinatori.....	24
Collaboratori.....	184
Tecnici sanitari.....	26
Operatori tecnici ausiliari.....	75
Amministrativi.....	36
<b>Totale.....</b>	<b>425</b>

**Tavola 2 - Sintesi del budget 1994**

Personale sanitario medico.....	4.512.201
Personale sanitario non medico.....	13.614.354
Personale ruolo tecnico.....	4.385.436
Personale ruolo amministrativo.....	869.388
Convenzione specialistica interna.....	2.113.461
Materiale sanitario.....	1.653.311
Materiale tecnico economale.....	708.142
Servizi sanitari.....	3.197.080
Servizi non sanitari.....	3.312.819
Manutenzione ordinaria.....	1.334.346
Altri costi.....	1.498.960
Ammortamenti.....	321.384
<b>Totale.....</b>	<b>37.520.882</b>

*N.B.:* senza farmaceutica, medicina generale e convenzionata esterna.

mina dei rispettivi responsabili, individuazione degli ambiti di competenza delle diverse unità.

Nella prima, delicata fase di attuazione del riassetto organizzativo emergono almeno due aree di particolare criticità.

La prima riguarda il difficile rapporto fra distretti e dipartimenti. A entrambi (e ai loro dirigenti) si richiedono modificazioni radicali: i distretti devono rapidamente strutturarsi per sopportare tutte le responsabilità operative, mentre i dipartimenti, in cui spesso persiste la cultura operativa dei precedenti servizi, devono «attrezzarsi» per influenzare il funzionamento dei distretti da posizioni di staff. Sebbene in linea di principio la distinzione dei compiti sia chiara con il responsabile della gestione (distretto) responsabile delle risorse e più in generale del budget (delega diretta del direttore generale dal quale dipende), nella pratica è avvenuto che, definito nella discussione preliminare un confine di massima, ciascuno degli organismi lo ha poi immediatamente violato.

La seconda area concerne il rapporto con i servizi trasversali. Benché nelle linee guida si configuri un processo fortemente orientato alla delega agli organismi gestionali (le linee costituite da 5 distretti, 2 ospedali e 1 dipartimento prevenzione), nella realtà le cose sono state molto rallentate dalla necessità di riformulare tutte le procedure amministrative, ed in special modo quelle a sostegno della contabilità direzionale. Di conseguenza, funzioni e personale confluiti nella nuova azienda dalle tre ex Unità sanitarie locali non sono state ancora trasferite nelle unità gestionali di nuova istituzione. Inoltre, mentre è unanime il consenso per una politica di decentramento amministrativo verso le realtà ospedaliere e di prevenzione — per le dimensioni rag-

guardevoli di ciascuna di esse — si considera poco conveniente un decentramento sui cinque distretti dei servizi e funzioni personale, provveditorato e tecnico.

Sebbene il processo di definizione puntuale delle responsabilità e degli ambiti di intervento sia ancora in divenire, sono state, però, avviate alcune procedure tese a rendere più funzionali i rispettivi ruoli:

1) il fatto, non secondario, che gran parte della spesa risulti solo dal consuntivo della contabilità dei costi e che ogni impiego di risorse richieda il ricorso ai servizi trasversali amministrativi, spiega l'importanza della funzione del servizio programmazione e controllo che ha dotato di un referente preciso (controller) ciascuna gestione e si è adoperato per ricostituire un sistema valido di imputazione dei dati di spesa ai rispettivi centri di costo. Praticamente, la qualità informativa sia sulla spesa che sulla attività è affidata alla precisione dell'unità periferica per tutto ciò che è direttamente prodotto;

2) al contrario, il sistema degli «impegni di massima» ribaltati sulle linee operative (gestioni) senza negoziazione, in attesa dell'applicazione della contabilità economica L.R. n. 50 del 1994, e, pertanto, gestiti direttamente dalle unità di supporto interessate (personale, convenzioni, provveditorato, informativo e tecnico), rende impossibile attuare processi di controllo periferico. A tale proposito, si potrebbe ovviare a qualche difficoltà predisponendo costi standard per ciascuno dei beni di più frequente necessità, così come da anni si usa valorizzare il personale di prima assunzione;

3) si cerca di superare i problemi legati alla centralizzazione delle risorse con la proposta di separare la negoziazione periodica dalla programmazione interna dei servizi: per le risorse

personale, attrezzature, lavori, informatica, etc, si propone di costituire una base di richieste semestrale delle gestioni, a fronte di un sistema di acquisti standard biennale per i servizi. In tal modo, la richiesta di assumere per esempio un assistente sociale, può nascere da verifiche discretamente tempestive e trovare nel servizio personale una graduatoria di assistenti sociali non scaduta;

4) distretti e dipartimenti sono vincolati ad incontrarsi periodicamente. I dipartimenti sono impegnati a definire in prima battuta le necessità di riequilibrio nella distribuzione del personale fra i vari distretti e, contemporaneamente, valutare le necessità di pianta organica. I distretti sono, invece, responsabili delle decisioni sulle coperture dei posti, in quanto comportano spesa.

## 2. Primi passi nella organizzazione del distretto

### 2.1. Assegnazione delle responsabilità interne

Il primo atto, resosi logicamente necessario dopo il protocollo di passaggio delle funzioni gestionali dai servizi ai distretti, è la assegnazione delle responsabilità interne, ovvero: ridefinizione dei centri di responsabilità e individuazione dei centri di costo (processo di budget e sistema di contabilità analitica).

Nella tavola seguente è presentato il primo organigramma funzionale del distretto. Accanto ad ogni settore è indicato il numero di centri di responsabilità da essi dipendenti, di solito riferiti a articolazioni specializzate (pediatria, lungodegenza psichiatrica, urgenze psichiatriche, ecc.); essi pertanto rappresentano insieme unità organizzative ed unità professionali.



Si osserva che l'articolazione del C.d.R. non si discosta dalle vecchie strutturazioni dei servizi sanitari terri-

toriali, anche per il fatto che i dipartimenti identificati dalla azienda più o meno ne ricalcano i confini.

**2.2. La riorganizzazione logistica**

Assieme al problema delle responsabilità interne, viene nella prima fase affrontato il tema delle risorse logistiche. La ricognizione delle risorse mette in evidenza una sostanziale ricchezza strutturale, ma la necessità di rispettare i limiti imposti dal ridotto finanziamento regionale pone l'obbligo di concentrare le sedi di erogazione (tavola 3).

Le scelte relative alla riorganizzazione logistica sono considerate in

**Primo organigramma funzionale**

Responsabile gestione complessiva del distretto .....	1 C.d.R.
Responsabile settore materno-infantile .....	4 C.d.R.
Responsabile settore salute mentale.....	5 C.d.R.
Responsabile settore amministrativo.....	1 C.d.R.
Responsabile settore sociale minori.....	1 C.d.R.
Responsabile settore dipendenze patologiche .....	1 C.d.R.
Responsabile settore assistenza di base, specialistica, anziani.....	3 C.d.R.

**Tavola 3 - Elenco delle strutture socio sanitarie collocate nel distretto Saragozza Porto**

<i>Poliambulatori (strutture aperte al pubblico)</i>	Montebello 6 Grada 2/2 Scalo 23 Saragozza 94 Busacchi 10 S. Lorenzo 1 Don Minzoni 8 Don Minzoni 10 Mille 9	<i>Dipartimento</i> MB MI SM MB-SM-MI-DP Da chiudere Da chiudere Da chiudere Da chiudere
<i>Ospedale (reparti di degenza)</i>	Pepoli 5 Pepoli 5 Pepoli 5 S. Isaia 90	<i>Dipartimento</i> SM SM SM Da chiudere
<i>Strutture semiresidenziali</i>	E. Ponente 28/1 Rondine 3 S. Isaia 88 Pratello 31 S. Croce 7 Podgora 1/3 S.M. Maggiore 1	<i>Dipartimento</i> SM SM SM SM SM SO SO
<i>Strutture residenziali</i>	S. Isaia 90 S. Isaia 90 S. Isaia 90 Mattei 2 Bastia 11 Castel Maggiore S. Isaia 96 S.M. Maggiore 1	<i>Dipartimento</i> SM SM SM SM SM DP SO SO
<i>Appartamenti</i>	S. Isaia 94 Don Minzoni 12 Zannoni 52 Spataro S. Isaia 94/B Mattei 2	<i>Dipartimenti</i> SM SO SO SO SO SO
<i>Scuole</i>	<i>Ambulatori scolastici (presso i principali plessi)</i>	
Nidi	7	
Materne	21	
Elementari	14	
Medie	8	
Superiori	16	

questa fase una priorità assoluta anche in funzione dei tempi per la predisposizione dei piani attuativi. Vengono, quindi, istituiti tavoli di confronto fra le équipes che lavorano nei presidi più piccoli e in quelli soggetti a trasformazione e si compone un piano dettagliato dei traslochi. In considerazione del problema di contenimento dei costi di gestione, si assume il principio generale di concentrare le équipes per area settoriale. Ciò è possibile per l'ottima rete di trasporti che caratterizza la zona di centro città e le distanze relativamente piccole che separano i presidi esistenti da chiudere rispetto a quelli da mantenere aperti.

Il risultato è un polo psichiatrico, un polo specialistico ed amministrativo, un polo per i minori. In un poliambulatorio, di recente realizzazione si conservano, invece, ampie rappresentanze di tutte le équipes, con lo scopo dichiarato di sperimentare forme di assistenza ambulatoriale e domiciliare integrate in due aree importanti: l'adolescenza e la vecchiaia. Sul versante delle strutture residenziali, si strutturano ipotesi di potenziamento in base alla programmazione cittadina. Il risultato della fase di riorganizzazione è l'assegnazione di un nuovo assetto interno all'attività distrettuale; anzi per «orrore del vuoto» trovano posto nuove équipes: il settore medico-legale, un day hospital riabilitativo, un punto prelievi aggiuntivo, un ambulatorio immigrati gestito dal volontariato, etc.

### 3. Dalla realtà virtuale a quella reale (costruire la direzione)

Disegnata la struttura organizzativa della direzione del distretto e progettata fin nei piani attuativi la complessa manovra della riduzione delle sedi erogative, finalizzata, come si è visto al contenimento della spesa, l'attenzione va rivolgendosi ai contenuti della gestione e sviluppo delle risorse

umane, del controllo di gestione e del controllo di qualità.

#### 3.1. Scegliere gli obiettivi

Il distretto, in questa fase è ancora una realtà virtuale. Occorre costituire un gruppo di direzione che assolva la funzione della integrazione dei vari settori di attività con idee, informazioni, valutazioni e tenga peraltro presenti le segnalazioni degli organismi del decentramento (i quartieri). Sono temi generali di sottofondo: la mancanza di competitività dei servizi pubblici rispetto al privato, la difficoltà di considerare prodotto le attività rese nei confronti dei cronici, la collaborazione con il volontariato, l'accessibilità dei servizi e delle strutture, etc.

In mancanza di indirizzi specifici da parte dei dipartimenti, che stanno ancora affrontando le fasi di partenza, si affida al gruppo della direzione, più avanti descritto e chiamato amichevolmente G7, il compito di tracciare già nelle schede di budget la base della programmazione gestionale. Si incominciano, quindi, ad intravedere possibili obiettivi per la soluzione di problemi, di varia corposità e realizzabilità. Si richiede tuttavia al gruppo di revisionare pazientemente le diverse aree operative e scegliere punto per punto gli interventi più convenienti. È prezioso in questo senso l'apporto dei vari responsabili dei settori dipartimentali, elemento di congiunzione fra le varie programmazioni sanitarie aziendali.

Per quanto riguarda l'area sanitaria e socio-assistenziale, della quale alcuni esempi sono schematizzati nella elencazione di tavola 4, si è cercato di combinare interventi di contenimento dei costi con azioni che comportassero ripercussioni positive per l'utenza (tale doppio vincolo era stato imposto dalla direzione aziendale). Perciò, anche nel caso della chiusura del Mani-

comio, nel quale il paziente passa da una residenza completamente gratuita ad una a parziale pagamento, si è cercato di conservare, attraverso l'introduzione di contribuzioni commisurate al reddito del paziente, un'area di protezione al fine di garantire anche in futuro una collocazione in comunità (specialistiche e con costi bassi) ai pazienti psichiatrici che «cronicizzano» ora, fuori dal manicomio (tavola 4).

Riguardo agli interventi più propriamente gestionali si segnalano due obiettivi significativi: la «calendarizzazione» degli ordini in spesa corrente e il raccordo tra alcune funzioni amministrative e assistenziali.

Per affrontare il problema della mancanza di controllo nei tempi che intercorrono fra ordine e consegna (di qualsiasi tipo di risorsa), si sta costruendo un sistema di calendari che consentano al distretto di fornire informazioni e richieste ai servizi centrali in tempi rapidi, predisponendo la consultazione dei singoli centri di responsabilità in via preventiva e in tempi certi e predeterminati.

Il secondo obiettivo nasce dalla considerazione che per alcuni settori assistenziali la componente di natura amministrativa del servizio è essenziale, si sono così costituiti due uffici a diversa caratterizzazione operativa e se ne è lasciata la competenza ai responsabili sanitari:

a) area medicina di base, specialistica ed integrativa per il rapporto con i medici convenzionati, la risposta diretta ai cittadini e il supporto alle attività di diagnosi strumentale;

b) area psichiatria, sociale, handicap, dipendenze per il supporto all'assistenza con sussidi, borse-lavoro, spedalità, la gestione convenzioni con associazioni e volontariato ed, infine, il rapporto con magistratura, quartieri, patronati.

**Tavola 4 - Problemi da risolvere**

<p>LABORATORIO</p> <p><i>Riduzione costi di gestione:</i> chiusura di un laboratorio analisi inadeguato <i>Ripercussioni per l'utenza:</i> refertazione in tempi più brevi</p>
<p>MANICOMIO</p> <p><i>Riduzione costi di gestione:</i> chiusura di un residuo manicomiale <i>Ripercussioni per l'utenza:</i> introduzione di una partecipazione alla retta</p>
<p>ANZIANI</p> <p><i>Riduzione costi di gestione:</i> revisione dei rapporti con le case protette <i>Ripercussioni per l'utenza:</i> aumento posti-letto convenzionati rsa</p>
<p>RIABILITAZIONE</p> <p><i>Riduzione costi di gestione:</i> riorganizzazione delle prenotazioni di FT <i>Ripercussioni per l'utenza:</i> riduzione delle code alla prenotazione</p>
<p>METADONE</p> <p><i>Riduzione costi di gestione:</i> nuova sede specializzata in ospedale <i>Ripercussioni per l'utenza:</i> riduzione proteste popolazione quartiere</p>
<p>SENOLOGIA</p> <p><i>Riduzione costi di gestione:</i> riordino attività mammografiche screening <i>Ripercussioni per l'utenza:</i> tempestività diagnostica</p>

### 3.2. I supporti alla direzione del distretto

L'investimento sulla costruzione della direzione nel distretto porta allo sviluppo di una struttura interna di supporto alla direzione basata su quattro articolazioni a diversa valenza propositivo-consulativa: G7 per la direzione tecnico professionale, ABC per il controllo di gestione, SUD per il supporto alla direzione complessiva, PROUST per la verifica di qualità.

#### Gruppo G 7 (Direzione settori dipartimentali)

Il primo gruppo della direzione è costituito dall'insieme dei responsabili dei settori dipartimentali (6) più il responsabile della gestione distrettuale (1). È sostanzialmente un gruppo di coordinamento delle politiche generali: approva il programma di lavoro cu-

rando il raccordo con il sistema dei dipartimenti, verifica le iniziative di aggiornamento, garantisce il trasferimento delle conoscenze fra i vari settori di attività.

#### Gruppi ABC (Direzione centri responsabilità)

Si tratta dei gruppi negoziali per la gestione del budget. La direzione distrettuale, coadiuvata da rappresentanti dei servizi trasversali (personale, provveditorato e tecnico) concorda con i responsabili del CdR le attività ed i finanziamenti. Al gruppo A fanno capo i settori dipendenze e psichiatria, al gruppo B i settori materno-infantile e sociale, al gruppo C fanno capo assistenza di base, specialistica ed anziani.

In linea di massima, si incontrano tre volte all'anno, ritmandosi sul calendario di lavoro della USL e raccor-

andosi, per quanto possibile con tre momenti di programmazione e verifica finanziaria: una prima volta l'accento è posto sul programma di lavoro e le risorse necessarie, una seconda volta si effettua una vera e propria attribuzione delle risorse in conto capitale, una terza riunione valuta lo stato di realizzazione dei programmi. In pratica lo stesso processo, a ruoli invertiti, si effettua fra le direzioni delle gestioni e la direzione generale con il suo ufficio di staff.

#### Gruppo SUD (Staff ufficio distrettuale)

Il gruppo SUD è l'ufficio che presidia le principali funzioni di gestione. Si compone di tre persone: una dedicata alla amministrazione delle procedure di tipo generale (relazioni sindacali, patrimonio, aggiornamento, posta, deliberazioni, ecc.), una seconda cura i rapporti con i servizi trasversali (ottenere personale, acquisti, lavori, etc.), una terza governa i sistemi informativi (sia sanitari sulle attività, sia finanziari) in modo da produrre report parziali, ma tempestivi. Si espande come sottogruppo soltanto in un'area specifica: la gestione degli atti relativi al personale (cartellini, permessi, congedi, plus, etc.).

#### Gruppo PROUST (Qualità tempo attesa/contatto)

A livello distrettuale, si sono elaborati progetti sulla qualità tesi ad analizzare e valutare il tempo speso presso i nostri servizi. Dalla centralità del tema «tempo» è nato il nome PROUST.

Inizialmente il gruppo qualità si sviluppa in PROUST MIGLIORA (attenzione al cliente), analizza i problemi di front-office e si orienta su situazioni significative per il distretto, quali ad esempio la soddisfazione nei con-



fronti del medico di famiglia (tempo di attesa, tempo di risposta per visite domiciliari, tempo di ascolto in ambulatorio, ecc.).

### 3.3. La politica del distretto

La riforma aziendale ha concluso un lungo periodo di amministrazione liquidatoria (tre anni) e perciò ha colto il personale (ed i cittadini) esasperato da promesse di riordino e miglioramento ormai vecchie. Nonostante questo, gli operatori hanno manifestato importanti resistenze al cambiamento man mano che sono stati interessati da processi riorganizzativi. Così si spiega in parte l'intervento delle organizzazioni sindacali anche nella realtà locale e su sollecitazione dei lavoratori. Nelle trattative, tuttavia, nonostante il sostegno sindacale alla politica del distretto, le stesse organizzazioni hanno chiesto di rinviare i livelli decisionali alla sede centrale in più di un'occasione, per ottenere dalla direzione «alta» rassicurazioni sul contesto in cui le singole e specifiche decisioni andavano a calarsi. Ciò nonostante, si è addivenuti ad un accordo per regolamentare le relazioni sindacali anche nel livello periferico.

Se dal personale non sono venute facilitazioni all'avvio del distretto, le note difficoltà della regione a definire l'entità reale del finanziamento disponibile, unita al rallentamento subito da tutte le procedure contabili sottoposte a revisione, ha fatto sì che si operasse in uno stato di totale incertezza finanziaria e perciò con vincoli di budget troppo vaghi. In pratica, per la definizione dei programmi di distretto si è utilizzato lo strumento del budget come fonte informativa circa le attività, e le schede di progetto ivi allegata, curate dai singoli responsabili dei C.d.R., sono state il punto di partenza per una ricognizione degli obiettivi degli stessi.

La discussione collegiale nell'incontro della direzione distrettuale (gruppo G7) ha validato le proposte presentate dalle articolazioni operative e le ha assunte e diffuse come programma di lavoro del distretto, nella sua prima fase di attuazione, senza peraltro vincolare ad esse la politica specifica del distretto. Tale politica, consentita dai margini di autonomia delle deleghe, viene ribadita come necessaria e alla sua definizione si pone mano utilizzando le informazioni tratte anche da altre fonti conoscitive (schede di rilevazione dati promosse dal sistema informativo aziendale, incontri e discussioni per problemi fra la direzione e i singoli settori di attività).

È importante sottolineare come alla base di tutta l'attività di direzione vi siano stati indirizzi e valori di riferimento della direzione distrettuale, esplicitati più in discussioni e confronti verbali che ricavati a tavolino dai documenti prodotti. La scelta di «fare» con il proprio personale, invece di «acquistare»: la mensa, le attività sociali, la valutazione geriatrica, ecc., oppure la volontà di sviluppare iniziative che comportano spesa aggiuntiva quali incrementare la dialisi, attivare il centro per lo screening mammografico, ecc., è stata compiuta sulla base di valori soggettivi (e contestabili).

Tali scelte si inseriscono, tuttavia, in un quadro aziendale di compatibilità. La direzione generale si esprime, infatti, con le seguenti parole: «le azioni» e gli interventi programmati ai fini del rientro nel finanziamento si prefiggono una azione di razionalizzazione a tutto campo pur senza pregiudicare l'offerta di servizi. Azioni ed interventi non intendono determinare effetti negativi sulla qualità e quantità dell'offerta di prestazioni e servizi, segnatamente nei confronti delle persone appartenenti a categorie deboli e delle loro famiglie; mettere in discussione l'esistenza nella città di Bologna di

servizi avente rilievo provinciale o regionale; oppure determinare un generale arretramento dei servizi ad elevata qualificazione presenti nell'azienda.

Tuttavia, si sottolinea la difficoltà di esplicitare il senso ultimo delle iniziative intraprese, senza predisporre una fase di elaborazione per la conquista e la verifica del consenso alla politica distrettuale.

## 4. Futuro prossimo

Di seguito sono presentati cinque punti di rilievo per il completamente del processo di acquisizione di strumenti di direzione gestionale ai quali si è pervenuti dopo un confronto interno ed esterno al distretto. In linea di massima si tratta di azioni di sostegno e valorizzazione del personale presente, considerato una preziosa risorsa da mantenere, soprattutto alla luce dei cali legati al riequilibrio aziendale e ai pensionamenti non sostituiti.

### I Indirizzare i sistemi premianti

In questo senso si sottolinea lo sforzo di collegamento, seppur indiretto, degli obiettivi dei progetti di trasformazione o riordino con gli obiettivi di aggiornamento e con gli obiettivi delle incentivazioni (plurorario), anche se a tutt'oggi non ancora ben definiti nelle loro prospettive regionali e nazionali.

### II Comunicare i cambiamenti

Nella prima fase di avvio si sono svolti incontri personali del responsabile del distretto con tutti i gruppi per illustrare la nuova organizzazione e linee di programma concreto, verificando le attese e gli orientamenti del personale. In secondo luogo, si è revisionato il sistema di trasmissione della posta per renderlo più rapido e completo. Si ricorda, inoltre, l'effetto PROUST sopra richiamato anche con

i gruppi operativi. Purtroppo, si rileva che l'azienda stessa, non ha ancora individuato un sistema per comunicare le decisioni assunte, per via della molteplicità di organismi che intervengono con compiti di consultazione e orientamento.

### *III Sperimentare una direzione sanitaria infermieristica*

Entro l'anno in corso sarà inserita formalmente la rappresentanza infermieristica nella direzione di staff. Coerentemente sarà necessario definire una vera e propria direzione sanitaria anche nel distretto, con la quale collegare l'operatore professionale dirigente.

### *IV Migliorare il sistema di gestione sulla risorsa personale*

L'esperienza del budget ha migliorato enormemente le capacità di previsione delle unità operative, in merito ai progetti di sviluppo delle attività. Si è notata, invece, una crescente difficoltà a predisporre una programmazione della risorsa personale, sia per effetto delle confuse disposizioni nazionali, sia per effetto della riorganiz-

zazione aziendale. Per tali ragioni si sostiene con forza la necessità di «procedere» anche la risorsa personale, attraverso un sistema che operi miscelando i vincoli posti alle assunzioni e agli incarichi con una importante negoziazione fra responsabili della gestione e dipartimenti.

### *V Garantire prospettive di sviluppo*

Premesso che non pare che la azienda abbia raggiunto un assetto stabile, in quanto sono ancora da verificare, in sede regionale, la scelta del numero e dell'ampiezza dei distretti e il destino degli ospedali (forse proposti per uno scorporo), è certo, invece, che a breve sarà realizzata l'area metropolitana da cui scaturirà una revisione delle attuali aziende. A fronte di questi eventi, la costruzione di ipotesi di sviluppo che reggano a continue rivoluzioni strutturali non si presenta facile. Si ipotizza di fare leva sulla sostanza dell'attività svolta (l'assistenza sanitaria e sociale territoriale), legando ciascuna prospettiva, progetto o programma, alla concretezza delle risposte fornite a cittadini o pazienti. Investire nell'assistenza domiciliare a malati terminali è certamente più sicuro che riassegnare

tutti i primariati. Per questo il prossimo obiettivo è costruire il catalogo delle competenze, ovvero delle cose che sappiamo fare e facciamo.

## **5. Conclusioni**

Ci sembra di potere sottolineare, a conclusione dell'esame di coscienza su quanto realizzato in questi mesi, la enorme opportunità di costruire una politica «aziendale» di distretto. Il rischio di perderla di vista è legato alla pressione degli elementi di contingenza, prevalentemente costituiti dalla necessità di realizzare un rientro nei costi e di operare una ristrutturazione dell'organizzazione. Le linee strategiche del distretto potrebbero costituire l'occasione forte di recupero di una politica aziendale complessiva proiettata nel futuro, almeno a medio periodo, e non vincolata in via esclusiva dalle contingenze, o almeno in grado di contenerle, per portare ad equilibrio l'esercizio delle funzioni istituzionali e lo sviluppo dell'attività manageriale. Non va dimenticata, infatti, l'importanza della periferia nella funzione di «sensore» dei bisogni e delle domande dei cittadini.

# PROGETTO SPERIMENTALE DI INTERVENTO DI ASSISTENZA SANITARIA RESIDENZIALE NELLA U.S.L. DI FORLÌ: ATTIVAZIONE DI POSTI LETTO PROTETTI PRESSO LA CASA DI RIPOSO DI PREMILCUORE

di Massimo Pieratelli<sup>1</sup>, Giuseppina Vio Gilardi<sup>2</sup>, Carlo Ramponi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> U.s.l. di Forlì

<sup>2</sup> Distretto socio sanitario n. 2 - U.s.l. Forlì

<sup>3</sup> Settore sviluppo direzionale per medici - SDA-Bocconi

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. La storia - 3. L'organizzazione attuale - 4. Il progetto sperimentale «letti protetti» o di «spedalizzazione residenziale» - 5. Le risorse impegnate - 6. Stima dei costi della sperimentazione - 7. I primi risultati - 8. Conclusioni.

## 1. Premessa

Tra i numerosi problemi del sistema sanitario italiano, vi è anche quello, particolarmente rilevante, di riqualificare la rete delle strutture ospedaliere, sia nel senso di un miglioramento delle condizioni strutturali (edilizie e tecnologiche in senso proprio) sia nel senso di una ridefinizione della funzione degli ospedali, alla luce del cambiamento delle condizioni demografiche, sociali ed economiche della popolazione italiana. La ridefinizione funzionale trae essenzialmente origine da cause economiche: non è più possibile mantenere una fitta rete di erogazione formata da piccole strutture, molte delle quali espressione della solidarietà sociale e di beneficenza individuale esercitate nei trascorsi decenni, prescindendo dai progressi della medicina, che ormai rende possibile il trattamento di patologie sempre più complesse e nello stesso tempo mette a disposizione, per le patologie più comuni, trattamenti di consolidata efficacia che non richiedono alcuna forma di ospedalizzazione.

A ciò si aggiunga il progresso conseguito nel sistema dei trasporti e delle telecomunicazioni che ha consentito la progettazione e l'adozione di si-

stemi per la gestione dell'emergenza medica in grado di rendere molto meno importante la vicinanza «fisica» di un ospedale al luogo di manifestazione del bisogno. Il progresso nella conoscenza delle malattie e nella scoperta di sempre migliori risposte terapeutiche, ha consentito altresì un processo di misurazione degli effetti dei trattamenti, nonché di valutazione oltre che dell'efficacia dei singoli trattamenti, anche della qualità delle prestazioni erogate dalle singole équipe professionali. Le misure di appropriatezza, le analisi costi-benefici e costi-utilità, consentono allo stato attuale di ridurre lo spazio di «non valutabilità» (talora confuso con il concetto di autonomia clinica) dei comportamenti medici. Alla riduzione dello spazio di autonomia si aggiunge l'effetto dell'apprendimento tramite la pratica che rappresenta tuttora un cardine concettuale su cui si fonda la buona pratica clinica. Infatti se non è consentito mantenere «in allenamento» le capacità operative di un professionista, in quanto la patologia trattata afferente a quella équipe è o troppo scarsa in termini numerici complessivi o troppo varia (a differente grado di complessità) in termini tipologici e nel contempo troppo discontinuamente

rappresentata, la sicurezza operativa come effetto dell'apprendimento attraverso la pratica, tende a scadere; conseguenze di tale fenomeno si possono avere sia sulla appropriatezza degli interventi sia sulla qualità (sicurezza) per i singoli pazienti. Si noti che, con le innovazioni tecnologiche attualmente disponibili, è possibile raggiungere, per le patologie più diffuse, livelli di efficienza operativa inimmaginabili solo un decennio fa. Si pensi, per esempio, all'effetto della Day-Surgery sul numero delle giornate di degenza ospedaliera; è ben documentato l'effetto di tale metodica, applicata alla patologia del cristallino, sul numero di ricoveri per cataratta.

Oltre all'insieme delle considerazioni appena espresse, indubbiamente nella direzione della ridefinizione delle funzioni della rete ospedaliera italiana, va anche la recente riforma del Servizio Sanitario (D.L. vo n. 502/92 e successive modifiche). L'adozione di un sistema di finanziamento basato sulle attività prodotte ed erogate, rispetto al tradizionale «finanziamento a consuntivo», pone a rischio finanziario l'azienda sanitaria che dispone di una rete diffusa di piccole strutture e tende a penalizzare quelle modalità di erogazione che perseguono econo-



mia di scala nella produzione dei servizi.

Il concetto cardine pertanto appare essere quello di «gerarchia funzionale» degli ospedali, nel senso che occorre rivedere e ripensare la «mission» di ogni struttura ospedaliera affinché risponda e contemperi i seguenti tre criteri:

- 1) economico (i vincoli);
- 2) tecnologico (le opportunità);
- 3) anagrafico-epidemiologico (le nuove esigenze).

La sperimentazione in atto presso l'azienda sanitaria di Forlì, riguardante il comune di Premilcuore ed, in prospettiva ravvicinata, il comune di Modigliana, appare come una prima significativa risposta ai problemi sopra evidenziati; essa potrebbe configurare un modello gestionale da intendersi come embrione di soluzione per numerose altre situazioni simili della realtà italiana.

Una recente statistica, apparsa sul Sole 24 Ore del 18 settembre 1995, citando come fonte il Ministero della Sanità, riporta i dati relativi agli ospedali italiani al di sotto dei 120 posti letto per i quali numerosi provvedimenti di legge hanno previsto la chiusura (tavola 1).

Secondo stime della stessa fonte, la mancata chiusura dei 254 piccoli ospedali, mantiene una spesa, prevista per il 1995, pari a 3.059 miliardi composta per 956 miliardi di beni e servizi e per la restante quota per gli stipendi del personale, pari a circa 350.00 unità (dato 1992). Purtroppo non sono disponibili i dati di attività dei piccoli ospedali; le informazioni concernenti il numero e la tipologia dei ricoveri potrebbero fornire elementi per valutare l'importanza dei singoli presidi; infatti il criterio dimensionale (120 posti letto) sembra a noi eccessivamente arbitrario per sostenere, ipso facto, l'inutilità del presidio ospedaliero; la localizzazione fi-

sica, la tipologia delle specializzazioni rappresentate costituiscono criteri integrativi che, aggiunti a quelli della dimensione, potrebbero meglio condurre a decisioni maggiormente pertinenti. D'altra parte, come è ormai riconosciuto dalla maggioranza dei programmatori sanitari, il posto letto come oggetto di programmazione dei servizi specialistici può condurre a stime dei fabbisogni del tutto errate; se non si considerano infatti le tecnologie disponibili attualmente, si rischia di prevedere un numero del tutto inadeguato di posti letto, per eccesso di stima. Per concludere con questa presentazione, va rilevato che, per le stime sopra riportate, il costo/anno per posto letto è pari a circa 160 milioni/anno. Data la dimensione degli ospedali in analisi, questo parametro ci sembra un ragionevole riferimento per valutare il costo annuo del letto disponibile presso l'ospedale di Premilcuore.

## 2. La storia

Premilcuore è un piccolo comune della provincia di Forlì, conta 904 abitanti con un indice di vecchiaia pari al 307,53 contro il 189,28 dell'intera azienda sanitaria forlivese. Delle 286 persone ultra sessantacinquenni, molte vivono sole a causa dell'inurbamento della popolazione giovanile o del pendolarismo lavorativo. Il piccolo centro è situato sull'Appennino Romagnolo a 41 Km dal capoluogo e a 12 Km dal valico di crinale; a causa delle caratteristiche del sistema viario (strade tipicamente di montagna) i

tempi di percorrenza verso il capoluogo, ove è localizzato il primo ospedale accessibile, sono di 45 primi nel periodo estivo e di un'ora e più nel periodo invernale. Grazie ad un lascito testamentario, nel 1933 è stato costruito un piccolo ospedale (Opera Pia Lorenzo Ricci) e successivamente una casa di riposo per anziani, situate in due strutture adiacenti inserite in un'unica area verde al centro del paese.

L'ospedale, inizialmente dotato di un reparto di medicina e uno di chirurgia, è stato, nel tempo ridimensionato ad un unico reparto di medicina di 30 posti letto, ulteriormente ridotti a 14 ed infine, data la fatiscenza dell'immobile, non più rispondente alle norme di sicurezza ed igienico sanitarie previste dalle nuove normative, dismesso quale presidio sanitario. Tuttavia, poiché l'ospedale era incompatibile con le linee della programmazione regionale di razionalizzazione delle strutture ospedaliere, furono richiesti fondi per la ristrutturazione e la sua riconversione in struttura protetta per anziani. I lavori di ristrutturazione sono iniziati nella prima metà di maggio 1991.

Le reazioni della comunità locale contro i provvedimenti di chiusura sono state molto forti; alla fine è stato raggiunto un accordo con l'amministrazione regionale per la riqualificazione delle strutture esistenti ad altri usi; in particolare per il potenziamento delle attività sanitarie territoriali, l'attivazione di una RSA per disabili, il mantenimento della casa di riposo per anziani, ed infine l'istituzione di

Tavola 1 - Ospedali con meno di 120 posti letto

	Al 12/1991	Al 1995	Chiusi/ric.
Numero .....	319	254	65
Posti letto .....	22.225	19.113	3.112
P.L./H.....	70	75	48

Fonte: Il Sole 24 Ore del 18 settembre 1995.

una struttura di ricovero, dotata di alcuni posti letto, per «patologie lievi». Nel mese di giugno 1994 sono terminati i lavori di ristrutturazione dell'immobile che precedentemente ospitava l'ospedale Ricci, e nel mese di settembre dello stesso anno vi sono state trasferite le attività della casa di riposo (adiacente all'immobile ristrutturato). L'immobile ristrutturato consta di tre piani, di cui i due superiori sono occupati dai 18 posti letto di cui è dotata la casa di riposo, mentre il piano terreno è utilizzato per attività sanitarie relative all'assistenza specialistica e di base.

### 3. L'organizzazione attuale

Attualmente degli spazi disponibili presso l'ex ospedale Ricci sono ripartiti su tre principali utilizzi:

a) la parte prevalente è utilizzata dalla casa di riposo;

b) una parte rilevante è deputata ad ospitare le attività decentrate della medicina di base e specialistica territoriale;

c) una parte, ritagliata negli spazi della casa di riposo, deputata ad ospitare, in via sperimentale, 4 posti letto per il ricovero di anziani residenti nel comune, e portatori di patologie non richiedenti cure intensive.

La casa di riposo è gestita direttamente dal servizio sociale dell'azienda Unità sanitaria locale di Forlì e per il suo funzionamento viene impiegato il personale dell'ex ospedale. La casa di riposo, autorizzata per 15 posti letto, ospita ancora 18 anziani, alcuni dei quali non autosufficienti.

Nella parte dedicata alle attività sanitarie ambulatoriali, trova spazio l'ambulatorio del medico di medicina generale, gli ambulatori dei servizi sanitari territoriali, nei quali sono svolte le attività programmate del servizio di psichiatria, del servizio sociale, del

Dipartimento della Prevenzione. Nello stesso ambito sono inoltre presenti a cadenza trisettimanale le attività di prelievo per le indagini chimico-cliniche e, a cadenza settimanale o mensile, le attività per la tutela della salute della donna e dell'infanzia. Il polo sanitario polifunzionale di Premilcuore ospita anche una palestra per lo svolgimento delle attività riabilitative dedicate agli anziani ricoverati ed ai portatori di handicap.

Anche il servizio di guardia medica notturna e festiva ha la propria sede nello stesso presidio, presso il quale è attivo anche un supporto di tipo amministrativo che provvede alla gestione degli appuntamenti per le visite specialistiche, sia in sede che presso l'ospedale di Forlì, ove si verifichi la necessità.

Per garantire il soccorso in condizioni di emergenza alla popolazione del Comune di Premilcuore l'azienda Unità sanitaria locale ha provveduto ad integrare l'associazione di volontariato locale, Confraternita della Misericordia, che gestisce un servizio di trasporti in ambulanza non continuativo, con il personale dipendente dell'ex ospedale che opera nella casa di riposo. Tale integrazione permette la copertura continua del servizio ambulanza. Tale servizio prevede la disponibilità di un infermiere professionale a bordo ed il collegamento con la centrale «118» di Forlì, che è così in grado di gestire, «on line», sia i trasporti ordinari e le microemergenze in coordinamento con le ambulanze del fondo valle, sia le macroemergenze con l'eventuale intervento o dell'auto medicalizzata, a partenza da Forlì, o con l'elicottero sanitario, a partenza da Ravenna. Le stime della Direzione Generale dell'azienda prevedono che un costo del servizio integrato di ambulanza, operativo sulle 24 ore, non è superiore ai 120 milioni/anno, rispetto allo stesso servizio

acquistabile all'esterno il cui costo è stimabile intorno ai 450 milioni/anno.

### 4. Il progetto sperimentale «letti protetti» o di «spedalizzazione residenziale»

Il progetto trae origine dall'esigenza di dare un'adeguata risposta ai bisogni sanitari di una piccola comunità, radicata in un'area territoriale sfavorevole dal punto di vista logistico e dalla presenza di alcune risorse disponibili per l'attivazione dello stesso (si veda lo schema che segue). L'iniziativa si integra con le linee guida del progetto obiettivo elaborato dal Ministero della sanità «Tutela della salute degli anziani» pubblicato con decreto del Presidente della Repubblica del 1° marzo 1994 di approvazione del Piano Sanitario Nazionale ed in particolar modo con il servizio di spedalizzazione domiciliare. Le stesse leggi regionali (n. 5 del 1994 «Tutela e valorizzazione delle persone anziane; interventi a favore di anziani non autosufficienti» e n. 29 del 1994 «Assistenza a domicilio per i pazienti terminali»), laddove prevedono attività tese a fornire una risposta personalizzata ai bisogni dell'anziano al fine di favorire il mantenimento e l'integrazione dello stesso nel proprio contesto sociale, ricorrendo anche ad iniziative di carattere sperimentale, nonché alla prosecuzione delle necessarie terapie a livello domiciliare o in idonee residenze collettive, forniscono sostegno e legittimazione all'iniziativa sperimentale stessa. Essa infatti persegue proprio l'intento di assicurare adeguati interventi medici ed infermieristici a quei soggetti che posseggono i requisiti necessari per fruire di questo tipo di assistenza sanitaria.

**Box 1**

**Risorse disponibili per l'attivazione del progetto**

Casa di riposo in gestione al servizio sociale dell'azienda U.S.L. di Forlì con possibilità di attivazione di alcuni posti letto (max 4) che usufruirebbero dei servizi socioassistenziali già erogati nella struttura, con gestione separata.

Disponibilità di medici residenti nel Comune (un medico convenzionato di medicina generale ed un medico dipendente, coadiutore sanitario di organizzazione dei servizi sanitari di base, in servizio presso il dipartimento di prevenzione, funzione di igiene pubblica) ad operare in collaborazione con il progetto aziendale, assumendo per quanto di competenza la responsabilità sanitaria dell'accoglienza e della gestione dell'anziano nella struttura con il relativo programma terapeutico.

Presenza del medico di medicina generale convenzionato ai sensi dell'articolo n. 314/1990 per funzioni di diagnosi e cura, con ambulatorio all'interno della struttura.

Disponibilità di reparti e/o divisioni ospedaliere a seguire i propri pazienti dimessi ed accolti presso la struttura della casa di riposo.

Disponibilità di personale infermieristico residente da riutilizzare rispetto ai modificati bisogni della casa di riposo.

Elemento cruciale per l'attivazione del progetto sembra proprio essere la definizione dei criteri di ammissibilità alla struttura di spedalizzazione residenziale; per evitare infatti un uso improprio dei letti disponibili il management aziendale ha identificato come ammissibili gli anziani residenti o domiciliati nel comune di Premilcuore che richiedono un ricovero temporaneo:

1) per temporanea mancanza di adeguato supporto familiare o ambientale, con aggravamento delle condizioni generali;

2) per malattie croniche seguite da precoci dimissioni, necessarie ad evitare i rischi connessi con lunghe permanenze in ambiti ospedalieri tradizionali;

3) per patologie a carattere evolutivo con compromissione generale, che richiederebbero ricoveri ospedalieri periodici per controllo e trattamenti speciali;

4) per patologie in fase terminale i cui portatori si trovano in forte disa-

gio psico-fisico in ambiente ospedaliero tradizionale;

5) per il proseguimento di una terapia curativa o riabilitativa iniziata e prescritta da reparti ospedalieri specialistici e da effettuarsi sotto il controllo medico;

6) per trattamenti in regime di day-hospital.

A fronte dei criteri clinici di eleggibilità al ricovero, pazienti e famiglia sono in ogni caso informati dei vantaggi e dei limiti della spedalizzazione domiciliare; inoltre è essenziale prevedere una continua valutazione generale del paziente per evitare da un lato la preclusione a cure essenziali e dall'altro un prolungamento degenziale inefficace. Poiché è esplicitamente impedito il ricovero di casi affetti da patologie acute necessitanti terapia intensiva e rilevante impegno tecnologico, la direzione sanitaria aziendale ha ritenuto di dover indicare la tipologia di patologie trattabili nelle seguenti:

1) neoplasie in fase terminale (in collaborazione con gli specialisti del presidio ospedaliero principale);

2) broncopneumopatie croniche in fase di riacutizzazione; broncopolmoniti non complicate;

3) vasculopatie acute e subacute se non ricorrono criteri di esclusione sopra indicati;

4) cardiopatie croniche in fase di scompenso se non ricorrono criteri di esclusione sopra riportati;

5) sindromi dispeptiche, coliti, gastroenteriti;

6) coliche addominali regredite al primo trattamento, in corso di osservazione ed accertamenti;

7) malattie croniche del fegato e malattie da malassorbimento in corso di cicli terapeutici in accordo con gli specialisti;

8) infezioni delle vie urinarie con o senza ritenzione urinaria;

9) malattie degenerative del SNC in accordo con il reparto specialistico del presidio principale;

10) esiti non stabilizzati di traumi e vasculopatie acute cerebrali in corso di riabilitazione;

11) malattie comportamentali trattabili in struttura aperta in accordo con il servizio di salute mentale;

12) malattie endocrinologiche in corso di scompenso o periodico accertamento;

13) patologie allergiche persistenti (orticaria);

14) patologie infettive di non particolare impegno diagnostico-terapeutico.

## 5. Le risorse impegnate

L'assistenza di base e sanitaria è così assicurata:

a) assistenza alberghiera, è assicurata dal personale della casa di riposo, mentre il servizio di pulizia è appaltato ad un'azienda esterna ed è a carico della casa di riposo;



b) assistenza infermieristica; è assicurata dal personale infermieristico in carico all'azienda USL di Forlì, è stato calcolato, in via sperimentale un fabbisogno di 1 ora di assistenza infermieristica/pro paziente/pro die, altre esigenze assistenziali sono garantite, sull'intera giornata, dalla presenza del personale infermieristico della casa di riposo;

c) assistenza Medica; è garantita attraverso:

— un medico convenzionato di medicina generale per il territorio del comune di Premilcuore;

— un medico dipendente dell'azienda USL nell'area della prevenzione, ed ex medico condotto;

— un terzo medico di medicina generale scelto dal medico convenzionato per le sostituzioni dello stesso.

La responsabilità sanitaria dell'accoglienza e della gestione del paziente presso la struttura, è assunta dal medico convenzionato L'assistenza medica dedicata ai pazienti è prevista in 1 ora/paziente/die. L'assistenza medica è prevista e garantita per l'intero arco della giornata, considerando la possibilità di pronta disponibilità integrativa e l'impiego, quando richiesto, della guardia medica notturna e festiva. I turni di lavoro, le sostituzioni sono sotto la responsabilità del medico convenzionato, che provvede a comunicare tutte le informazioni utili al responsabile del distretto sanitario e al responsabile del dipartimento della prevenzione. Il medico convenzionato, è responsabile della tenuta di opportuna documentazione della gestione sanitaria dei pazienti stessi. La durata presunta della degenza dovrà essere in media di dieci giorni e non potrà superare di norma i 30 giorni; entro tale periodo il ricovero si considera a carico del Servizio sanitario regionale. Oltre tale periodo subentra il regime di pagamento a retta (cfr. box 1, pagina 94).

## 6. Stima dei costi della sperimentazione

La stima dei costi, qui riportata in via sintetica, è stata fatta dall'amministra-

	Lire/mese	Lire/anno
Assistenza medica.....	2.678.000	32.136.000
Assistenza infermieristica.....	3.185.000	38.220.000
Assistenza alberghiera.....	4.500.000	54.000.000
Servizio pulizie.....	464.000	5.568.000
Farmaci e materiale sanitario.....	1.867.000	22.404.000
<b>Totale.....</b>	<b>12.694.000</b>	<b>152.328.000</b>
Costo/posto letto.....	3.173.000	38.082.000

Peraltro non tutti i costi riportati sono costi emergenti, connessi alla decisione di trattare i pazienti secondo le modalità «letti protetti», infatti la maggior parte rappresenta la valorizzazione finanziaria di risorse comunque impiegate per assistere in altro modo gli stessi pazienti. In realtà occorrerebbe considerare solo i costi «nuovi» cioè quelli che sono strettamente correlati all'iniziativa e che «emergono» come conseguenza dell'iniziativa stessa.

In questo senso sono costi emergenti quelli connessi al pagamento dell'assistenza medica; mentre per i costi dell'assistenza alberghiera e dell'assistenza infermieristica, si tratta più propriamente di partite di giro tra la componente sanitaria e quella sociale del bilancio d'azienda. In questo caso va considerato che il personale è già presente ed impegnato nell'attività della casa di riposo (attività a carico del bilancio sociale) pur essendo dipendente dall'azienda sanitaria (e quindi pagato con i fondi del bilancio sanitario). Quanto poi ai costi dell'assistenza alberghiera, occorre valutare quanto di questi costi sarebbero comunque in capo al servizio sociale per lo stesso tipo di pazienti, in mancanza di questa modalità di trattamento. Infine la voce

di costo concernente i farmaci ed il materiale sanitario utilizzati, sembra non dover essere conteggiata nel costo dell'iniziativa in quanto, sia in questa modalità di ricovero che in altre modalità di trattamento, questi costi si sarebbero manifestati. In ultima analisi, l'unica voce di costo emergente è quella connessa all'assistenza medica, mentre per le altre voci permangono alcune differenti possibili interpretazioni circa la loro reale «emergenza».

Nell'analisi dei costi, manca, per un bilancio complessivo dell'iniziativa, l'identificazione dei costi «cessanti» ossia di quei costi che dovrebbero essere sostenuti se questi pazienti fossero ricoverati in strutture ospedaliere a più elevata intensità assistenziale, e che invece cessano perché gli stessi pazienti trovano risposte alternative meno costose. Nel breve periodo la quantità di questi costi cessanti può apparire poco rilevante, in quanto la riduzione di pochi ricoveri su base annua incide in maniera irrilevante sui costi di gestione di un ospedale di dimensioni medio grandi. Se tuttavia si proietta nel medio lungo periodo la possibilità di aumentare la ricettività per trattamenti a bassa intensità, identificando strutture ad hoc, allora è possibile immaginare una più decisa ridu-

zione dei costi di gestione, senza peraltro togliere qualità e sicurezza al trattamento sanitario.

In ogni caso, pur riconoscendo il pericolo di un confronto tra un dato di sintesi ed un dato specifico, il costo «tutto compreso» di un posto letto/anno nella modalità sperimentale «letti protetti» è pari ad un quarto del costo stimato per posto letto/anno degli ospedali con meno di 120 posti letto che dovrebbero essere chiusi in ambito nazionale.

## 7. I primi risultati

Si conoscono i risultati dei primi tre mesi di attività di sperimentazione, che si possono così riassumere.

Dal 15 marzo 1995 al 15 giugno 1995 sono stati ammessi 24 pazienti (di cui 6 in trattamento a ciclo diurno), di questi, 21 sono stati dimessi (1 paziente è stato ricoverato 2 volte) e 3 pazienti sono stati ricoverati il 15 giugno 1995. Dei pazienti ricoverati 12 risultano vivere senza adeguato supporto familiare ed un in condizioni ambientali disagiate. Circa le modalità di ammissione, un paziente è stato proposto dalla divisione di geriatria, uno dalla divisione di medicina generale dell'ospedale di Forlì, mentre i restanti 22 sono stati proposti dal medico convenzionato di medicina generale. I parametri di attività sono i seguenti:

N. dimessi.....	21
Totale giornate di degenza .....	242
Degenza media .....	11,5
Presenza media giornaliera .....	2,6
Occupazione media posto letto (%).....	65

## 8. Conclusioni

È scarsamente significativo, e forse pericoloso, trarre conclusioni dai primi risultati di una sperimentazione appena iniziata qual'è quella di Premilcuore. Tuttavia alcune considerazioni conclusive su questo approccio alla

gestione delle aziende sanitarie sembrano necessarie.

È noto che le nuove disposizioni legislative in materia sanitaria, hanno cambiato le modalità di finanziamento. Un nuovo stimolo spinge quindi il management ad individuare risposte alternative ai bisogni sanitari, ponendo maggiore enfasi sugli aspetti connessi con la ricerca dell'efficienza operativa. Nel caso di Premilcuore, per esempio, questa considerazione acquista spessore se si considera che i pazienti ricoverati presso la casa di riposo secondo le modalità descritte, rappresentano, molto probabilmente, ricoveri evitati in contesti organizzativi molto più complessi e, di conseguenza molto più costosi. La riduzione nell'uso di ricoveri costosi, senza negare l'accesso all'ambiente protetto, rappresenta un primo risultato di tendenza; quella di mettere in discussione il modello dell'ospedale totipotente e multifunzionale, a favore di una gerarchia di interventi modulata non sulle dimensioni fisiche della struttura ospedaliera, ma sulla tipologia dei servizi offerti.

Altro elemento che a noi pare importante sottolineare, è rappresentato dal fatto che nella stessa sperimentazione non si ottiene una riduzione dei costi complessivi della gestione, ma si dimostra come sia possibile, almeno in linea di principio, con un piccolo investimento annuale (il costo del personale medico) riqualificare l'attività di personale già in organico presso l'azienda, utilizzato forse non al meglio fino a quel momento.

Si può, invece paradossalmente, rilevare un orientamento in controtendenza rispetto alle attuali dinamiche servizio sanitario; mentre si cerca di separare l'assistenza sanitaria dall'assistenza sociale, riattribuendo ai comuni la responsabilità della gestione dei servizi sociali (e soprattutto della gestione e del reperimento delle risorse

se necessarie), a Premilcuore si assiste ad un orientamento differente, riconoscendo che le determinanti del bisogno sanitario possono affondare le loro radici nell'area delle differenze sociali, siano esse di tipo economico che familiare. Lo spirito manageriale che ha animato i responsabili, ha teso a risolvere un problema assistenziale a più facce, assumendo una decisione in grado di considerare, i diversi aspetti del problema.

L'orientamento alla integrazione non è rilevabile solo tra ambito istituzionale sociale e ambito sanitario, ma anche tra diversi ambiti specialistici dello stesso contesto sanitario; l'integrazione della medicina del territorio con la medicina specialistica è stato uno dei temi più teorizzati negli anni ottanta da molti pianificatori sanitari; ma a fronte dell'enorme approfondimento non si è verificata questa integrazione soprattutto se si considerano le relazioni tra medico e famiglia e struttura ospedaliera da un lato, e struttura distrettuale, della medicina dei servizi dall'altro.

Tutti conoscono l'importanza del medico di famiglia come intermediario tra l'espressione del bisogno e la fruizione di appropriati servizi sanitari; è noto che uno dei modi per affrontare i costi crescenti del sistema sanitario americano è proprio quello di potenziare la medicina generale. Ed allora come non riconoscere alla sperimentazione di Premilcuore anche questa valenza, di recupero e rilegittimazione della medicina generale, interpretata in maniera moderna, nel senso di una responsabilizzazione sugli aspetti della gestione, oltre che sugli aspetti meramente clinici (il medico responsabile dei «letti protetti» è anche responsabile della gestione degli altri medici coinvolti e della conservazione della documentazione riguardante i pazienti). L'ultimo passo verso la definitiva integrazione tra medicina

generale convenzionata e medicina specialistica non può che essere la definitiva responsabilizzazione dei medici di medicina generale attraverso strumenti squisitamente aziendali come il budget delle risorse e delle attività, secondo il modello inglese di evoluzione strutturale dell'organizzazione sanitaria.

Da ultimo va riconosciuta l'importanza della sperimentazione come risposta concreta ad una situazione molto diffusa in Italia, data l'orografia del territorio. La tutela della salute dei cittadini delle piccole comunità è sempre stata ottenuta, dagli enti locali, innescando un forte contenzioso con l'amministrazione regionale, non così lontana, come l'amministrazione centrale, da non conoscere i problemi reali,

ma troppo vicina per evitare il coinvolgimento diretto. Il contenzioso, relativo spesso al mantenimento di presidi ospedalieri obsoleti o inefficienti, oppure relativo alla richiesta di un punto di erogazione di servizi sanitari o di sede di attività distrettuali, altrettanto frequentemente è stato risolto «aggiungendo» risorse a quelle necessarie per mantenere lo stato di inefficienza. Raramente si è assistito alla applicazione di proposte innovative capaci di convincere enti locali e popolazione che la sicurezza per l'utenza non è garantita dalla presenza di una struttura denominata «ospedale», ma piuttosto da un'organizzazione efficiente in grado di intervenire in maniera commisurata alla dimensione del problema. A noi pare che anche

questo aspetto sia stato considerato a Premilcuore: l'integrazione dell'associazione di volontariato con la centrale operativa «118» per il trasporto di infermi, non solo valorizza l'associazionismo, ma migliora un servizio critico, quello dell'emergenza, contenendo, nel contempo, i costi di gestione.

La verifica definitiva della sperimentazione, che come si è visto può essere valutata da molti e differenti punti di vista, si potrà avere dopo almeno un paio d'anni dall'inizio della sperimentazione, quando la casistica dei casi trattati sarà più numerosa e, possibilmente si potrà fare un'analisi comparativa dei costi cessanti e dei costi emergenti, confrontando la performance economica con la performance sanitaria.



# CALCOLO DEI COSTI E DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE IN UN CONTESTO DI SCARSITÀ DI INFORMAZIONI: UNA METODOLOGIA OPERATIVA PER LE AZIENDE SANITARIE

di Luca Baldino, Francesco Longo

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

Sommario: 1. Premessa - 2. Scopi del calcolo dei costi e caratteristiche dello scenario informativo - 3. Il modello di riferimento - 3.1. Fase 1: determinazione del margine di copertura dei costi dei C.d.R. intermedi - 3.2. Fase 2: determinazione dei costi speciali e comuni del C.d.R. - 3.3. Fase 3: calcolo del costo speciale unitario delle prestazioni - 3.4. Sintesi del processo - 3.5. Fase 5: sistema a regime - 4. Significatività dei dati e loro utilizzo.

## 1. Premessa

La crisi finanziaria dello Stato italiano si ripercuote pesantemente anche sul SSN, facendo registrare una significativa tendenza al contenimento dei trend di crescita della spesa sanitaria, a fronte di bisogni crescenti e di metodologie di cura e tecnologie sempre più complesse e quindi più costose, le quali tendono a far aumentare la forbice tra capacità scientifiche di diagnosi e cura e possibilità finanziarie di attivazione dei correlati servizi. Questa situazione è osservabile confrontando l'evoluzione reale e finanziaria dei sistemi sanitari dei principali paesi Occidentali, che stanno registrando negli ultimi 2/3 anni dei differenziali crescenti di spesa sanitaria pro capite rispetto all'Italia. Il SSN sta quindi cercando di individuare forme aggiuntive di finanziamento, nella consapevolezza che la capacità di alimentare ulteriormente il fondo sanitario nazionale da parte dello Stato o delle regioni non sembra, al momento, una prospettiva realistica. Tra i principali strumenti al centro del dibattito per reperire risorse aggiuntive troviamo:

a) l'introduzione dell'area a pagamento nelle aziende sanitarie pubbliche;

b) l'ipotesi di rilanciare il ruolo di mutue integrative (su basi geografiche e/o professionali) pubbliche (regionali o comunali) o private;

c) estendere il peso e l'applicazione dei ticket;

d) limitare alcune fasce di reddito o di patologie sospingendole, di conseguenza verso il settore privato non convenzionato.

In particolare rispetto all'introduzione dell'area a pagamento (punto a) il decreto di riordino (502/92) impone agli ospedali azienda che parte delle proprie entrate derivino da questa fonte, mentre per le aziende USL, pur non essendo indicato esplicitamente questo obiettivo finanziario, vale lo stesso invito ad attivare servizi e ricoveri a pagamento. L'avvio di un'area a pagamento aggiunge un elemento di novità agli stessi fini istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche, soprattutto per gli ospedali azienda: non più solo garantire servizi sanitari in una logica universalistica e gratuita, ma anche «vendere» servizi a pagamento, in competizione con il settore privato-

privato, per reperire risorse aggiuntive.

Anche il secondo strumento discusso per un aumento delle risorse a disposizione del SSN (punto b: le mutue integrative) comporta per le stesse aziende sanitarie un parziale allargamento dei propri fini istituzionali: sono chiamate ad assumere anche un nuovo ruolo di «venditori» di prestazioni o servizi, a fronte di un terzo pagante a favore dell'utente (una mutua integrativa o una assicurazione). In prima battuta, la vendita diretta di prestazioni in area a pagamento o le convenzioni o contratti con mutue e/o assicurazioni sono, dal punto di vista delle finalità dell'azienda sanitaria, attività simili tra loro: servizi/prodotti erogati fuori dal regime del SSN acquistati da un cliente, cittadino pagante o terzo pagante.

Il nuovo sistema di finanziamento «tariffa per prestazione», sicuro per gli ospedali azienda e in qualche modo comunque presente anche per le aziende ASL, pone le aziende sanitarie nel ruolo di produttori e di venditori delle proprie prestazioni, seppur a fronte di tariffe date, decise di norma dalla regione (1).

Il modello di finanziamento, contrariamente all'area a pagamento e alle convenzioni con mutue/assicurazioni, non allarga e non modifica i fini istituzionali: esso è stato attivato per cercare di modificare incisivamente le logiche e le strategie aziendali di fondo per raggiungere questi fini. Infatti le aziende vengono responsabilizzate sia per la tutela della salute che sull'equilibrio economico-finanziario. Questo genera strutturalmente un'attenzione anche sul lato delle entrate provenienti dagli acquirenti o finanziatori interni al SSN, in un'ottica che complessivamente diventa anche di natura «commerciale», intendendo in questa sede per «commerciale» l'attenzione alla gestione delle entrate e alla valorizzazione della propria produzione, per poter finanziare le attività necessarie per raggiungere i propri fini istituzionali, in un equilibrio di lungo periodo.

Questo nuovo sistema di finanziamento getta evidentemente sotto nuova luce i rapporti di fornitura di prestazioni intermedie fra aziende, classicamente gestite attraverso convenzioni: definite «attive» dal lato dell'azienda venditrice e «passive» dal punto di vista dell'azienda acquirente. In passato poca attenzione veniva dedicata alla gestione di questi rapporti di fornitura interaziendale, in quanto il finanziamento tendenzialmente a piè di lista, garantiva il necessario equilibrio economico sia a chi «vendeva», sia a chi «acquisiva». Così, spesso le convenzioni non venivano sottoscritte, oppure venivano basate su tariffe decisamente lontane dai reali costi, oppure non venivano successivamente fatturate o fatturate solo in parte, generando nella prassi dei flussi finanziari solo molto debolmente connessi con i reali movimenti economici.

Evidentemente l'aziendalizzazione del sistema, che comporta una piena responsabilizzazione sia su obiettivi di salute che di equilibrio economico,

non può che determinare una completa rivalutazione del problema dei rapporti di fornitura interaziendali, sia dal lato del «compratore» interessato all'efficacia dei servizi e al loro rapporto costo/efficacia all'interno della scelta se «fare o comprare», sia dal lato del «venditore» che si deve interrogare sia sulle finalità a cui dedica le proprie capacità produttive, sia sul proprio equilibrio economico. Quindi, stante la modifica dei meccanismi di finanziamento e di responsabilizzazione, l'impostazione e la gestione delle convenzioni interaziendali non potrà che subire un profondo processo di innovazione e di crescente attenzione.

A queste considerazioni occorre aggiungere una ulteriore riflessione: stante una struttura tariffaria, per il momento definita dalla regione, possono sorgere convenienze interaziendali per definire ulteriori e/o nuovi rapporti di fornitura di prestazioni intermedie o finali attraverso convenzioni, o più propriamente contratti interaziendali. Infatti oggi il sistema si sta evolvendo verso una logica di «mercato interistituzionale governato», cioè di sistema in cui il cittadino riceve comunque le prestazioni e i servizi gratuitamente, ma un soggetto istituzionale (la regione o l'ASL, a seconda dei sistemi) paga il produttore, o trattiene al proprio interno i finanziamenti quando riesce ad agire autarchicamente (è il caso dell'ASL finanziata a quota capitaria quando utilizza proprie strutture). Questo «mercato istituzionale governato» ha però la peculiarità che le tariffe per le prestazioni o la mobilità in uscita/entrata non sono decise dal mercato stesso, ma dalla regione, potendo generare alcune convenienze aziendali, che magari la libera trattativa non avrebbe prodotto, a causa della genesi di tariffe diverse. Al contrario potrebbe proprio trattarsi di convenienze aziendali che la regione stessa ha voluto far emergere,

per favorire alcune politiche, trasmettendone l'impulso proprio grazie al meccanismo tariffario stesso.

A titolo di esempio proponiamo alcuni casi, che non vogliono esprimere degli studi di convenienza strategica o economica, quasi sempre legati alle specifiche realtà contingenti, ma che vogliono mostrare la molteplicità di situazioni possibili, che possono generare convenienze a nuove modalità di relazioni interaziendali.

Iniziamo con il caso di una tariffa per una patologia stabilita dal DRG regionale che comporti un'entrata di 10 mln per un ospedale azienda, con una degenza media di 10 giorni. Accordandosi con l'ASL di provenienza dei malati si potrebbero impostare dimissioni protette (dopo soli 5 giorni) attraverso un contratto tra ospedale azienda e ASL con il quale la prima paga 3 mln alla seconda per la gestione della dimissione protetta, potendo quindi rioccupare il letto liberatosi con un ulteriore paziente, che garantisce un ulteriore provento di 10 mln. Evidentemente la convenienza per l'ospedale aziende nasce se vi sono liste di attesa che permettano di «rioccupare» il posto letto e se i costi sono inferiori a 7 mln, il che potrebbe essere garantito proprio dall'aumento dei volumi di casi trattati.

Un diverso esempio potrebbe essere costituito da una ASL finanziata a quota capitaria con a carico il pagamento della mobilità in uscita per i propri residenti. L'ASL contrae (con una convenzione o con un vero e proprio contratto) con un ospedale (azienda o di un'altra ASL) una tariffa con uno sconto del 20% sul DRG regionale, in cambio della garanzia di precisi volumi di utenti inviati.

Un terzo significativo esempio sono le prestazioni intermedie (diagnostiche o di laboratorio) spesso reperite da aziende viciniori, tradizionalmente monitorate e pagate attra-

verso convenzioni interaziendali incomplete a cui si dava poco peso, essendo comunque tutti gli enti finanziati a piè di lista. Evidentemente la nuova responsabilizzazione economica di ogni singola azienda impone una attenzione del tutto diversa a queste forniture o acquisizioni.

Come si evince da questi esempi, le situazioni che rendono conveniente la stipula di contratti sono numerose.

In alcune regioni si sta addirittura ipotizzando un sistema di finanziamento delle ASL a quota capitaria con il pagamento della mobilità in uscita, lasciando però la definizione delle tariffe alla libera contrattazione interaziendale, attribuendo al tariffario regionale il solo ruolo di riferimento o di prezzo massimo.

In sintesi sia gli strumenti di reperimento di risorse aggiuntive (area a pagamento, mutue integrative), sia il nuovo sistema di finanziamento da cui discende la convenienza a una diversa gestione delle convenzioni, pongono le aziende sanitarie anche nel ruolo di «venditori e/o acquirenti diretti di prestazioni e servizi», che quindi devono stabilire le proprie tariffe e/o i prezzi a cui sono disposti a comprare. Al momento le indicazioni regionali o ministeriali rispetto all'area a pagamento, i rapporti con mutue/assicurazioni e la gestione dei rapporti di fornitura interaziendali (convenzioni) sono poco vincolanti, lasciando alle aziende un significativo spazio di autonomia.

D'altra parte le stesse tariffe regionali e nazionali impongono la necessità di fare valutazioni di convenienza per comprendere l'economicità d'azienda e/o la congruità delle tariffe rispetto alla propria struttura dei costi, sia per definire le strategie aziendali, sia per una eventuale ricontrattazione a livello regionale.

In questa sede si vuole ribadire con forza che il compito unico dell'azienda sanitaria pubblica è e rimane il rag-

giungimento del proprio fine istituzionale, cioè la tutela della salute: l'analisi delle convenienze è uno strumento per individuare le proprie strategie per meglio raggiungere i propri fini istituzionali. In questa prospettiva va posta la nascita di una «politica commerciale» dell'azienda necessaria per la gestione delle entrate: uno strumento di «fund raising» per raggiungere il proprio fine istituzionale. Intendiamo pertanto per «politica commerciale» le azioni rivolte a reperire risorse aggiuntive (area a pagamento, convenzioni con mutue/assicurazioni), analisi per l'impostazione di convenzioni attive e/o passive, valutazioni delle tariffe regionali per definire proprie politiche. Come in tutte le aziende molte attività possono essere condotte in «perdita», perché coerenti rispetto alla propria missione, altre volutamente in ampio «attivo», anche se magari non rappresentano il cuore dei propri fini, ma utili per finanziarlo.

In un simile contesto, la capacità di calcolare i costi e/o definire le tariffe delle prestazioni e dei servizi erogati diventa un fattore critico per la gestione, anche se evidentemente la struttura dei costi che deve essere utilizzata non può che essere diversa per ogni tipologia di analisi a cui si intende procedere: decisioni tariffarie per area a pagamento o contratti con mutue/assicurazioni, decisioni di convenzionamento interaziendale per prestazioni intermedie, analisi delle tariffe regionali rispetto ai propri costi.

## **2. Scopi del calcolo dei costi e caratteristiche dello scenario informativo**

Evidentemente l'evoluzione del processo di aziendalizzazione è lento e progressivo, con velocità e incisività diverse tra regione e regione, ma anche tra azienda ed azienda. Nell'immediato futuro l'equilibrio economico-finanziario

della singola azienda sanitaria pubblica non dipenderà sicuramente dall'attivazione di un'area a pagamento, dal sottoscrivere contratti con mutue o assicurazioni, dal gestire convenzioni attive o passive in maniera economicamente corretta, dal conoscere la propria struttura di costi e dal confrontarla con la struttura tariffaria regionale. Ma l'importanza di queste azioni sarà probabilmente crescente e potrebbero diventare alcune delle leve determinante dell'equilibrio di lungo periodo.

Occorre pertanto avviare un processo, inevitabilmente lungo e complesso, per attivare analisi di convenienza economica, una strategia commerciale e di rapporti interistituzionali.

Il primo e fondamentale passo è evidentemente quello di arrivare a conoscere la propria struttura dei costi, per:

a) confrontarla con la struttura tariffaria regionale;

b) utilizzarla come base per la definizione della politica tariffaria per le proprie azioni commerciali.

Gli obiettivi sono di due nature:

a) definire le strategie d'azienda;

b) definire le politiche di valorizzazione della produzione e gestione delle entrate.

Le strategie d'azienda e le politiche commerciali non discendono rispettivamente dal confronto tra tariffe regionali e costi e dall'analisi dei prezzi di mercato e dei propri costi, ma da riflessioni più ampie legate alla propria missione aziendale. Ma la conoscenza della propria struttura dei costi, rappresenta comunque una «conditio sine qua non» per impostare le strategie che garantiscano l'equilibrio di lungo periodo dell'azienda.

Del resto la stessa definizione della struttura di costi dipende dallo scopo di analisi. Per i due succitati obiettivi è anche possibile ipotizzare due processi di analisi paralleli, oppure uno solo integrato che si differenzia solo nel-



l'aggregazione finale delle informazioni e nel loro utilizzo (il presente scritto percorre la seconda opzione).

Occorre però osservare attentamente le caratteristiche di fondo dello scenario informativo medio delle aziende sanitarie pubbliche prima di delineare una strategia di azione per il calcolo dei costi e la definizione di tariffe per prestazioni e servizi. In particolare si osserva:

- a) assenza di informazioni sistematiche e diffuse;
- b) mancanza di strumenti analitici di rilevazione e calcolo;
- c) lentezza nel processo raccolta ed analisi delle informazioni.

Pertanto si palesa la necessità di introdurre una metodologia operativa di calcolo del costo per prestazione che:

— sia attuabile nella povertà di informazione tipica delle aziende sanitarie;

— non preveda grande onerosità in termini di tempi di attuazione e di risorse impiegate;

— privilegi la rappresentatività dell'informazione rispetto alla precisione di qualche sua singola componente;

— sia propedeutica ad un successivo raffinamento.

Per quanto riguarda la necessità di privilegiare la significatività e completezza dell'informazione si evidenzia che dato lo scopo di analisi di tipo strategico per cui si vuole calcolare i dati di costo è importante, più che la precisione di calcolo la possibilità di avere la scomposizione del costo unitario in diretti/indiretti, fissi/variabili, eliminabili/non eliminabili, etc., al fine di poter effettuare analisi di convenienza, valutazioni basate sul margine di contribuzione dei prodotti, valutazioni di investimento sulla base dei contributi incrementali al fatturato.

Il bisogno di limitare le risorse e i tempi necessari nascono dalla necessità di poter avviare un processo che

rapidamente possa fornire dei primi risultati di analisi di convenienza economica da un lato e che metta nelle condizioni di definire tariffe remunerative per l'avvio di una attività commerciale dall'altro. La rapidità del processo permette di accumulare vantaggio competitivo rispetto ai propri concorrenti che non hanno ancora definito un processo evolutivo di tipo commerciale o che ne stanno attuando uno eccessivamente lento e dispendioso. D'altra parte l'avvio di una prassi e di una logica anche di tipo «commerciale» (area a pagamento, contratti con mutue e assicurazioni, gestione delle convenzioni) impone l'assunzione del criterio di «rapidità di risposta» agli stimoli esterni, che invece, fino ad oggi, non è mai stato assunto come fattore critico di successo nella gestione delle aziende sanitarie.

La metodologia che verrà illustrata nel seguito è sviluppata nel corso di una sperimentazione presso l'Azienda Ospedaliera L. Sacco di Milano. Essa opera alcune fondamentali approssimazioni che vanno a limitare la precisione del dato ottenuto ma ne lasciano inalterata la significatività rispetto agli scopi esplicitati, privilegiandone la completezza, la sinteticità e la tempestività rispetto al contesto evolutivo in rapido sviluppo.

Nel corso della sperimentazione presso l'Azienda Ospedaliera L. Sacco di Milano (2) il problema della determinazione del costo per prestazione è sorto nell'ambito di un progetto finalizzato all'avvio sperimentale per alcuni reparti ospedalieri della vendita di prestazioni ed interventi ambulatoriali a pagamento.

Coerentemente con quanto esposto precedentemente il contesto in cui si è affrontato il problema è il seguente:

— carenza di dati relativamente all'output di ogni singolo reparto (in particolare impossibilità di determinare il numero complessivo di prestazio-

ni effettuate e di associare il consumo reale di fattori produttivi alle singole tipologie di prestazioni);

— esistenza di una contabilità per centri costo seppur semplificata;

— inesistenza di contabilizzazione degli ammortamenti delle attrezzature.

Alle caratteristiche ambientali appena esposte è necessario aggiungere la necessità di arrivare a risultati in tempi brevi, in quanto l'area dei servizi a pagamento è considerata prioritaria nell'ambito del piano strategico aziendale.

L'obiettivo esplicito della metodologia che verrà presentata è quella di arrivare a definire il costo pieno delle prestazioni, potendo a sua volta scomporre questo costo in costo fisso e variabile, nell'accezione legata ai volumi di breve periodo (Anthony, Young, 1992). La volontà di arrivare ad una configurazione di costo pieno nasce dall'esigenza, di natura gestionale, di comprendere le operazioni di consumo, sia dirette che indirette nella loro completezza, per poter disporre, soprattutto nei confronti dei medici, di informazioni che diano il senso complessivo della dimensione economica.

La definizione di prestazioni in questa prima fase è esplicitamente limitante a prestazioni di tipo ambulatoriali, di diagnosi e cura, escludendo quelle di ricovero e di intervento. Tutta la metodologia va quindi letta ed interpretata avendo come oggetto di costo attività di tipo ambulatoriali, quindi soggette ad un processo produttivo di natura più semplice rispetto ai ricoveri e agli interventi chirurgici. Questa scelta è stata motivata dalla volontà iniziale di avviare riflessioni strategiche e commerciali a partire dai processi produttivi più semplici, per sviluppare una metodologia e una sua capacità gestionale, da sviluppare ed

espandere nel tempo anche ai processi più complessi.

### 3. Il modello di riferimento

L'intera metodologia si basa sulla rappresentazione della struttura dei costi dell'azienda ospedaliera illustrata in figura 1.

Requisito propedeutico all'utilizzo del procedimento che verrà illustrato è l'esistenza di una contabilità aziendale per centri di costo anche molto aggregata, che almeno riesca a monitorare i costi complessivi dei centri di responsabilità, senza suddividerli ulteriormente in centri di costo. Nella realtà della sperimentazione, infatti, è stato sufficiente operare sui Centri di Responsabilità (ad es. reparto di Cardiologia) tralasciando il dettaglio dei Centri di Costo (ad es. Unità Coronarica, Emodinamica, etc.).

Il bilancio di una struttura ospedaliera può essere scomposto, secondo i criteri tipici della contabilità per centri di costo, per fattori di produzione e per centri di costo (secondo uno schema a matrice).

In figura 1 viene schematizzato un primo livello di scomposizione secondo centri di responsabilità (i quali sono delle aggregazioni di centri di costo assoggettati al medesimo responsabile).

Richiamando la terminologia proposta da Anthony-Young (1992) è possibile classificare i centri di responsabilità sulla base del ruolo che essi ricoprono nella struttura produttiva dell'ente sanitario:

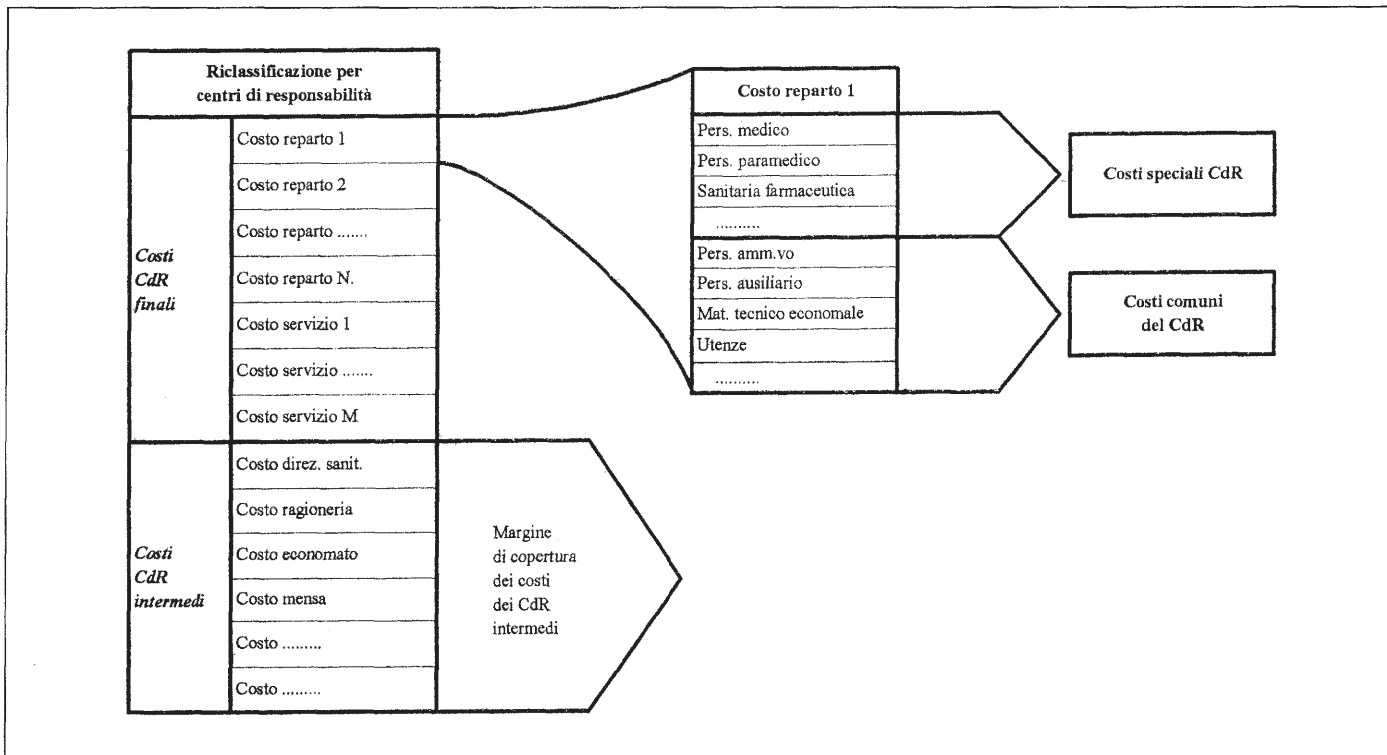
— C.d.R. finali: centri di responsabilità la cui funzione è quella di provvedere all'erogazione di prestazioni e servizi sanitari;

— C.d.R. intermedi: centri di responsabilità la cui funzione è quella

di fornire prodotti intermedi o di supportare i precedenti nella produzione.

Appartengono alla prima categoria i reparti ospedalieri, il pronto soccorso, i poliambulatori, ed in generale tutte le unità operative che erogano direttamente prestazioni in regime di ricovero, day hospital o ambulatoriale. Sono invece centri di supporto le unità operative tecnico/sanitarie (direzione sanitaria, ufficio farmaceutico, etc.), logistiche (magazzino economale, ufficio tecnico, etc.) ed amministrative (ragioneria, economato, etc.). I servizi sanitari quali ad esempio Radiologia e Laboratori Analisi appartengono alla prima categoria per alcune funzioni (erogazione di prestazioni ad utenti esterni) e per altre (erogazione di prestazioni a pazienti ricoverati) alla seconda. Nella presente trattazione orientata alle prestazioni per utenti esterni, come già detto nel paragrafo

Figura 1 - Modello di riferimento



2, i servizi sanitari sono stati considerati C.d.R. finali.

L'ammontare complessivo del costo dei C.d.R. intermedi può essere distribuito sui C.d.R. finali sulla base dei più usuali criteri di allocazione: costi diretti, volume di produzione, ore di personale utilizzate dall'unità operativa etc. (3).

Volendo utilizzare i costi direttamente imputati ai C.d.R. finali come base di allocazione si può fare uso del margine di copertura dei costi dei C.d.R. intermedi in riferimento ai C.d.R. finali. Il margine è definito come rapporto fra il totale dei costi dei C.d.R. intermedi ed il totale dei costi dei C.d.R. finali ed è indistinto per tutti i C.d.R. finali. L'utilizzo di tale margine sta a significare che ad ogni C.d.R. finale viene imputata una quota dei costi di C.d.R. intermedio determinata da una percentuale dei propri costi pari al margine di copertura dei costi dei C.d.R. intermedi.

Per quanto riguarda i costi attribuiti direttamente ai C.d.R. finali questi sono a loro volta suddivisi sulla base dei fattori di produzione. Sono fattori di produzione il personale medico, il personale paramedico, i farmaci, etc.

Richiamandosi nuovamente alla terminologia fornita da Anthony-Young (1992) è possibile classificare i costi relativi ad ogni fattore di produzione in funzione dell'imputabilità diretta all'oggetto di costo (nel caso in esame le prestazioni erogate). I costi direttamente attribuiti al C.d.R. finale vengono così scomposti in costi speciali, ovvero costi associati, o fisicamente riferibili, ad uno specifico oggetto di costo e in costi comuni del C.d.R., relativi a più oggetti di costo.

I costi comuni di C.d.R. possono essere espressi in percentuale relativamente ai costi speciali della stessa unità operativa fornendo così il margine di copertura dei costi comuni diret-

tamente imputati al C.d.R. finale rispetto ai costi speciali dello stesso. L'utilizzo di tale margine implica che ad ogni C.d.R. finale viene imputata una quota di costi comuni determinata da una percentuale dei propri costi speciali pari al margine di copertura dei costi comuni. Il margine di copertura dei costi comuni direttamente imputati al C.d.R. finale è riferito alla singola unità operativa.

Riassumendo sono definiti tre dati di costo:

— costi speciali del C.d.R.: ammontare complessivo del costo dei fattori di produzione associati, o fisicamente riferibili, all'erogazione di prestazioni sanitarie; sono riferiti al singolo C.d.R. finale;

— margine di copertura dei costi comuni direttamente imputati al C.d.R. finale: dato dal rapporto fra costi speciali e costi comuni; è riferito al singolo C.d.R. finale;

— margine di copertura dei costi dei C.d.R. intermedi: rapporto fra il totale dei costi dei C.d.R. intermedi ed il totale dei costi dei C.d.R. finali; l'indicatore è unico per tutti i C.d.R. finali e, moltiplicato per il totale dei costi direttamente imputati alla singola unità operativa, fornisce la quota dei costi dei C.d.R. intermedi allocata alla stessa.

È opportuno sottolineare che i costi comuni del C.d.R. finale e la quota di costi dei C.d.R. intermedi ad esso allocata mediante l'opportuno margine differiscono unicamente per le modalità di attribuzione all'unità operativa: i primi infatti sono direttamente imputati al C.d.R., i secondi sono associati allo stesso sulla base di un processo di riallocazione contabile. Tuttavia entrambe le voci di costo sono classificabili come costi comuni relativamente all'oggetto di costo, ovvero alle prestazioni erogate dall'unità operativa.

La metodologia proposta si basa sull'ipotesi semplificativa che i due margini appena definiti rimangano invariati relativamente alle differenti tipologie di prestazioni erogate dal C.d.R. Tale ipotesi è tanto più valida quanto più si verificano le seguenti condizioni:

— orizzonte di riferimento medio/breve

— bassa varianza dei volumi di produzione e del case-mix.

A partire dall'assunzione semplificativa appena esposta l'utilizzo dei due margini consente il calcolo del costo pieno unitario di ogni prestazione a partire dalla conoscenza dei costi speciali connessi alla produzione di una unità:

$$CPU = CSU \times (1 + MCCcdr) \times (1 + MCint)$$

dove:

CPU = costo pieno unitario della prestazione;

CSU = costi speciali implicati dalla produzione di una unità;

MCCcdr = margine di copertura dei costi comuni direttamente imputati al C.d.R.;

MCint = margine di copertura dei costi dei C.d.R. intermedi.

Più sinteticamente:

$$CPU = CSU \times MCC$$

dove:

MCC = margine di copertura dei costi comuni;  
=  $(1 + MCCcdr) \times (1 + MCint)$ .

Si è pertanto sintetizzato il prodotto dei due margini, assunto invariante rispetto alla tipologia di prestazioni erogate dal C.d.R. con il termine margine di copertura dei costi comuni.

Sicuramente l'utilizzo dei margini appena descritti può essere oggetto di critiche per la sua evidente scarsa raffinatezza, ma rappresenta sicuramente una tecnica di imputazione rapida che, in un contesto di scarsità di informazioni e di fabbisogno informativo immediato, consente un efficace suppor-



to al processo decisionale illustrato nel paragrafo 1.

*3.1. Fase 1: determinazione del margine di copertura dei costi dei C.d.R. intermedi*

Nella tabella 1 viene riportata, a titolo esemplificativo, la riclassificazione effettuata sul bilancio dell'Azienda Ospedaliera L. Sacco.

Occorre effettuare una riclassificazione del bilancio suddividendolo in due componenti: una prima in cui vengono riportati i costi dei Centri di Responsabilità che erogano le prestazioni o i servizi che vengono ritenuti finali (precedentemente definiti costi dei C.d.R. finali) ed una seconda in cui sono riportati i costi dei Centri di Responsabilità di supporto alla produzione (costi dei C.d.R. intermedi).

Il margine di copertura dei costi dei C.d.R. intermedi (MCint) pertanto è dato dal rapporto fra il totale dei costi dei C.d.R. intermedi ed il totale dei costi dei C.d.R. finali:

$$\text{MCint} = 36.609 / 98.079 \\ = 37,33\%$$

Si è già detto che l'utilizzo del margine di copertura dei costi dei C.d.R. intermedi sottointende l'utilizzo di un criterio di allocazione degli stessi ai C.d.R. finali basato sui costi direttamente imputati a questi ultimi.

Questo criterio evidentemente risponde a due obiettivi ritenuti prioritari nel caso dell'Azienda Sacco, ma che dovrebbero essere comuni a molte neonate aziende ospedaliere:

a) identificare un criterio semplice, facilmente comprensibile e, soprattutto, immediato;

b) adottare un sistema che permetta di avvicinarsi, al termine del processo di calcolo, il più possibile al costo pieno per prestazione e servizi, per comprendere, in questa fase di avvio del processo di aziendalizzazione, l'entità complessiva dei fenomeni

economici, a discapito, probabilmente, di informazioni sulla reale convenienza economica rispetto a strategie commerciali o «fare non fare» o «fare/comprare».

*3.2. Fase 2: determinazione dei costi speciali e comuni del C.d.R.*

Per meglio illustrare le procedure descritte nei paragrafi seguenti se ne è

**Tabella 1 - Riclassificazione bilancio Azienda ospedaliera L. Sacco (dati in milioni di lire)**

Ambulatorio di allergologia .....	107,0
Anatomia patologica .....	1.121,0
Centro trasfusionale .....	6.484,0
Dietologia .....	295,0
Cardiochirurgia .....	10.243,0
Cardiologia.....	8.089,0
Chirurgia prima .....	4.714,0
Laboratori di analisi .....	8.212,0
Endocrinologia.....	1.870,0
Malattie infettive .....	14.814,0
Angiologia.....	6,0
Medicina prima .....	5.971,0
Nefrologia .....	2.673,0
Neurologia.....	1.892,0
Oculistica .....	1.237,0
Odontoiatria .....	357,0
Ostetricia e ginecologia .....	3.323,0
Poliambulatori .....	1.619,0
Pediatria .....	3.108,0
Psichiatria.....	78,0
Blocco operatorio .....	2.140,0
Nefrologia e dialisi .....	2.590,0
Riabilitazione funzionale .....	765,0
Fisiopatologia respiratoria.....	580,0
Gastroenterologia .....	1.414,0
Medicina riabilitativa .....	1.409,0
Oncologia.....	442,0
Pneumologia .....	2.003,0
Radiologia .....	5.883,0
Reumatologia .....	640,0
Anestesia e rianimazione.....	4.000,0
<b>Totale costi dei C.d.R. finali.....</b>	<b>98.079,0</b>
Direzione sanitaria .....	3.765,0
Farmacia.....	1.136,0
Scuola infermieri .....	1.955,0
Personale religioso .....	186,0
Costi comuni del presidio.....	14.739,0
Direzione amministrativa .....	678,0
Ripartizione personale.....	1.006,0
Centro elaborazione dati.....	609,0
Ripartizione economico finanziaria .....	727,0
Ripartizione provv.to economato .....	7.916,0
Ripartizione legale .....	4,0
Ripartizione ospedalità.....	885,0
Ripartizione tecnica.....	2.731,0
Commissario regionale.....	272,0
<b>Totale costi C.d.R. intermedi.....</b>	<b>36.609,0</b>
<b>Totale costi annui Azienda ospedaliera Sacco.....</b>	<b>134.688,0</b>

riportato un esempio in tabella 2, relativa ai costi direttamente imputati al reparto di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Sacco.

Si è già accennato in precedenza al fatto che la quota di costi dei C.d.R. intermedi allocata alla singola unità operativa non costituisce l'unica componente dei costi non direttamente imputabili al ciclo produttivo delle prestazioni erogate dall'unità stessa.

Questo si spiega in quanto non tutti i costi propri del reparto sono riclassificabili come costi dovuti a fattori di produzione direttamente utilizzati nell'erogazione delle prestazioni. Si pensi, ad esempio, ai costi inerenti il personale amministrativo, a quelli dovuti al materiale tecnico-economico (cancelleria, arredi, etc.) o a quelli relativi alle utenze (telefono, elettricità, etc.).

Gli esempi appena citati costituiscono un esempio dei costi che, pur essendo essenziali per il funzionamento del ciclo produttivo e pur essendo attribuiti specificatamente al reparto, non sono qui attribuibili ad una specifica tipologia di prestazioni ma pesano sull'insieme complessivo delle prestazioni erogate dal reparto. Come già detto tali costi vengono indicati con il termine di costi comuni del C.d.R.

La suddivisione fra costi speciali e costi comuni del C.d.R. avviene in funzione al ruolo assunto dal fattore produttivo relativamente all'oggetto di costo, ovvero all'erogazione di prestazioni sanitarie.

Nell'esperienza condotta presso l'Azienda Ospedaliera L. Sacco sono state adottate due importanti semplificazioni nella suddivisione fra costi comuni del C.d.R. e costi speciali:

— l'analisi è stata effettuata a livello di fattore produttivo; volendo portare un esempio, i costi originati dal fattore di produzione personale medico sono stati considerati in toto come co-

sti speciali in assenza di dati di dettaglio relativamente al ruolo svolto da ogni singolo operatore;

— pur essendo l'analisi finalizzata alla determinazione del costo delle prestazioni di tipo ambulatoriale non è stato possibile scorporare dai costi complessivamente attribuiti al reparto i costi relativi alle attività di degenza; ne consegue che tanto i costi comuni quanto i costi speciali sono riferiti indistintamente alle attività di tipo ambulatoriale ed a quelle di degenza; in conseguenza a tale approssimazione il coefficiente di imputazione non è differenziato fra reparto di degenza ed ambulatori dello stesso C.d.R.

Il margine di copertura dei costi comuni direttamente imputati al C.d.R. (MCCcdr) è dato quindi dal rapporto fra costi comuni e costi speciali del C.d.R.:

$$\begin{aligned} \text{MCCcdr} &= 1.521 / 6.568 \\ &= 23,16\% \end{aligned}$$

Il margine di copertura dei costi comuni (MCC) definito nel paragrafo 3 è dato quindi dal prodotto del margine di copertura dei costi comuni direttamente imputati al C.d.R. (MCCcdr)

per il margine di copertura dei costi dei C.d.R. intermedi (MCint):

$$\begin{aligned} \text{MCC} &= (1 + \text{MCCcdr}) \times (1 + \text{MCint}) \\ &= (1 + 0,2316) \times (1 + 0,3733) \\ &= 69,1\% \end{aligned}$$

### 3.3. Fase 3: calcolo del costo speciale unitario delle prestazioni

Nel corso della fase precedente si è proceduto alla determinazione dei costi speciali e comuni dell'unità produttiva. Tali voci di costo sono però aggregate ovvero non sono scomposte per singole tipologie di prestazione. In altre parole la quota di costi speciali precedentemente identificata, pur scomposta per fattori di produzione, non consente di identificare quale è la quota di costo da attribuire ad ogni singola tipologia di prestazione, ma si limita a definire l'ammontare complessivo dei costi speciali sostenuti per l'erogazione di tutte le prestazioni del reparto (comprese, come già detto quelle inerenti le attività di degenza).

Come primo passo occorre definire con precisione cosa si intende in questa sede per prestazioni. Visto lo scopo dell'intera metodologia, cioè l'avvio

Tabella 2 - Riclassificazione bilancio reparto di cardiologia (dati in milioni di lire)

Personale medico .....	2.394,3
Personale paramedico.....	2.108,2
Medicinali .....	211,0
Disinfettanti.....	6,6
Diagnostici .....	278,9
Medicazioni varie.....	21,4
Cannule e cateteri .....	1.070,0
Suture .....	3,9
Altri costi presidi sanitari .....	474,2
<b>Totale costi speciali.....</b>	<b>6.568,4</b>
Personale «altri».....	35,1
Materiale tecnico economico.....	166,6
Materia tecnico sanitario .....	1.262,4
Utenze .....	4,3
Manut. ordinarie in appalto .....	52,3
<b>Totale costi comuni di C.d.R.....</b>	<b>1.520,7</b>
<b>Totale costi direttamente imputati al C.d.R.....</b>	<b>8.089,1</b>

di una attività commerciale e il confronto con la struttura tariffaria regionale, si intende per prestazione, il prodotto o servizio identificato dai nomenclatori tariffari vigenti: le visite specialistiche, gli esami diagnostici e di laboratorio per i non ricoverati.

Una delle modalità possibili per definire il costo speciale unitario di ogni singola tipologia di prestazione a partire dai dati precedentemente determinati potrebbe essere quella di suddividere in primo luogo il costo di ogni fattore di produzione sulle differenti tipologie di prestazione. In secondo luogo si potrebbe calcolare il costo unitario sulla base del numero di prestazioni eseguite per tipologia nel periodo di riferimento.

Tale procedura incontra nella realtà operativa notevoli difficoltà di realizzazione dovute, generalmente, alla carenza di dati analitici relativi ai dati di costo, ai fattori di produzione ed alle prestazioni erogate:

— difficilmente il piano dei conti della contabilità per centri costo raggiunge un livello di dettaglio tale da consentire di effettuare ipotesi ragionevoli relativamente alle risorse utilizzate nell'erogazione delle singole tipologie di prestazioni (4);

— spesso i reparti ospedalieri non dispongono di dati quantitativi relativamente alle prestazioni di tipo ambulatoriale erogate nei confronti dei propri degenti non esistendo meccanismi di sistematica rilevazione dei dati contenuti nel diario clinico (5);

— la riallocazione dei costi speciali storici implica che siano considerate tutte le prestazioni erogate dal reparto; in assenza di tale condizione si andrebbe a suddividere il dato di costo, riferito all'insieme delle prestazioni erogate dal reparto, su un sottoinsieme delle prestazioni cui lo stesso è riferito.

Vi è inoltre un'ulteriore considerazione da effettuare: la contabilità per

centri di costo dell'Azienda Ospedaliera L. Sacco non considera politiche di ammortamento delle attrezzature e delle strumentazioni, ovvero all'interno dei costi speciali di C.d.R. precedentemente identificati non è ricompresa la quota di ammortamento delle attrezzature. La definizione del costo speciale unitario, a partire da tale dato, pertanto sarebbe priva della valutazione del costo di utilizzo delle attrezzature e delle strumentazioni.

Viste le considerazioni sopra riportate si propone una modalità alternativa a quella accennata nella parte iniziale del presente paragrafo per la determinazione del costo speciale unitario che prevede la determinazione quantitativa dei fattori produttivi utilizzati per ogni tipologia di prestazione sulla base di standard tecnici. Si tratta in sostanza di associare ad ogni prestazione un consumo teorico di fattori produttivi e di ricavarne successivamente il costo sulla base del prezzo per l'azienda di tali fattori. La determinazione dei consumi standard può essere effettuata mediante interviste ai responsabili tecnici delle prestazioni in oggetto (medici e paramedici) oppure tramite il ricorso a protocolli tecnici reperibili in letteratura.

Tale modalità basata sull'utilizzo di standard e non sull'utilizzo di dati storici consente di introdurre nel processo di determinazione del costo speciale unitario la valutazione della quota di ammortamento per tutte le attrezzature e le strumentazioni direttamente implicate nel ciclo produttivo.

Prima di procedere oltre nella trattazione è opportuno evidenziare quali sono le approssimazioni implicitamente assunte nel processo adottato:

— la modalità con cui è stato effettuato il calcolo del margine di copertura dei costi comuni, sulla base dei costi storici dell'azienda, differisce da quella con cui sono determinati i costi

speciali unitari delle prestazioni, sulla base di costi standard;

— il margine di copertura dei costi comuni calcolato sulla base dei costi storici non comprende la valutazione di quote di ammortamento, mentre i costi speciali calcolati sulla base di costi standard comprendono tale valutazione (6);

— per la valutazione del costo di utilizzo delle attrezzature e delle strumentazioni non si è utilizzato il principio dell'ammortamento, a causa della mancanza di dati disponibili; si è utilizzato in alternativa il valore di sostituzione dell'attrezzatura in funzione del numero di prestazione potenzialmente eseguibili nell'ambito del proprio ciclo di vita utile; essa, pertanto, non comprende la valutazione del fattore tempo.

La procedura seguita presso l'Azienda Ospedaliera L. Sacco è riportata nel seguito.

Per ogni prestazione è stata compilata una scheda di rilevazione del consumo di fattori produttivi speciali rispetto all'oggetto di costo. La scheda è riportata in tabella 3.

Si è provveduto ad effettuare alcune interviste ai primari ed alle équipe mediche dei reparti interessati e si è chiesto loro, sulla base della propria esperienza e delle proprie conoscenze tecnico-scientifiche, di definire per ognuna delle prestazioni erogate dal reparto (in una prima fase relativamente alle sole prestazioni ambulatoriali):

- materiali di consumo;
- strumentazioni ed attrezzature;
- personale medico e non medico.

#### Materiali di consumo

Si è chiesto ai tecnici di elencare tutti i materiali di consumo utilizzati per l'attuazione della prestazione in oggetto e di stimarne la quantità mediamente utilizzata.



Tabella 3 - Esempio di determinazione dei costi diretti reparto di cardiologia

Prestazione: eco transesofageo			
Materiali di consumo	Consumi standard	Costo unitario standard	Costo totale standard
Xylocaina spray 10%	1 conf.	1.600	1.600
Kw jelly	1 conf.	1.300	1.300
Foto a colori Mitsubishi CK 100S	5	1.600	8.000
Foto b/n UPP SONY 110HD	6	583	3.500
Valore materiali di consumo			23.200
Attrezzature e strumentazioni			
Apparecchio ecocardiografico bidim. ....			210.000.000
Sonda transesofageo biplana .....			60.000.000
PC, stampante e SW .....			9.000.000
A) Valore strumentazione.....			279.000.000
B) Prest. totali nell'intero ciclo di vita.....			10.000
C) Quota costi attrezzature per prestazione (A/B).....			27.900
Personale medico e non medico	Tempo	Costo orario	Costo totale
2 medici	45 minuti	35.000	52.500
1 infermiere professionale	60 minuti	18.000	18.000
1 infermiera/segretaria	30 minuti	18.000	9.000

Fra i materiali di consumo sono stati ricompresi farmaci, strumentazioni monouso, medicazioni, diagnostici, cateteri, protesi, pace-maker, e qualsiasi altro materiale utilizzato nel corso dell'intervento.

Per quanto relativo alle quantità, si è chiesto di effettuare una stima del consumo medio nell'ambito della tipologia di intervento ricorrente con maggior frequenza.

Si è assunto quale costo unitario standard il valore di mercato del bene, fornito dall'Ufficio Provveditorato.

Moltiplicando il prezzo unitario dei materiali per le quantità utilizzate si è ottenuto il costo dei fattori produttivi per ogni prestazione per quanto attiene i materiali di consumo.

#### Strumentazioni ed attrezzature

Per ogni prestazione sono state identificate le principali attrezzature

utilizzate trascurando quelle non significative, e si è provveduto a definirne il valore.

Per quanto attiene il valore delle strumentazioni si è assunto quale valore standard il costo di sostituzione delle stesse (valore di mercato attuale) in alternativa al costo storico ottenuto dai dati economici.

Per la determinazione della quota da utilizzare quale costo di utilizzo delle attrezzature si è chiesto ai tecnici di stimare il numero di prestazioni attuabili con ogni attrezzatura nell'arco dell'intero ciclo di vita della stessa. La quota è stata determinata suddividendo il valore della macchina per il numero di prestazioni ottenendo in tal modo l'equivalente del costo macchina per prestazione.

Si è già detto che tale metodologia di calcolo costituisce una approssimazione in quanto non tiene conto dell'ammortamento nel tempo del bene stesso.

#### Personale medico e paramedico

Si è chiesto ai tecnici di determinare in primo luogo quali e quanti operatori fossero necessari per l'attuazione di ogni prestazione. In secondo luogo si è provveduto a stimare il tempo medio impiegato da ognuno degli operatori precedentemente identificati.

Sulla base dei tempi medi e del costo orario standard fornito dall'ufficio del personale per ogni tipologia di operatori si è calcolato il costo dovuto al personale medico e paramedico.

#### 3.4. Sintesi del processo

Attraverso le procedure descritte nelle fasi precedenti si è giunti a determinare, per ogni tipologia di prestazione:

— costo speciale unitario di ogni tipologia di prestazione (a costi standard), suddiviso nelle componenti:

materiali di consumo;  
utilizzo attrezzature;  
personale medico e non medico;

— margine di copertura dei costi comuni in riferimento ai costi speciali (a costi storici), indifferenziato per tipologia di prestazione.

Il calcolo della quota di costi comuni per ogni tipologia di prestazione viene determinato moltiplicando il margine di copertura dei costi comuni per l'ammontare dei costi speciali unitari.

La somma delle due voci di costo fornisce il costo pieno unitario per prestazione. In tabella 4 è riportato un esempio del procedimento relativamente al reparto di Cardiologia dell'ospedale Sacco.

Nel seguito è illustrata l'analisi delle principali componenti di costo.

#### Costi fissi e costi variabili

A questo punto dell'analisi è importante poter distinguere, dopo aver definito un costo pieno per prestazione,

la quota definibile come costo fisso (presente indipendentemente dai volumi e la quota di costi variabili che cresce proporzionalmente ai volumi prodotti o erogati). Questa distinzione serve per impostare le principali analisi di convenienza economica rispetto alla ipotizzata politica commerciale o per confrontare la struttura dei costi aziendali con quella delle tariffe regionali. Infatti nel breve periodo, e in prima applicazione, la convenienza commerciale è data almeno dalla copertura dei costi variabili della prestazione attraverso la tariffa. Ovviamente nel lungo periodo (e strutturalmente) la sommatoria dei margini (tariffe-costi variabili) che si generano grazie alla superiorità della tariffa rispetto ai costi variabili, per tutte le prestazioni, deve essere tale da coprire anche la sommatoria dei costi fissi. In altre parole, se la tariffa supera i costi marginali vi è una convenienza finanziaria

immediata e di breve periodo alla vendita della prestazione, anche se complessivamente e nel lungo periodo la convenienza e la sopravvivenza economica è garantita dal fatto che la sommatoria dei margini (tariffa-costi variabili) copre la sommatoria dei costi fissi. Evidentemente questo equilibrio deve essere complessivo, potendosi verificare dei margini di contribuzione insoddisfacenti per alcune prestazioni, ma che si ritengono comunque strategiche per altre ragioni (marketing o completezza di portafoglio, ecc.)

La conoscenza dei costi fissi e dei costi variabili permette quindi di ottenere le informazioni per impostare una propria politica commerciale: stabilire tariffe, valutare offerte, confrontarsi con le tariffe regionali, definire strategie di portafoglio di prodotti, di volumi minimi necessari, politiche di sconto, ecc.

La variabilità delle voci di costo viene fissata in funzione del volume di produzione, ovvero relativamente ai fattori di produzione il cui utilizzo si incrementa/decrementa al modificarsi della quantità di prestazioni erogate.

Particolare attenzione deve inoltre essere prestata all'orizzonte temporale di riferimento ed alla percentuale di variazione dei volumi di produzione. Nel breve periodo, ad esempio, il personale deve essere considerato costo fisso, in quanto la spesa sostenuta dall'azienda non varia in funzione della quantità di prestazioni erogate dagli operatori ma è direttamente proporzionale al numero di dipendenti (costante nel breve periodo); nel lungo periodo, invece, interviene la possibilità, da parte dell'azienda, di variare la consistenza del fattore produttivo (ad esempio tramite la non sostituzione dei pensionamenti o tramite nuove assunzioni) per cui tale limitazione vie-

**Tabella 4 - Calcolo del costo unitario per prestazione del reparto di cardiologia**

	Materiale di consumo	Costo utilizzo attrezz.	Personale			Costo speciale standard	Quota costi comuni	Costo pieno
			medici	infern.	costo			
Visita specialistica	—	—	25	30	23.583	23.583	16.296	39.879
E.C.G. senza visita	—	—	10	15	10.333	10.333	7.140	17.474
E.C.G. con prova da sforzo	5.000	8.000	30	45	31.000	44.000	30.404	74.404
E.C.G. Holter	22.000	17.720	20	60	29.667	69.387	47.946	117.333
Ecocardiogramma (Doppler/Color)	14.800	21.900	30	15	22.000	58.700	40.562	99.262
Eco-stress (dipiridamolo)	24.400	26.900	30	45	31.000	82.300	56.869	139.169
Eco-stress (dobutamina)	34.400	21.900	90	75	75.000	131.300	90.728	222.028
Eco transesofageo	23.200	27.900	90	90	79.500	130.600	90.245	220.845
Controllo <i>pace-maker</i>	—	11.167	15	15	13.250	24.417	16.872	41.289
Cardioversione elettrica	91.200	24.000	120	60	88.000	203.200	140.411	343.611
Studio elettrofisiologia	1.680.000	66.667	480	240	352.000	2.098.667	1.450.179	3.548.845
Catet. card. con ventr. e coron. con carotidografia	798.800	187.500	180	90	169.500	1.155.800	798.658	1.954.458
con arter. selett. rami aorta	263.600	—	30	15	28.250	291.850	201.668	493.518
con aortografia addominale	123.600	—	30	15	28.250	151.850	104.928	256.778
Catet. card. senza contrastografia	372.100	187.500	60	60	53.000	612.600	423.307	1.035.907
Consulenza coronografica	—	—	25	—	14.583	14.583	10.007	24.660
Biopsia miocardica	991.100	187.500	60	60	53.000	1.231.600	851.036	2.082.636
Angioplastica cor. monovasale	5.281.000	187.500	300	300	327.500	5.796.000	4.005.036	9.801.036
Angioplastica cor. bivasale	7.781.000	187.500	360	360	393.000	8.361.500	5.777.797	14.139.297
Angioplastica cor. trivasale	9.031.000	187.500	360	360	393.000	9.611.500	6.641.547	16.253.047

ne a cadere. Deve infine essere considerato che alcune voci di costo che rimangono fisse per piccole variazioni del volume produttivo possono diventare variabili per grossi aumenti/diminuzioni dello stesso. Nel seguito, pertanto, si assumerà l'ipotesi di orizzonte temporale medio-breve e volumi di produzione quasi costanti.

Analizziamo ogni singola voce di costo:

— materiali di consumo: salvo rare eccezioni l'utilizzo dei materiali di consumo è direttamente correlato alla quantità di prestazioni erogate; conseguentemente i materiali possono essere classificati come costi variabili;

— costo di utilizzo delle attrezzature: se si tratta di attrezzature dedicate specificatamente alla produzione di una sola tipologia di prestazione (ad esempio TAC) tale voce di costo deve essere classificata come fissa in quanto il costo delle attrezzature non varia al variare della produzione; se le medesime attrezzature possono essere utilizzate nell'erogazione di altre tipologie di prestazioni (e se esiste una domanda per queste ultime) allora è possibile classificare il costo di utilizzo delle attrezzature come costi variabili;

— personale: se si è in presenza di operatori altamente specializzati che non possono essere assegnati ad altri compiti è opportuno classificare il fattore di produzione come costo fisso; in caso di operatori non dipendenti o in libera-professione il costo è evidentemente variabile;

— costi comuni: per definizione tali costi non sono direttamente legati al ciclo produttivo e sono quindi fissi (fermo restando il vincolo di basse variazioni del volume produttivo).

### 3.5. Fase 5: sistema a regime

Per il mantenimento di un sistema di determinazione del costo unitario

per prestazione a regime, ovvero che preveda una revisione periodica e sistematica dei dati calcolati, si propone la seguente procedura.

#### Schede di prodotto

Ogni unità operativa dell'azienda dovrebbe adottare una scheda, per ogni tipologia di prestazione erogata, che riassume la quantità di fattori produttivi direttamente utilizzati nel ciclo produttivo. Tali schede, del tutto analoghe a quelle utilizzate sulle linee di produzione, sono definite schede di prodotto e devono essere aggiornate ogni qualvolta si verifichi un cambiamento nel ciclo produttivo.

Per ogni tipologia di prestazione vengono riportati i dati raccolti nella fase tre: materiali di consumo, attrezzature utilizzate e prestazioni per ciclo di vita utile, tempo del personale medico e non medico coinvolto. È importante sottolineare che i fattori produttivi devono essere definiti a quantità e non a valore (7) in quanto il consumo di fattori produttivi è collegato esclusivamente alle modalità di produzione mentre il valore è funzionale, oltre che al consumo, al prezzo di mercato degli stessi.

La determinazione delle quantità utilizzate per ogni fattore produttivo può essere effettuata sulla base di dati storici già in possesso dell'azienda, sulla base di osservazioni empiriche effettuate su un campione di prestazioni oppure sulla base di stime effettuate analogamente al procedimento descritto nella fase tre.

Le schede saranno affidate alla responsabilità del primario che provvederà, con i propri collaboratori, a definirne i contenuti tecnici; copia delle schede di prodotto e di ogni loro aggiornamento dovrà essere comunicata all'ufficio controllo di gestione.

#### Aggiornamento delle schede di prodotto

Il contenuto delle schede di prodotto non varia se non in presenza di cambiamenti dei paradigmi produttivi quali ad esempio nuove tecnologie, nuovi materiali, nuovi protocolli, etc. Esse, infatti, contengono l'elenco e la quantità dei fattori produttivi utilizzati nell'erogazione di ogni singola tipologia di prestazione che, come già detto, sono collegati esclusivamente alla modalità produttiva.

L'utilizzo di schede di prodotto basate sulle quantità di fattori produttivi utilizzati (in alternativa alla valorizzazione monetaria) consente pertanto di procedere all'aggiornamento delle stesse solamente nel momento in cui si ridefinisce un fabbisogno di analisi e si sia verificato un cambiamento nella modalità di esecuzione delle prestazioni.

Il primario in quanto responsabile, sia dal lato organizzativo-gestionale sia da quello tecnico-scientifico, dei processi produttivi all'interno della propria unità operativa provvede all'aggiornamento delle schede di prodotto ogni volta che si verifichi un cambiamento nelle modalità di esecuzione delle prestazioni.

#### Aggiornamento dei costi dei fattori produttivi

Con la periodicità individuata il responsabile commerciale provvede, tramite dati raccolti dai competenti uffici amministrativi (economato, ufficio tecnico, ufficio del personale, etc.), ad aggiornare i prezzi dei fattori produttivi ed a ricalcolare, conseguentemente, il costo speciale e la quota dei costi comuni per ogni scheda prodotto dell'azienda. La scelta del prezzo da applicare è classicamente una scelta delicata: in questa metodologia operativa si propone di applicare il costo di acquisizione per l'azienda nel



momento della rilevazione, soprattutto considerando che non vi sono rilevanti politiche di stoccaggio di fattori produttivi.

Per quanto relativo al costo delle strumentazioni e delle attrezzature, è necessario ricordare che deve essere aggiornato il valore attuale della strumentazione (valore di mercato) coerentemente con il concetto di valore di sostituzione richiamato nei paragrafi precedenti.

#### Aggiornamento dei margini di copertura dei costi comuni

Alla chiusura del bilancio e sulla base dei dati delle contabilità per centri di costo, l'ufficio controllo di gestione potrà ricalcolare i margini di copertura dei costi comuni per ognuna delle unità operative dell'azienda seguendo le procedure indicate nelle fasi uno e due. Tali coefficienti saranno utilizzati ogni qualvolta, nel corso dell'anno di riferimento, si proceda alla revisione del costo per prestazione sulla base delle schede di prodotto.

#### 4. Significatività dei dati e loro utilizzo

Il contesto nel quale è stata sviluppata la metodologia è quello delle strutture sanitarie pubbliche caratterizzate da evidente debolezza dei sistemi informativi e dall'inesistenza o quasi di strumenti contabili analitici di rilevazione dei costi. Il procedimento opera a partire da alcune assunzioni sul contesto di riferimento e si basa su alcune importanti procedure sintetiche il cui scopo è quello di consentire la determinazione del dato di costo in un ambito di scarsità di informazioni senza inficiarne la significatività.

L'obiettivo ricercato, quindi, non è la determinazione analitica del costo di prodotto ma la determinazione di dati di costo ai fini del supporto al pro-

cesso decisionale ed alla analisi di tipo strategico e di tipo commerciale dell'azienda (vedi par. 1).

Le assunzioni che vincolano la validità della metodologia sono:

— orizzonte temporale di riferimento di medio-breve periodo;

— bassa variabilità dei volumi di produzione e del case-mix.

Le approssimazioni su cui si basa il procedimento sono riassumibili come segue:

— i costi dei C.d.R. intermedi sono considerati in toto costi comuni rispetto all'oggetto di costo prestazioni (8);

— il calcolo dei costi speciali ai fini della definizione del coefficiente di imputazione è effettuato sulla base di macroaggregazioni di fattori produttivi (9);

— l'utilizzo dei margini di copertura dei costi comuni per la determinazione della quota di costi comuni è indifferenziato per ogni tipologia di prestazione prodotta dal C.d.R.;

— il calcolo dei margini di copertura dei costi comuni è effettuato sulla base dei costi dell'esercizio precedente, mentre quello dei costi speciali è attuato in funzione di standard tecnici a cui vengono applicati i costi di acquisizione aziendali dell'esercizio in corso (10);

— il costo di utilizzo di strumentazioni ed attrezzature è calcolato sulla base delle prestazioni totali che le stesse possono produrre nell'ambito del proprio ciclo di vita utile e non comprende la valutazione del fattore tempo.

Come già detto in premessa le metodologie di determinazione del costo per prodotto richiedono la realizzazione di complessi sistemi di rilevazione analitica di tutti gli elementi che intervengono nel ciclo produttivo. Tali sistemi necessitano generalmente di lunghi periodi di gestazione per essere operativi e di notevoli investimenti in

termini di infrastrutture e di cambiamenti organizzativi.

Il procedimento illustrato si presta ad essere applicato come strumento di supporto alla direzione strategica per analisi di convenienza economica e per impostare una prima politica commerciale, in grado di fornire, in tempi brevi, informazioni utili sul costo delle prestazioni erogate; parallelamente le aziende sanitarie dovranno promuovere iniziative atte a sviluppare sistemi maggiormente analitici, la cui realizzazione è necessariamente proiettata nel medio-lungo periodo.

In particolare, in premessa sono ipotizzate tre linee di azione commerciale (area a pagamento, contratti con mutue integrative o assicurazioni, convenzioni interaziendali) e il bisogno di compiere prime analisi di convenienza rispetto alla struttura tariffaria regionale (o nazionale) per comprendere proprie economicità o l'ingongruità delle tariffe stesse (ancora in fase sperimentale) e definire le strategie alla luce della propria missione: accettazione di margini di contribuzione negativi, o aumento di volumi, o abbassamento di costi, o rinegoziazione delle tariffe con la capogruppo, ecc.

La conoscenza di un costo pieno per prestazione, avendo individuato per prestazione quelle contenute nei nomenclatori tariffari e/o quelle previste per le attività commerciali, e la ulteriore suddivisione del dato di costo pieno in costo variabile e fisso, permette le prime e più importanti analisi di convenienza (vedi par. 3.5).

Infatti, sul versante commerciale, è possibile definire una prima politica tariffaria, correlando, alla luce del proprio ipotizzato posizionamento di mercato, le tre informazioni fondamentali: costo pieno, costo variabile e prezzo medio di mercato. Sul versante invece del tariffario regionale è invece possibile analizzare il proprio rapporto costi-tariffe regionali, alla luce di

diversi volumi (conoscendo i costi fissi e variabili) potendo così identificare un primo volume obiettivo, che garantisca un margine (tariffa - meno costi variabili) accettabile. Le riflessioni che possono scaturire sono evidentemente rispetto alla propria efficienza (costi troppo alti) o rispetto ai propri volumi (troppo bassi) o magari di inapproprietezza delle tariffe, stante il loro attuale carattere sperimentale. Rimandiamo analisi più approfondite a un prossimo articolo su questa stessa rivista, dedicato specificatamente al tema dell'analisi di convenienza economica e alla matrice prodotti mercato per la nuova dimensione commerciale in cui sono inserite le aziende sanitarie pubbliche.

Sembra opportuno concludere evidenziando come il procedimento proposto consenta di ricavare il costo almeno di una parte delle prestazioni dell'azienda sanitaria (ad es. attività ambulatoriali diagnostiche e specialistiche) e in questo senso sia già stato sperimentato empiricamente con successo, mentre necessita di ulteriori test, in particolare per quanto relativo alle attività di degenza. Infatti la possibilità di disporre un dato disaggregato tra costo pieno e costo variabile ha messo l'azienda nelle migliori condizioni per definire le proprie tariffe rispetto a quelle di mercato, in base a precise scelte strategiche, e a fare prime analisi di convenienza economica (o di congruità delle tariffe) rispetto al proprio mercato istituzionale (11).

(1) Le logiche di fondo che possono assumere i sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie sono di due tipi: finanziamento a quota capitaria delle ASL con pagamento a loro carico della mobilità in uscita per i propri residenti, oppure il finanziamento «tariffa per prestazioni» sia di ASL sia degli ospedali azienda direttamente da parte della regione. In entrambi i modelli gli ospedali azienda sono inseriti in

un meccanismo tariffario, nel primo sono finanziate attingendo alle quote capitarie delle ASL, nel secondo direttamente dalla regione. Le ASL sono finanziate a tariffa solo nel secondo modello, ma anche nel primo scatta indirettamente un sistema tariffario, in quanto la loro quota capitaria viene decurtata del valore delle prestazioni rese da altre aziende ai propri iscritti, così come viene aumentata, con le stesse tariffe nel caso di mobilità sanitaria in entrata.

(2) L'Azienda Ospedaliera Polo Universitario L. Sacco è situata nella periferia Nord di Milano; essa è dotata di 600 posti letto, ha un organico pari a 1.400 dipendenti ed ha avuto una spesa per l'anno 1995 di 142 miliardi circa. Nell'ambito della struttura sono presenti 22 divisioni, fra reparti e servizi, di cui 11 universitarie.

(3) Si veda a tal proposito Anthony-Young (1992).

(4) Si consideri, ad esempio, il fattore di produzione farmaci; data la grande varianza, sia in termini qualitativi che di costo, di tale fattore di produzione, per poter riallocare il consumo totale di farmaci alle singole prestazioni sarebbe necessario avere un livello di dettaglio che identifichi ogni prodotto utilizzato per tipologia e per marca.

(5) Si supponga di essere riusciti a determinare il costo diretto sostenuto per l'effettuazione di elettrocardiogrammi; per la determinazione del costo unitario è necessario sapere quale è il numero totale di elettrocardiogrammi effettuato dal reparto. Tale dato, generalmente, è disponibile per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali ma è di difficile quantificazione per quanto relativo alle attività di degenza. Se ne deduce l'impossibilità di determinare il costo unitario medio a causa della difficoltà di definire il numero complessivo di esami svolti.

(6) Ne consegue che il margine di copertura dei costi comuni così calcolato è sovrastimato in quanto i costi speciali storici disponibili in azienda (denominatore della frazione di cui è composto il margine di copertura dei costi comuni direttamente imputati al C.d.R.), non comprendendo la valutazione degli ammortamenti, sono sottostimati.

(7) Ovvero deve essere utilizzata come unità di misura la quantità di fattori produttivi e non il valore; ad esempio: i litri di liquido di contrasto, il numero di apparecchiature, i minuti di operatore medico, etc.

(8) Possono esserci, ad esempio, attività degli uffici amministrativi che hanno un ruolo diretto nel ciclo produttivo (si pensi ad esempio al ciclo di accettazione amministrativa dei degen-  
ti).

(9) Se si considera, ad esempio, il fattore produttivo personale medico l'approssimazione consiste nel fatto che gli operatori svolgono anche attività di tipo indiretto quali gestione e coordinamento, studio, ricerca, etc.

(10) Questa è l'approssimazione di maggior rilievo in quanto porta ad utilizzare dati fra loro non omogenei; la definizione degli standard tecnici mediante interviste agli operatori consente però di mantenere uno stretto legame con il contesto ambientale in cui è effettuata l'analisi; in altre parole si garantisce la corrispondenza degli standard tecnici con la realtà operativa in cui avviene l'erogazione di prestazioni e quindi la coerenza con i dati storici.

(11) Si rimanda ad un successivo articolo sul processo di negoziazione azienda-medici e all'applicazione della matrice prodotti-mercato per distinguere area a pagamento, convenzioni e contratti attivi, attività istituzionale.

#### BIBLIOGRAFIA

- ANTHONY R.N., YOUNG D.W., *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, McGraw-Hill, 1992.
- BALDINO L., BATTAGLIA G., LONGO F., *L'area a pagamento*, CeRGAS, ricerca interna, 1995.
- BORGONOV E. (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEA, 1990.
- BORGONOV E., *La nuova sanità. L'ospedale diventa «impresa»*, in Ospedali d'Italia n. 3, 1993.
- BORGONOV E. et al., *Natura del servizio pubblico e gestione privata*, in Fondazione Rosselli, Rapporto sullo Stato e sulle condizioni di sviluppo, 1995.
- CAMPO B., MOTTA M., RAPPINI V., ZAVATTARO F., *L'introduzione di un sistema di classificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari*, in *Mecosan* n. 12, 1994.
- DEL VECCHIO M., LONGO F., *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L. 502/92*, in *Mecosan* n. 6, 1993.
- LONGO F., *Il sistema sanitario nazionale: dalla 833/78 alla 502/92*, in MASSEI A. (a cura di), *Corso di economia delle imprese pubbliche*, CUSL, 1994.
- FRANCESCONI A., RAMPONI C., ZANGRANDI A., *Le tariffe come sistema di finanziamento della sanità pubblica*, in *Mecosan* n. 11, 1994.
- ZANGRANDI A., *Autonomia realizzativa*, in Azienda pubblica n. 1, 1995.
- ZAVATTARO F., *Il ruolo delle «esperienze» nella diffusione della cultura manageriale in sanità*, in *Mecosan* n. 1, 1992.

**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**

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



# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>

# IL SISTEMA SANITARIO AUSTRIACO

di Alberto Corradini

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

**SOMMARIO:** 1. Premessa - 2. Modello istituzionale del sistema sanitario austriaco - 2.1. La separazione delle responsabilità nel sistema sanitario austriaco - 3. I meccanismi di funzionamento del sistema sanitario austriaco - 3.1. Le relazioni tra i cittadini e il terzo pagante - 3.2. Le relazioni tra pazienti e strutture di offerta - 3.3. Le relazioni tra i terzi paganti e i fornitori di prestazioni sanitarie - 4. Le recenti riforme.

## 1. Premessa

L'Austria è una repubblica federale di tipo parlamentare suddivisa in nove stati federati (*Bundesländer*) cui la costituzione garantisce larga autonomia politica e legislativa esercitata mediante le assemblee federali. Il Paese si estende per 83.850 km<sup>2</sup> e ha una popolazione di circa 7.812.000 abitanti.

Nel 1990, la spesa sanitaria è stata di 22.800 miliardi di lire (1) (si veda figura 1), pari all'8,4 per cento del prodotto interno lordo, che equivale ad una spesa pro-capite di circa 2,9 milioni di lire (in Italia, nello stesso periodo, la spesa sanitaria è stata di 106.136 miliardi di lire, pari all'8.1 per cento del PIL).

I 22.800 miliardi sono finanziati per circa due terzi dal settore pubblico e per un terzo da quello privato.

Il sistema sanitario austriaco, in prima approssimazione, può essere definito un sistema mutualistico obbligatorio. Questo, in analogia ai sistemi sanitari di molti altri paesi industrializzati, sta attraversando un graduale processo di riforma (iniziato negli anni '80) finalizzato alla ricerca di un equilibrio sostenibile tra l'aumen-

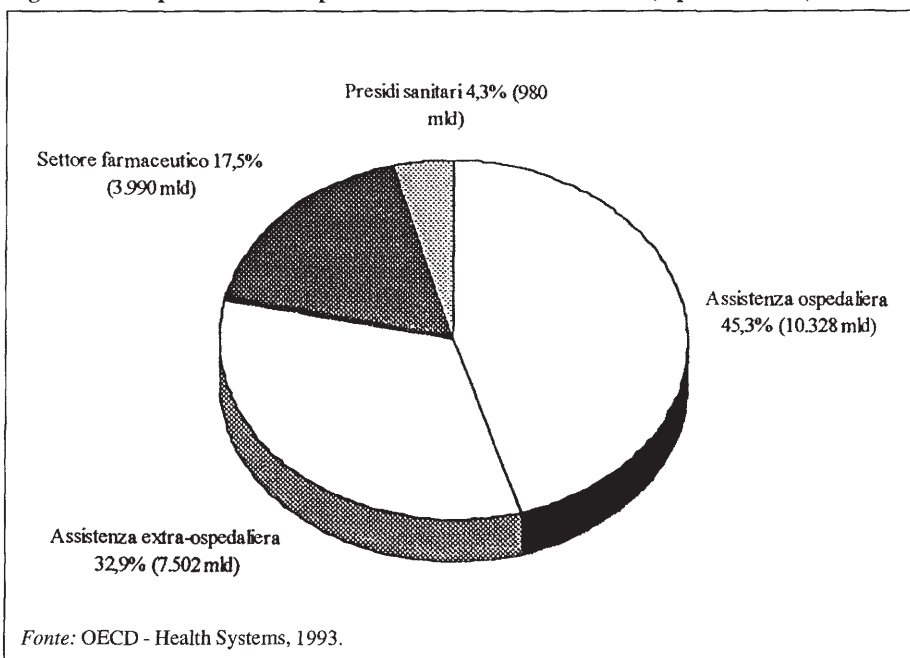
to/differenziazione dei bisogni e la scarsità delle risorse disponibili.

La logica di fondo comune ad ogni fase del processo è stata quella di superare la netta separazione tra assistenza ospedaliera e assistenza extra-ospedaliera attraverso l'introduzione del principio di «sistema sanitario integrato», secondo cui tutti gli attori del sistema devono cooperare allo scopo

di favorire uno spostamento dell'enfasi dall'assistenza ospedaliera a quella extra-ospedaliera al fine di mantenere sotto controllo gli elevati costi della prima senza nuocere alla qualità complessiva delle prestazioni erogate (2).

Nei prossimi paragrafi, dopo una breve presentazione del modello istituzionale del sistema sanitario austriaco, si cercheranno di descrivere i mec-

Figura 1 - Composizione della spesa sanitaria austriaca nel 1990 (espressa in lire)







Sanitario Federale nell'ambito del quale le autorità provinciali sono indipendenti nel regolamentare ed implementare il sistema.

Le nove province di cui è composta la federazione austriaca sono dotate di una propria assemblea e di un proprio governo. In linea di principio, le province godono della autonomia fiscale e della facoltà di introdurre nuove imposte. In realtà, si tratta di un diritto fortemente limitato in quanto alle province non è concesso di tassare gli stessi redditi già soggetti a prelievo fiscale a livello federale. Per tale motivo, il gettito fiscale delle province rispetto a quello complessivo è piuttosto limitato (attualmente è pari al 7 per cento).

Gli enti mutualistici e le associazioni mediche, attraverso un meccanismo di concertazione, determinano periodicamente il numero di medici convenzionabili e le politiche tariffarie, influenzando di conseguenza il livello qualitativo e quantitativo dei servizi resi dai medici.

In tale contesto, il ruolo del Ministero Federale della Sanità (istituito nel 1972) nel controllo sui meccanismi di finanziamento del sistema sanitario e quello del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali di supervisione del sistema sanitario risultano limitati.

La legge federale ospedaliera stabilisce che ogni provincia deve garantire l'assistenza ospedaliera, l'assistenza medica e infermieristica a tutte le persone che risiedono nel territorio. Operativamente, questo avviene attraverso la formulazione di piani ospedalieri provinciali, in cui le province, in piena autonomia, determinano il numero dei posti letto complessivi e i budget da assegnare agli ospedali.

Le autorità provinciali e comunali sono, infine, responsabili dei servizi di assistenza sociale.

### *2.1.1. L'agenzia per la Cooperazione Ospedaliera (KRAZAF)*

L'Agenzia per la Cooperazione Ospedaliera (KRAZAF) è l'ente responsabile della gestione esecutiva dei contratti di convenzione stipulati dalle autorità federali e provinciali con i vari ospedali. Esso costituisce quindi, sia per le autorità federali e provinciali sia per le assicurazioni, un importante strumento di pianificazione e controllo del complesso sistema di finanziamento degli ospedali.

Al KRAZAF confluiscono le risorse finanziarie degli enti mutualistici (per una quota pari a circa il 60 per cento dell'intero fondo), delle autorità federali, provinciali e comunali destinate al pagamento delle prestazioni ospedaliere.

L'ammontare complessivo delle risorse gestite dal KRAZAF è stato di 2.200 miliardi di lire nel 1992, 2.400 nel 1993, 2.600 nel 1994. L'accordo su questo tasso di crescita programmato è stato raggiunto dopo una lunga e difficile trattativa tra le autorità federali, le autorità provinciali e le mutue.

La gran parte di tale incremento è servito per coprire la differenza negativa tra le risorse finanziarie corrisposte dagli enti mutualistici agli ospedali (definite sulla base di un sistema di tariffe standard giornaliera) e i costi effettivi sostenuti dagli ospedali. Le ragioni del disavanzo derivano dalle politiche seguite dagli enti mutualistici nella definizione delle tariffe di rimborso; queste, infatti, sono determinate sulla base del tasso di crescita seguito dai redditi, che è risultato sensibilmente inferiore rispetto a quello seguito dai costi ospedalieri.

In sintesi, quindi, circa il 90 per cento delle risorse del KRAZAF sono destinate al finanziamento degli ospedali che hanno diritto al sussidio (tra questi sono inclusi tutti gli ospedali pubblici e le istituzioni no-profit private e rappresentano circa il 50 per

cento di tutti gli ospedali austriaci pari al 73 per cento dei posti letto disponibili). In tale contesto, gli ospedali che presentano forti disavanzi ricevono sussidi maggiori rispetto agli altri ospedali. I sussidi non presentano vincolo di destinazione, quindi possono essere utilizzati indistintamente per il finanziamento della gestione corrente, per l'effettuazione di investimenti, per la fornitura di servizi particolari.

Il restante 10 per cento delle risorse è finalizzato al finanziamento di interventi di miglioramento strutturale e viene trasferito alle autorità provinciali che devono rispettare, nella fase di allocazione delle stesse agli ospedali, il vincolo di destinazione ricevuto.

Il KRAZAF, oltre alle sue funzioni di pianificazione e controllo, dovrebbe svolgere altri compiti, quali concedere le autorizzazioni per nuovi progetti di costruzione, formulare proposte per migliorare l'efficienza degli ospedali, contribuire alla formulazione del Piano Ospedaliero Federale, autorizzare l'installazione delle principali attrezzature diagnostico-terapeutiche e coordinare la riduzione del numero dei posti letto per acuti. Nessuno di questi compiti è stato finora portato a termine. Dal 1988 la principale attività svolta dall'Agenzia è stata quella di sviluppare un sistema di finanziamento correlato alle prestazioni erogate.

### **3. I meccanismi di funzionamento del sistema sanitario austriaco**

Per descrivere il funzionamento del sistema sanitario austriaco si intende procedere all'analisi delle relazioni esistenti tra:

- cittadini e terzo pagante;
- pazienti e strutture di offerta;
- terzi paganti e fornitori di prestazioni e servizi sanitari.

3.1. *Le relazioni tra i cittadini e il terzo pagante*

3.1.1. Il sistema sanitario obbligatorio

Il sistema sanitario austriaco è un sistema mutualistico obbligatorio che copre circa il 99 per cento della popolazione occupata e disoccupata. L'uno per cento restante, si riferisce a persone appartenenti ad alcune categorie professionali abbienti e ai detenuti.

Esistono tre grandi tipologie di fondi assicurativi: i fondi malattia, i fondi previdenziali e i fondi infortuni. All'interno di queste categorie, viene effettuata una ulteriore differenziazione in relazione al tipo di professione svolta (lavoratori autonomi, lavoratori dipendenti, agricoltori, dipendenti pubblici), al luogo di residenza (provincia) dell'assicurato e alle caratteristiche storiche del fondo (da cui spesso dipendono i livelli dei contributi).

I fondi malattia (attualmente ne esistono 24) sono composti prevalentemente dai contributi versati dalle persone assicurate (pari nel 1990 all'88 per cento), da altri oneri obbligatori (11 per cento) e dai contributi federali per gli agricoltori (1 per cento).

L'ammontare dei contributi versati differisce a seconda della professione svolta. In particolare, il meccanismo contributivo previsto per i lavoratori dipendenti (denominato ASVG) si basa sul principio secondo cui metà dei contributi sono versati direttamente dai lavoratori stessi e metà dal loro datore di lavoro.

Le aliquote contributive ai vari fondi malattia, che sono tra le più basse rispetto a quelle applicate negli altri paesi industrializzati, sono determinate dal parlamento dopo aver esaminato la situazione finanziaria degli enti mutualistici.

Esistono, ad oggi, i seguenti quattro programmi assicurativi obbligatori che presentano caratteristiche differenti in relazione alla categoria profes-

sionale di appartenenza dell'assicurato:

1) programma assicurativo per i lavoratori dipendenti (ASVG).

Tale schema assicurativo, che copre praticamente tutti i lavoratori dipendenti (pari all'80 per cento di tutti gli assicurati a qualsiasi fondo), consente di usufruire dei servizi sanitari senza il versamento di alcun onere aggiuntivo da parte degli assicurati. Le persone con un basso livello di reddito sono esentate dall'obbligo di versare i contributi, ma sono ugualmente assicurate;

2) programma assicurativo per i dipendenti pubblici.

Tale programma prevede che l'assicurato che usufruisce di prestazioni sanitarie contribuisca direttamente al pagamento delle stesse nella misura del 20 per cento del costo delle prestazioni sostenute. Sono esentate da tale obbligo le persone appartenenti a categorie protette;

3) programma assicurativo per gli agricoltori.

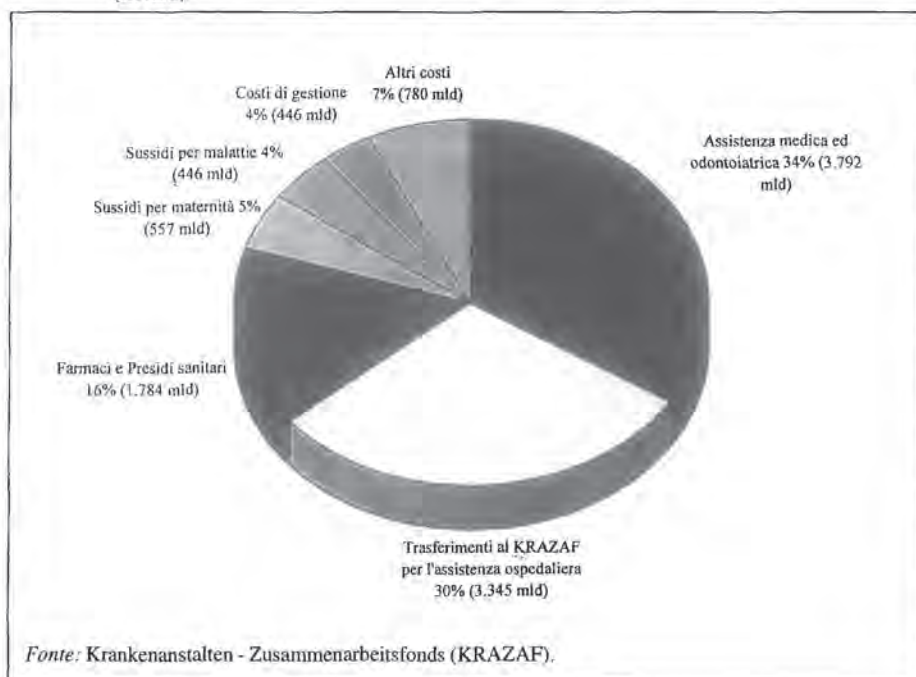
Il programma prevede il rimborso dell'80 per cento dei costi sostenuti dai propri assicurati per il pagamento delle prestazioni sanitarie. In questo caso, a differenza del programma precedente, gli assicurati devono anticipare per intero il costo delle prestazioni sanitarie sostenute;

4) programma assicurativo per i lavoratori autonomi del commercio e dell'industria.

Il programma copre per intero i costi dei servizi sanitari (sino ad un certo massimale) ad esclusione dell'assistenza ospedaliera per la quale copre direttamente l'80 per cento dei costi sostenuti.

In Austria, gli enti mutualistici, pur essendo pubblici, godono di autonomia gestionale, ma non possono definire l'aliquota contributiva; essi sono inoltre coordinati dalla Federazione degli Enti mutualistici. Il loro livello di spesa è passato da circa 6.140 miliardi di lire nel 1980 a 11.150 nel 1990. La composizione della spesa sanitaria del 1990 è indicata nella figura 3.

Figura 3 - Composizione della spesa sanitaria sostenuta dagli enti mutualistici nel 1990 (in lire)





### 3.1.2. L'assicurazione sanitaria integrativa

Una parte della popolazione austriaca sceglie di integrare la copertura sanitaria obbligatoria con programmi assicurativi volontari. Nel 1990, circa il 38 per cento della popolazione austriaca (pari a 2,9 milioni di persone) disponeva di un'assicurazione integrativa privata.

Le ragioni principali di tale scelta fanno riferimento alla possibilità di scegliere liberamente il medico specialista ospedaliero, di beneficiare di un migliore comfort alberghiero, di ridurre i tempi di attesa per eseguire le prestazioni diagnostiche; il desiderio, inoltre, di garantirsi un'assistenza sanitaria di elevata qualità (o percepita tale da un punto di vista soggettivo) è un ulteriore elemento che spiega il frequente ricorso a medici libero-professionisti e alla scelta di speciali trattamenti odontoiatrici non completamente coperti dai programmi sanitari obbligatori.

Il totale delle indennità erogate dalle assicurazioni relativamente ai programmi sanitari integrativi è passato da 578 miliardi di lire dei primi anni 80 a 1.307 miliardi degli inizi degli anni '90, ed è pari a circa il 30 per cento del totale delle risorse corrisposte dal sistema assicurativo obbligatorio agli ospedali.

Il sistema fiscale, infine, incentiva la sottoscrizione delle assicurazioni integrative consentendo la deducibilità dei premi pagati nella misura del 50 per cento. Anche i datori di lavoro possono sottoscrivere, ad integrazione del sistema obbligatorio, assicurazioni sanitarie private per i propri dipendenti; anche in questo caso i premi sono fiscalmente deducibili per un importo annuo non superiore a 600.000 lire per dipendente.

### 3.1.3. Gli esborsi diretti dei cittadini

Gli esborsi diretti hanno la finalità di responsabilizzare i cittadini sul consumo dei farmaci e delle prestazioni sanitarie.

Infatti, ad esclusione delle persone appartenenti a determinate categorie protette o al di sotto di un certo livello di reddito, i cittadini pagano un ticket (pari a 4.200 lire) per ogni prescrizione di farmaci appartenenti al prontuario farmaceutico. Nel 1990 l'ammontare di ticket raccolti dagli enti mutualistici è stato di 258.4 miliardi di lire; in altri termini, questo significa che, in media, i cittadini hanno pagato direttamente il 21,5 per cento del costo dei loro farmaci.

Il costo dei farmaci non inclusi nel prontuario è totalmente a carico dei cittadini; nel 1989 la spesa per l'acquisto di tali farmaci è stata di 471 miliardi di lire (pari al 25% delle entrate complessive delle farmacie).

I cittadini (ad esclusione di quelli appartenenti al programma assicurativo ASVG) contribuiscono, inoltre, al pagamento diretto delle prestazioni mediche sostenute, nella misura del 20 per cento del loro costo. I cittadini devono pagare, inoltre, una parte considerevole delle spese odontoiatriche, in particolare quelle relative ad interventi altamente specializzati, in quanto non soggette a copertura assicurativa.

Infine, i cittadini sono chiamati a corrispondere un ticket per ogni giornata di degenza effettuata sino ad un massimo di 28 giornate l'anno (attualmente il ticket varia da 8.000 a 8.600 lire a seconda delle province). Sono esentate le persone che già pagano una parte dei costi ospedalieri, quelle che dispongono di un'assicurazione sanitaria privata integrativa e quelle appartenenti a categorie socialmente deboli.

### 3.2. Le relazioni tra pazienti e strutture di offerta

Dopo aver analizzato le relazioni tra cittadini e terzo pagante, si intendono ora descrivere le diverse relazioni tra pazienti e strutture di offerta distinguendo tra:

- assistenza extra-ospedaliera;
- assistenza ospedaliera;
- assistenza per pazienti lungo-degenti;
- assistenza socio-sanitaria.

#### 3.2.1. L'assistenza extra-ospedaliera

Il settore dell'assistenza extra-ospedaliera è composto dai seguenti soggetti fisici e giuridici:

a) medici che operano in regime libero-professionale (medici di base e specialisti). L'assistenza di base è un diritto riconosciuto a tutta la popolazione ed è assicurata da circa 27.100 medici, di cui il 50% è impiegato presso strutture sanitarie mentre la parte restante opera in regime libero-professionale. Di questi ultimi, circa il 70 per cento è convenzionato con uno o più enti mutualistici.

Di regola, i medici che operano in regime libero-professionale sono liberi di svolgere la loro attività su tutto il territorio austriaco, tuttavia la maggior parte di essi opera in precisi ambiti territoriali definiti dai contratti di convenzione che stipulano con gli enti mutualistici.

Nella maggior parte delle regioni austriache, il numero di medici convenzionati è più che sufficiente in rapporto alla popolazione servita. Tuttavia, esistono alcune aree, in particolare quelle rurali, in cui vi è uno scarso numero di medici convenzionati rispetto al fabbisogno espresso dalla domanda (soprattutto nelle specialità di ostetricia e ginecologia, oculistica, dermatologia, ortopedia e otorinolaringoiatria).



I cittadini, nell'ambito di un determinato programma assicurativo, sono liberi di scegliere il loro medico di base ma, per un certo periodo (in genere un trimestre), non possono modificare tale scelta senza il consenso dell'ente mutualistico.

Il pagamento delle prestazioni ai medici di base e agli specialisti è effettuato dagli enti mutualistici secondo la logica «tariffa per prestazione». Alcuni programmi assicurativi richiedono che l'utente contribuisca direttamente al pagamento di una quota del costo della prestazione sostenuta.

Nel caso in cui i pazienti consultino un medico non previsto dal programma assicurativo, anticipano al medico l'intero costo della prestazione e, successivamente, vengono in parte rimborsati dall'assicurazione;

b) ambulatori specialistici. Esistono, attualmente, circa 440 ambulatori (di cui due terzi convenzionati con gli enti mutualistici) specializzati, principalmente, in odontoiatria, radiologia, riabilitazione, ginecologia e pediatria. Alcuni ambulatori offrono, inoltre, servizi di emergenza e di day-hospital.

Negli ambulatori sono impiegati circa 900 medici e il periodo medio di attesa per le prestazioni è di circa una settimana.

Dei 440 ambulatori, la metà (in particolare gli studi dentistici) appartiene, in modo diretto o indiretto, agli enti mutualistici;

c) ambulatori specialistici ospedalieri. Gli ospedali svolgono un ruolo decisamente importante nella attività specialistica ambulatoriale, soprattutto con riferimento all'attività di emergenza e di cura intensiva. Negli ultimi anni, infatti, si è registrata una forte crescita nel numero di prestazioni e servizi erogati da tali strutture (nel 1990 sono stati trattati circa 3,8 milioni di casi);

d) unità di igiene pubblica. I servizi di igiene pubblica sono erogati, in parte dai medici di medicina generale, ma soprattutto dalle unità locali di igiene pubblica che si occupano del settore della medicina preventiva (immunoprofilassi, consultorio pediatrico, ecc.) e della sensibilizzazione della popolazione su specifici temi (campagne antitubercolari, campagne sull'igiene ambientale, ecc.);

e) consultori familiari. I servizi erogati dalla rete di consultori familiari (circa 230 sull'intero territorio austriaco) sono gratuiti e costituiscono, sebbene in modo indiretto e non ufficiale, un importante componente del servizio psico-sociale;

f) assistenza domiciliare. La disponibilità di servizi di assistenza domiciliare varia da regione a regione in funzione del differente grado di propensione dei principali enti assicurativi ad includere tali servizi tra le prestazioni mutuabili. La scarsa propensione a finanziare le prestazioni domiciliari deriva dal forte contenuto sociale delle stesse e, in Austria, l'assistenza sociale rientra nelle competenze delle autorità provinciali e comunali, restando gli enti mutualistici responsabili esclusivamente della parte sanitaria.

Fino al 1° gennaio 1992 l'inserimento dell'assistenza domiciliare nei programmi assicurativi dipendeva dalla discrezionalità dell'utente di estendere la propria copertura sanitaria anche a tali servizi. Successivamente, tale discrezionalità è stata trasformata nell'obbligo di comprendere nei programmi assicurativi le prestazioni di assistenza domiciliare ad alto contenuto sanitario, lasciando quelle di natura prevalentemente sociale di competenza delle autorità comunali e provinciali;

g) esistono, infine, altri professionisti dell'assistenza sanitaria extra-ospedaliera che sono in alcuni casi

convenzionati con enti mutualistici. Tra questi si annoverano i fisioterapisti, i logopedisti e gli psicoterapisti.

### 3.2.2. L'assistenza ospedaliera

Nel 1990 esistevano in Austria 320 ospedali con 74.111 posti letto (equivalenti, in media, a 9,5 posti letto per 1.000 abitanti contro una media reale italiana di 6,5). La legge Ospedaliera Federale individua le province quali organi responsabili delle politiche inerenti l'assistenza ospedaliera in un determinato ambito territoriale.

Attualmente, le istituzioni che operano direttamente nel settore dell'assistenza ospedaliera sono le seguenti: le province (con il 51 per cento dei posti letto), gli ordini religiosi (17 per cento), i comuni e le associazioni di comuni (17 per cento), gli enti mutualistici (8 per cento), i privati cittadini e le associazioni (6 per cento), le autorità federali (1 per cento). All'interno di questo quadro, gli ospedali non specialistici rappresentano il 64 per cento del numero totale di posti letto disponibili, mentre gli ospedali specialistici il 27 per cento. I posti letto restanti appartengono a strutture dedicate all'assistenza sanitaria residenziale per pazienti non autosufficienti e all'assistenza sanitaria per lungo-degenti stabilizzati.

Gli ospedali non specialistici sono inoltre qualificati diversamente in relazione al bacino di utenza potenziale di riferimento. In particolare, si distingue tra: ospedale standard (uno per 50.000-90.000 abitanti), ospedale regionale (uno per 250.000-300.000 abitanti), ospedale centrale (almeno uno per provincia con più di un milione di abitanti). La popolazione è attualmente servita da 96 ospedali standard, 30 ospedali regionali e tre ospedali centrali, che sono anche sedi di cliniche universitarie.

Le persone assicurate hanno diritto ad accedere presso qualsiasi struttura ospedaliera presente sul territorio e, parallelamente, gli ospedali non specialistici (a differenza di quelli specialistici) sono obbligati ad ammettere tutti i pazienti, indipendentemente dal sesso, dall'età o dal tipo di trattamento medico di cui necessitano.

È prevista, inoltre, l'assistenza ospedaliera a pagamento che dà diritto non solo alla libera scelta del medico ma anche ad una serie di servizi aggiuntivi di carattere alberghiero (camera singola o doppia, migliore qualità dei pasti serviti), fermo restando la qualità dell'assistenza sanitaria fornita, che dovrebbe essere la stessa di quella erogata nell'ambito dell'attività istituzionale.

Negli ospedali pubblici e in quelli privati no-profit, il numero di posti letto appartenenti all'area a pagamento non può essere superiore al 25 per cento del totale dei posti letto disponibili. Nel 1990 erano complessivamente disponibili circa 11.000 posti letto a pagamento.

Negli ospedali pubblici, gli organi responsabili della formulazione delle politiche sanitarie sono espressione dei consigli comunali o provinciali (in relazione al tipo di ospedale).

La gestione corrente è affidata, invece, a un organo chiamato *collegiate management* composto dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal responsabile del servizio infermieristico. I poteri di tale organo sono piuttosto limitati e variano da provincia a provincia.

### 3.2.3. L'assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera per pazienti lungo-degenti

In Austria, il problema della distinzione tra assistenza per pazienti acuti e assistenza per pazienti lungo-degenti è stato risolto considerando di lungo-

degenza un ricovero superiore ai 28 giorni.

Il settore dell'assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera per pazienti lungo-degenti fa riferimento alle seguenti attività:

a) assistenza psichiatrica.

Prima della riforma del settore, avviata negli anni '80, l'assistenza psichiatrica era assicurata solamente dagli ospedali psichiatrici e dai medici specialisti che operavano individualmente in regime libero-professionale; non erano previste, tra queste due componenti del sistema, adeguate forme di coordinamento e di integrazione.

La riforma, recependo il recente orientamento seguito dalla disciplina psichiatrica che attribuisce all'integrazione dei pazienti con la comunità un ruolo decisivo nella cura delle varie patologie (in luogo dell'assistenza esclusivamente ospedaliera), ha favorito l'istituzione di strutture riabilitative residenziali e semi-residenziali (appartenenti al settore pubblico o ad associazioni private patrocinate da enti pubblici) che si preoccupano, tra l'altro, di integrare i servizi di assistenza sociale, psichiatrica e psicologica in relazione ai fabbisogni di ciascun paziente.

L'effetto di questo nuovo approccio nel trattamento delle malattie psichiche croniche ha portato ad una sensibile riduzione del numero di posti letto e della durata media delle degenze: tra il 1980 e il 1990 il numero di posti letto è infatti passato da 9.700 a 6.500, mentre la degenza media è passata da 95 a 45 giorni;

b) psicoterapia.

Sebbene il livello qualitativo delle prestazioni psicoterapiche sia considerato buono, la quantità dei servizi erogati è insufficiente rispetto alla domanda di tali prestazioni. Nel 1989 operavano circa 1.200 psicoterapisti specializzati (in media uno ogni 6.300

abitanti) e più di 500 istituzioni specializzate nell'erogazione di prestazioni psicoterapiche. Tali istituzioni sono finanziate o sostenute dalle autorità federali, provinciali o comunali (e non dalle mutue) e, ad eccezione di alcune, forniscono i propri servizi a pagamento.

La piena attuazione della riforma del settore psichiatrico, che prevede l'individuazione di un distinto profilo professionale per gli psicoterapeuti e l'inclusione della psicoterapia tra le prestazioni assicurabili dagli enti mutualistici, produrrà nei prossimi anni un sensibile incremento dell'offerta di servizi psichiatrici e psicoterapeutici;

c) assistenza ai tossicodipendenti.

L'assistenza alle persone tossicodipendenti è garantita da una rete di strutture dedicate e finanziate dalle autorità federali e provinciali (nel 1991 con un ammontare pari a 2.5 miliardi di lire) che attualmente ha in carico circa 10.000 persone.

Le autorità federali svolgono l'attività di pianificazione dell'intero sistema di assistenza, mentre le autorità provinciali definiscono le strategie di intervento locali in collaborazione con i centri terapeutici ed altre istituzioni quali la polizia locale e i tribunali;

d) riabilitazione.

Nonostante l'Austria sia dotata di un buon numero di strutture dedicate esclusivamente alla riabilitazione (nel 1990 con i 3.500 posti letto disponibili per la riabilitazione sono stati curati circa 42.000 pazienti, facendo registrare una degenza media che oscillava da 24 a 45 giornate in relazione al tipo di organo coinvolto), vi è un accumulo di domanda di prestazioni riabilitative non soddisfatta (in Austria sono circa 400.000 le persone disabili), soprattutto in alcuni settori, e in particolare in quello della neuro-riabilitazione.

Tali strutture operano, nella gran parte dei casi, in regime di convenzionamento con gli enti mutualistici.

### 3.2.4. L'assistenza socio-assistenziale

Per la maggior parte della popolazione (ad eccezione dei funzionari statali e di poche altre categorie per i quali esiste un diverso sistema assistenziale), i rischi sociali, quali la vecchiaia, la malattia, la disoccupazione, sono coperti dal sistema di sicurezza sociale che garantisce in caso di invalidità, una somma mensile per l'assistenza infermieristica.

Parallelamente, i sistemi socio-assistenziali, organizzati a livello provinciale, sono responsabili, da un lato, di garantire l'erogazione dei servizi e, dall'altro, di provvedere (tramite trasferimenti di risorse) al pagamento delle spese sanitarie sostenute dalle persone non assicurate:

#### a) l'assistenza residenziale.

Dal 1960 al 1990, l'offerta di posti letto delle strutture residenziali per pazienti non autosufficienti e dei ricoveri per anziani è passata da circa 30.000 a 60.000.

Attualmente in Austria vi sono circa un milione di persone oltre i 65 anni, ossia 25 posti letto ogni 1.000 persone anziane. L'accesso a queste strutture, gestite generalmente dai comuni, varia enormemente da zona a zona; più della metà dei posti letto disponibili sono collocati nelle grandi città.

La spesa annuale complessiva per l'assistenza residenziale è di 1.200 miliardi di lire. La retta a carico dei pazienti, volta a coprire i costi di gestione corrente, è di circa 2,1 milioni di lire al mese per un posto letto dotato di assistenza infermieristica e di 1,2 milioni di lire per un posto letto in un ricovero per anziani non dotato di assistenza infermieristica. I pazienti non in grado di pagare interamente la retta

vengono aiutati dalle famiglie o, in mancanza, dal sistema socio-assistenziale;

b) riforme del settore della lungo-degenza.

A causa della diminuita capacità delle famiglie di fornire assistenza agli anziani, della rapida crescita nel numero di persone anziane, della inadeguata capacità di offerta di servizi per persone anziane e del malfunzionamento dei meccanismi di trasferimento di risorse da parte della pubblica amministrazione, la riforma del settore dell'assistenza di lungo termine è tra le materie più importanti del governo federale, delle province e dei comuni.

Si prevede che l'ammontare di risorse stanziato per l'assistenza di lungo termine verrà sensibilmente aumentato e, parallelamente, verranno potenziati i servizi di assistenza extra-ospedaliera in modo da realizzare un più efficace supporto all'assistenza fornita nell'ambito familiare. Gli investimenti nell'assistenza residenziale saranno inoltre finalizzati all'aumento della qualità delle prestazioni e all'istituzione di una rete di servizi maggiormente integrata con il territorio.

### 3.3. *Le relazioni tra i terzi paganti e i fornitori di prestazioni sanitarie*

#### 3.3.1. L'assistenza extra-ospedaliera

Attualmente, la maggior parte dei medici opera in modo autonomo. Negli ultimi anni si sono sviluppate alcune forme di cooperazione come, ad esempio, studi professionali e ambulatori specializzati che coinvolgono circa 1.900 medici autonomi pari al 7 per cento del totale dei medici austriaci:

a) medici che operano in regime libero-professionale.

I compensi percepiti dai medici che operano in modo autonomo pos-

sono provenire dagli enti mutualistici, se esiste un contratto di convenzione, o direttamente dai pazienti, quando questi ricadono sotto altri contratti di convenzione. In quest'ultimo caso, il paziente potrà essere rimborsato se dispone di un'assicurazione sanitaria integrativa.

I contratti di convenzione sono regolati da piani provinciali negoziati dagli Enti mutualistici con le associazioni mediche in relazione alla tipologia delle prestazioni sanitarie richieste in una certa area e alla tipologia delle prestazioni e servizi forniti dagli ospedali della zona.

Tali piani, che costituiscono tra l'altro la base di riferimento su cui vengono determinati i singoli contratti stipulati tra medico ed ente mutualistico, definiscono il tariffario di riferimento per il rimborso delle prestazioni, il numero massimo di medici convenzionabili e il loro ambito territoriale di competenza.

A livello federale, nel periodo 1978-1986, il tasso di incremento annuo del numero di convenzioni era stato fissato nella misura del 2,2 per cento (rispetto all'anno base 1978), ossia 123 posti in più l'anno.

In base ad una recente disposizione di legge, molti enti mutualistici hanno introdotto un sistema di pagamento misto secondo il quale i medici di medicina generale convenzionati percepiscono una quota capitolaria e una tariffa specifica per l'esecuzione di determinate prestazioni di particolare impegno professionale. La quota capitolaria è liquidata trimestralmente indipendentemente dal numero di volte che il paziente si rivolge al medico e varia nell'ammontare in relazione al trattamento economico applicato nelle varie province (attualmente è di circa 30.000 lire);

b) le politiche di pagamento degli enti mutualistici.



Le politiche seguite dai vari enti mutualistici nel pagamento delle prestazioni alle strutture di offerta costituisce da sempre motivo di intenso dibattito. Attualmente, vengono effettuati rimborsi relativamente elevati per le prestazioni strumentali e relativamente bassi per le prestazioni non strumentali.

Tuttavia, dal 1992, la gamma di servizi coperta dalle assicurazioni si è estesa coerentemente con i più recenti orientamenti che hanno interessato il sistema sanitario in tema di assistenza extra-ospedaliera. In particolare:

— l'assistenza medica domiciliare è diventata un servizio rimborsabile (per un massimo di quattro settimane) ed è intesa come un'alternativa al ricovero ospedaliero quando prescritta dal medico. Per periodi più lunghi, l'autorizzazione deve essere concessa dal funzionario medico della assicurazione. Sono esclusi da tale servizio i pazienti cronici e i pazienti che necessitano di assistenza infermieristica;

— il trattamento psicoterapico è stato posto sullo stesso piano di un qualsiasi trattamento medico, pertanto esiste ora la possibilità di farsi rimborsare dagli enti mutualistici le spese connesse a tali prestazioni;

— la riabilitazione è stata inserita tra le prestazioni rimborsabili.

### 3.3.2. L'assistenza ospedaliera

#### a) I medici ospedalieri.

La remunerazione dei medici ospedalieri è regolata sulla base di contratti privati. Negli ospedali pubblici e in quelli privati no-profit, i medici ricevono in aggiunta al loro stipendio una quota relativa all'attività svolta per l'area a pagamento (sia ambulatoriale che ospedaliera); l'ammontare di tali compensi differisce in ragione dei criteri adottati dai vari

ospedali nella ripartizione del fondo tra i vari medici;

b) il meccanismo di finanziamento degli ospedali.

Il sistema di finanziamento delle strutture ospedaliere, si è basato sino al 1995 (anno in cui è stata avviata la sperimentazione di un sistema di tariffe per prestazioni) sul riconoscimento da parte delle assicurazioni di una tariffa standard giornaliera negoziata dagli enti ospedalieri con la provincia, indipendentemente dai costi effettivi dei trattamenti erogati.

I costi di gestione corrente sostenuti per l'assistenza ospedaliera standard venivano quindi rimborsati dagli enti mutualistici sulla base della tariffa giornaliera, mentre i costi addizionali sostenuti per le degenze a pagamento erano coperti direttamente dai pazienti o dalle loro assicurazioni. Di fatto tale sistema incentivava il fenomeno delle degenze improprie, laddove il ricavo marginale della giornata di degenza era superiore al costo marginale.

Tuttavia:

— il metodo usato per calcolare la tariffa standard giornaliera, che copriva solo i costi della gestione corrente;

— la differenza tra la tariffa standard giornaliera negoziata con le autorità provinciali e quella effettivamente corrisposta dagli enti mutualistici generava, negli ospedali pubblici, una situazione di disavanzo di bilancio di natura strutturale.

Gli eventuali disavanzi di bilancio che si evidenziavano anche dopo i trasferimenti di risorse effettuate dal KRAZAF, venivano sistematicamente ripianati dai comuni, dalle associazioni di comuni o dalle autorità provinciali e federali, disincentivando qualsiasi sforzo da parte degli ospedali di conseguire risultati migliori.

Poiché il sistema di finanziamento degli ospedali poteva coinvolgere

differenti istituzioni (gli enti mutualistici, le autorità federali, provinciali e comunali, le associazioni di comuni, i pazienti e il KRAZAF), ciascuna di esse cercava di ridurre al minimo il proprio contributo finanziario.

Il dibattito tra le diverse istituzioni raramente è andato oltre la dimensione dell'ammontare complessivo del finanziamento di pertinenza di ciascuna di esse, in quanto il sistema di finanziamento adottato non era strutturalmente in grado di porre tali istituzioni nelle condizioni di operare un effettivo potere di influenza o di controllo sui costi totali dell'assistenza ospedaliera.

## 4. Le recenti riforme

Negli ultimi anni le autorità federali e provinciali hanno avviato una politica ospedaliera strutturalmente diversa rispetto al passato. Le recenti politiche di finanziamento al sistema sanitario ospedaliero sono state finalizzate alla riduzione del numero dei posti letto per acuti a favore dello sviluppo dell'assistenza sanitaria extra-ospedaliera (servizi materno-infantili, assistenza domiciliare) e dello sviluppo di strutture socio-sanitarie integrate.

In questo senso, nel triennio 1988-1990 sono stati erogati 350 miliardi di lire che sono stati allocati nel modo seguente: il 29 per cento per l'assistenza domiciliare, il 27 per cento agli ospedali (per miglioramenti strutturali interni), il 15 per cento alle case di riposo o strutture per la lungo-degenza, il 7 per cento alle équipes di guardia medica, l'1 per cento ai servizi socio-sanitari distrettuali e il restante 21 per cento ad altri servizi extra-ospedalieri quali day-care facilities, potenziamento dei servizi di prevenzione primaria (ad esempio la ginnastica correttiva nelle scuole) e altri progetti (ad esempio i metodi di nascita alternativi, le

campagne di promozione della salute della collettività).

Altri ambiti di riforma riguardano:

— la forte riduzione dei posti letto per acuti (circa 2.600 a partire dal 1990);

— la definitiva messa a regime del nuovo meccanismo di finanziamento del sistema ospedaliero collegato alle prestazioni e alle diagnosi. I criteri utilizzati per calcolare l'ammontare di finanziamento sono, oltre le diagnosi, la adeguatezza dello staff infermieristico e della strumentazione tecnica, l'offerta di servizi particolari e il raggiungimento di standard prestabiliti. Questo sistema, che si sta sperimentando in 20 ospedali, sarà successivamente esteso anche agli altri ospedali.

Per quanto riguarda l'assistenza extra-ospedaliera, la politica seguita dagli enti mutualistici è quella di chiudere gli ambulatori piccoli e antieconomici e favorire la istituzione di veri e propri «poliambulatori specialistici» in grado di offrire una ampia tipologia di prestazioni diagnostico/terapeutiche soprattutto in quelle regioni in cui vi sono pochi medici convenzionati.

In ogni caso, le decisioni che riguardano la definizione della struttura e della capacità di offerta degli ambulatori specialistici sono subordinate all'assenso delle associazioni mediche.

Complessivamente, le piccole riforme finora compiute dallo Stato in quasi tutte le aree sanitarie al fine di integrare l'assistenza ospedaliera a quella extra-ospedaliera (in modo da contenere e razionalizzare la spesa) hanno prodotto, da un lato, risultati parzialmente positivi in alcune aree (ad esempio nel settore psichiatrico) e, dall'altro lato, hanno posto le condizioni per promuovere un vero e proprio cambiamento strutturale del sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera.

Un contributo decisivo al raggiungimento degli obiettivi sopra indicati potrebbe derivare dall'introduzione di meccanismi che orientino maggiormente il sistema verso più elevati livelli di competitività. Infatti, sebbene il sistema sanitario austriaco sia diretto e governato da una pluralità di soggetti ed istituzioni, rimane predominante il ruolo delle pubbliche ammini-

strazioni locali che agiscono sia a livello del sistema di offerta, attraverso la pianificazione dei livelli quantitativi di attività autorizzati alle varie strutture di offerta, sia a livello del sistema assicurativo, intervenendo nella definizione delle aliquote contributive.

---

(1) Il tasso di cambio utilizzato nell'articolo è pari a 152 lire italiane per scellino austriaco.

(2) È interessante rilevare la differenza di tale orientamento rispetto alla direzione intrapresa in questa fase storica dal Sistema Sanitario Nazionale che, introducendo la distinzione tra azienda USL e azienda ospedaliera, tende di fatto a separare l'assistenza ospedaliera da quella extra-ospedaliera.

#### BIBLIOGRAFIA

- KRAZAF, *Hospitals in Austria: structure and financing system*, Wien, 1993.
- OECD HEALTH SYSTEMS, *Facts and Trends, 1960-1991*. Volume I.
- FEDERAL MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL AFFAIRS, *The health care system in Austria*, Wien, 1992.
- ANESSI E., *Il governo della sanità nei paesi industrializzati: modelli a confronto*. *Mecosan* 1992; 3: 19-43.

# ***MECOSAN***

**Management ed economia sanitaria**

# ***È***

# ***L'ORA***

# ***DEL***

# ***RINNOVO***

**COSTO DELL'ABBONAMENTO 1996: L. 260.000**

Programma abbonamento 1996

Spediz. in abb. postale, tab. A, c. 26, art. 2, L. n. 549/95 - Roma

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n..... abbonament..... a

***MECOSAN***

**Management ed economia sanitaria**

*diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi*

con destinatario il nominativo sul retro indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

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

..... li .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

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



**Sanità e impresa**

Sezione 5<sup>a</sup>

# LE CURE SANITARIE A DOMICILIO: L'ESPERIENZA DI UNA SOCIETÀ PRIVATA

di Roberta Montanelli<sup>1</sup>, Domenico Bochicchio<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

<sup>2</sup> Medicasa spa

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. I nodi critici nell'erogazione di servizi sanitari domiciliari - 3. L'esperienza di Medicasa - 3.1. Organizzazione dei servizi, processo di presa in carico e standard di prestazioni - 3.2. Gestione informatizzata dei principali flussi informativi - 3.3. I programmi di formazione permanente - 3.4. I dati sull'attività e i costi - 4. I principali problemi aperti sulle cure sanitarie a domicilio.

## 1. Introduzione

È opinione ormai consolidata che sia preferibile affrontare i problemi socio-sanitari delle persone in stato di bisogno nel loro ambiente di vita in quanto la salute psico-fisico-sociale degli individui è positivamente correlata alla densità e alla significatività delle reti informali in cui vivono.

I vantaggi che un adeguato ed articolato sistema di cure a domicilio può offrire sono di ordine etico, clinico ed economico: miglioramento della qualità di vita del paziente ed umanizzazione del trattamento, sollievo da parte delle famiglie, risultati clinici migliori (specie per talune patologie), un alto grado di servizi e la loro possibile estensione pur in un quadro di minori disponibilità finanziarie.

Un sistema domiciliare con specializzazione, autonomia e diffusione tali da consentire una adeguata intensità ed estensione delle cure, potrebbe interagire sinergicamente sia con il comparto ospedaliero che con quello ambulatoriale/territoriale ed indurre un circolo virtuoso all'interno dell'intero sistema sanitario, favorendo un uso più efficiente e razionale delle risorse.

In questo modo il sistema sanitario risulterebbe fondato su tre poli strettamente integrati, ognuno con una propria missione specifica:

- il polo ospedaliero/istituzionale;
- il polo ambulatoriale/territoriale;
- il polo domiciliare.

Una volta entrato nel sistema, l'utente dovrebbe trovare, in base alle proprie necessità, la risposta più adeguata in termini di cura e di assistenza. Sarà compito del medico curante decidere in base all'evoluzione della patologia, ai nuovi bisogni e alla situazione ambientale quale modalità di assistenza è, in quel momento e in quella situazione, la più adeguata.

La figura 1 evidenzia per ciascuno dei tre poli la struttura interna e il possibile reticolo di relazioni con gli altri due.

Un siffatto sistema tripolare richiede però che il polo domiciliare venga pienamente legittimato ed opportunamente sostenuto. Nel nostro paese, invece, manca ancora una vera e propria cultura delle cure domiciliari e non esiste neppure un adeguato quadro normativo di riferimento.

Per arricchire il dibattito su questo argomento, dopo aver individuato i

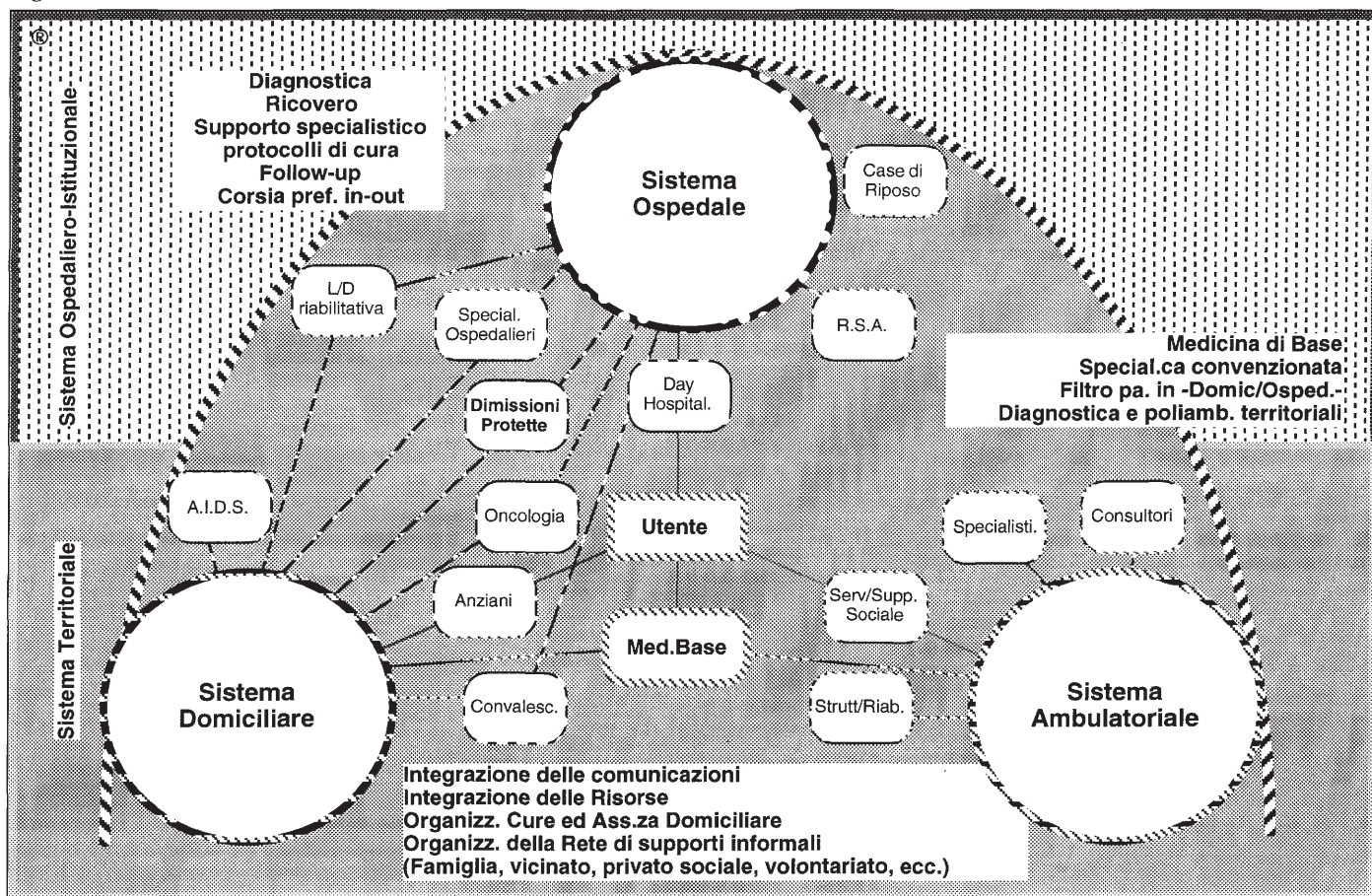
principali nodi critici che caratterizzano l'erogazione di servizi domiciliari a contenuto sanitario, vediamo come una società privata, che ha scelto di specializzarsi in questa tipologia di servizi, ha cercato di risolverli.

In allegato riportiamo inoltre il testo della Consensus Conference sulle cure sanitarie domiciliari, organizzata lo scorso novembre dalla Regione Lombardia, che rappresenta uno dei pochi documenti di indirizzo elaborati per le organizzazioni che intendono erogare servizi sanitari a domicilio.

## 2. I nodi critici nell'erogazione di servizi sanitari domiciliari

Per servizi sanitari domiciliari si intende comunemente l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e la Specializzazione Domiciliare (SD). La prima è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative ed anche socio-assistenziali rese al domicilio dell'ammalato, si rivolge a pazienti con patologie cronico-degenerative stabilizzate o con difficoltà di movimento e si pone come obiettivo quello di evitare o ritardare ulteriori perdite di autonomia, l'istitu-

Figura 1



zionalizzazione e/o l'ospedalizzazione dell'ammalato.

L'ospedalizzazione domiciliare è caratterizzata da un'intensità sanitaria maggiore dell'ADI ed è un servizio prevalentemente specialistico. È pensato per il trattamento di pazienti dimessi dall'ospedale ma che necessitano ancora di un periodo di sorveglianza (dimissioni protette/fase post-acuta) o anche per i malati terminali ed è finalizzato ad evitare prolungamenti delle degenze ospedaliere o ad evitare l'ospedalizzazione.

Nell'erogazione di servizi di questo tipo il vero nodo critico è costituito dalla complessità organizzativa, dovuta in primo luogo all'elevato numero di pazienti da assistere e di operatori sanitari da gestire a distanza.

Si tratta in sostanza di riuscire ad organizzare un ospedale «diffuso» sul territorio, il che comporta lo sforzo di garantire l'efficacia sanitaria risolvendo nel contempo il problema della logistica degli spostamenti, questione non semplice soprattutto nelle grandi città.

Vanno assicurati efficienti canali di comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti, specie in un progetto come l'ADI che chiama in causa — oltre alle risorse dell'organizzazione che eroga i servizi (medici propri, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione e logopedisti) — i responsabili delle USSL, i medici di medicina generale, i responsabili del servizio di assistenza domiciliare del Comune e talvolta anche il volontariato.

Occorre inoltre essere preparati a far fronte alle emergenze e ai numerosi eventi che possono portare turbative alla pianificazione già effettuata e che richiedono aggiustamenti in tempo reale. L'organizzazione che eroga il servizio deve quindi essere in grado in ogni momento di dare — direttamente o indirettamente — una risposta al problema del paziente, in una parola deve sapersi assumere la «responsabilità del caso».

In aggiunta a tutto questo va detto che, poiché questo tipo di assistenza sanitaria ha luogo in casa del paziente, lo «stile» del servizio deve essere diverso. Usando un'espressione forte potremmo dire che in questo caso l'utente è «sovrano» ed entro certi limiti l'organizzazione che eroga i servizi



deve sapersi «piegare» ai suoi bisogni; è l'offerta che deve sapersi adeguare alla domanda. Questo in termini operativi significa che occorre erogare i servizi quando servono al paziente e non quando l'organizzazione aveva previsto o ritenuto utile o conveniente farlo.

In questo tipo di attività è indispensabile assicurare una completa informazione al paziente e alla famiglia attraverso momenti di comunicazione efficaci e tempestivi tra la casa dell'utente e la struttura di cure domiciliari.

Infine, dato che nel periodo di assistenza uno stesso paziente, in seguito al decorso della malattia, può passare dall'ADI alla SD o viceversa, l'organizzazione delle cure domiciliari dovrebbe essere in grado di fornire un insieme di prestazioni adatto ad entrambe le modalità.

### 3. L'esperienza di Medicasa

Medicasa, società privata per l'erogazione di assistenza sanitaria domiciliare, nasce nel 1992 prendendo come esempio la società Santé Service che in Francia è presente in questo campo, con grande successo, fin dal 1958.

Dal 1993 opera in convenzione con tre USSL dell'area milanese nell'ambito di una sperimentazione di assistenza domiciliare integrata partita in seguito all'emanazione del Progetto Obiettivo Anziani.

Oltre ai pazienti che le vengono dati in carico dalle USSL, Medicasa segue anche un certo numero di utenti che si sono rivolti all'organizzazione privatamente o che hanno stipulato contratti di assicurazione sanitaria privata. Ma l'evento decisivo per la sua espansione è stata senz'altro l'attuazione da parte della Regione Lombardia del Progetto Obiettivo Anziani che ha segnato una svolta rilevante nella politica sanitaria rivolta agli anziani nella

direzione del potenziamento dei servizi di tipo domiciliare.

Per far fronte alla complessità organizzativa di cui si è parlato in precedenza, Medicasa utilizza metodologie e strumenti di management al fine di garantire una gestione efficiente con una particolare attenzione alla raccolta di informazioni e all'elaborazione dei parametri necessari per programmare gli impegni futuri.

I principali elementi che caratterizzano la gestione delle attività di Medicasa possono essere così sintetizzati:

- organizzazione dei servizi basata su un'unica centrale operativa;
- procedure operative standardizzate, diffuse e condivise;
- flussi informativi formalizzati e loro gestione informatizzata;
- metodologie di formazione permanente per gli operatori;
- monitoraggio del regime delle prestazioni: tempi, costi e qualità;
- disponibilità di una «base dati» storica informatizzata utilizzabile in termini di programmazione e controllo.

#### 3.1. Organizzazione dei servizi, processo di presa in carico e standard di prestazioni

L'organizzazione dei servizi di Medicasa si basa su un'unica centrale operativa che ha il controllo di tutte le attività e rappresenta un unico e costante (24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana) punto di riferimento per il paziente in trattamento domiciliare.

La centrale operativa è costituita da una segreteria organizzativa e da una équipe sanitaria che operano in stretta sinergia. I compiti principali della prima sono quelli di pianificare le attività, di allocare conseguentemente le risorse e di gestire con tempestività gli imprevisti attivando le urgenze o ripianificando i servizi.

L'équipe sanitaria, invece, analizza i singoli casi, imposta l'attività degli operatori sanitari e gestisce in tempo reale, 24 ore su 24, eventuali richieste urgenti di intervento o di supporto provenienti dalle famiglie e dagli operatori. Ha inoltre il compito di mantenere i contatti con il responsabile ADI della USSL, di provvedere alla selezione e alla formazione del personale sanitario e di verificare la qualità del servizio, attraverso una supervisione programmata e costante.

Le USSL in convenzione con Medicasa forniscono all'organizzazione i dati anagrafici del paziente da prendere in carico, le informazioni logistiche, i dati clinici ed il piano operativo da attuare stabilito dalla Unità Valutativa Geriatrica (UVG).

Il piano viene analizzato in una riunione a cui partecipano i responsabili della segreteria organizzativa e dell'équipe sanitaria e in tale ambito vengono allocate le risorse necessarie (infermiere professionale, terapeuta della riabilitazione, logopedista, ausiliario socio-assistenziale, medico, specialista) per la presa in carico del paziente.

La scelta delle risorse avviene in base a criteri prioritari di efficacia (l'operatore più adatto) e quindi di efficienza (ottimizzazione dei carichi di lavoro e degli spostamenti).

L'attivazione del servizio viene effettuata entro 48 ore dalla comunicazione della USSL, ma in caso di urgenza avviene entro 24 ore.

Nel corso della gestione dei pazienti qualsiasi evento anomalo viene segnalato tempestivamente dagli operatori sanitari alla centrale operativa la quale provvede a risolvere i problemi di propria competenza e a segnalare al responsabile ADI della USSL tutti gli eventi significativi.

Presso il domicilio del paziente viene tenuta una cartella domiciliare dove sono registrati tutti i trattamenti

che gli vengono somministrati e le sue condizioni cliniche generali.

Lo standard di prestazioni fornite da Medicasa è così sintetizzabile:

— normale erogazione del servizio sulle 12 ore (dalle 8 alle 20 per 365 giorni all'anno);

— reperibilità medica costante per il personale paramedico operante a domicilio;

— realizzazione di un raccordo sempre più stretto con il medico curante;

— servizio di reperibilità medica e infermieristica (24 ore per 365 giorni);

— disponibilità di un servizio di segreteria organizzativa per i pazienti in carico con orario prolungato (10 ore) dal lunedì al venerdì e 5 ore il sabato mattina.

Ai pazienti viene assicurata, in ogni caso, una copertura globale 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno in quanto, nell'impossibilità di attivare in tempo utile il medico di famiglia, il problema viene gestito e risolto dalla centrale operativa e quindi comunicato alla USSL ed al medico di base stesso.

Particolare attenzione viene data all'ascolto e alla presa in carico dei bisogni dei pazienti e delle loro famiglie e questa attività di supporto, anche psicologico, occupa il personale dell'area operativa e dell'area sanitaria in modo consistente e determina l'alto numero di risorse presenti presso la centrale operativa.

### 3.2. Gestione informatizzata dei principali flussi informativi

Per le esigenze specifiche delle cure domiciliari ed in particolare per supportare le attività della centrale operativa in termini di pianificazione e controllo delle attività (accessi) Medicasa ha messo a punto un programma informatico ad hoc (GPMEDI).

Il programma contiene tutte le informazioni significative relative al paziente: i dati anagrafici, i dati logistici, il medico di riferimento, il piano operativo predisposto dalla USSL e gli eventuali rischi sanitari del paziente.

Contiene inoltre gli archivi anagrafici degli operatori e, attraverso la funzione di gestione agenda, permette di programmare le attività degli operatori sui pazienti e di effettuare, in caso di urgenze, le necessarie riallocazioni di risorse in tempo reale.

Permette infatti di sapere in ogni istante dove si trovano i vari operatori ed in caso di chiamata urgente consente di individuare l'operatore che sta prestando servizio nella zona in modo da poterlo inviare rapidamente dove c'è l'emergenza.

Supporta l'attività di prenotazione delle visite mediche e specialistiche e la gestione del magazzino materiali e presidi.

Fornisce gli elementi essenziali per il controllo di gestione e il controllo di qualità permettendo di confrontare quanto viene effettivamente erogato con quello che è stato pianificato e di produrre degli indicatori di qualità del servizio.

Il sistema consente di avere a scadenze prefissate il riepilogo degli accessi per paziente (accesso normale, urgente e/o specialistico) e informazioni sulla figura professionale che li ha eseguiti.

Per le segreterie ADI delle USSL è stato sviluppato da Medicasa il sistema informatico GPADI (Gestione Pazienti ADI) che supporta la gestione dell'iter della richiesta e la registrazione degli eventi significativi: viene scandito l'iter della richiesta, vengono registrati i piani operativi approvati, viene tenuta traccia di tutti gli eventi che modificano il piano operativo previsto e vengono riportate le scadenze per le rivalutazioni o altro.

Questo sistema supporta anche l'attività di controllo da parte del responsabile ADI della USSL, in quanto consente di rilevare il tempo di percorrenza dell'iter della richiesta per verificarne la congruenza con gli standard prefissati e garantisce la massima trasparenza dei processi decisionali (accoglimento/stato della richiesta, erogazione dei servizi).

Di particolare importanza sono i report finalizzati alla gestione finanziaria (disponibilità stanziamenti) e alla valutazione dell'impatto del servizio rispetto agli obiettivi iniziali.

Il quadro di sintesi ha come obiettivo quello di evidenziare quanto speso fino a quel momento (erogato) e l'impegno di spesa previsto in funzione dei piani operativi in essere (impegnato), fornendo in ratei quanto è ancora destinabile a nuovi casi (disponibile).

Su base annuale vengono infine elaborati i dati storici per la relazione annuale che riporta la popolazione servita, le richieste pervenute e la relativa destinazione, l'età dei pazienti, le patologie principali, i servizi erogati e i costi del servizio.

È stato infine sviluppato da Medicasa per le UVG delle USSL il sistema di valutazione multidimensionale della dipendenza «Classification par Types en milieu des soins et Services Prolongés» (CTMSP).

Si tratta di un sistema messo a punto in Quebec che è stato opportunamente adattato alla realtà italiana. Consente di rilevare i bisogni globali del paziente, di definire quali di questi bisogni richiedono di essere presi in carico dall'ente pubblico e di definire infine qualità e quantità di servizi sanitari e sociali da erogare.

Il sistema permette inoltre di valutare e indirizzare i pazienti verso la soluzione organizzativa più adatta alle loro esigenze (ADI, RSA o altre forme di istituzionalizzazione, altre risorse o

enti) fornendo utili informazioni di carattere programmatico.

Ciò che contraddistingue il sistema tra gli altri aspetti, è la divisione del momento valutativo da quello decisionale. Tale separazione consente al valutatore di rilevare con la massima oggettività possibile i reali bisogni dell'assistito, indipendentemente dall'esistenza effettiva delle risorse necessarie alla gestione della situazione. In tal modo è possibile ottenere dati affidabili circa le necessità della popolazione anziana in un dato territorio.

A seguito della valutazione dell'autonomia si passa alla determinazione dei servizi richiesti e alla misurazione delle risorse umane necessarie per l'intervento.

Viene a questo punto introdotto il concetto di servizi potenziali e servizi reali. I primi sono l'insieme di tutti i servizi necessari che possono essere tuttavia parzialmente offerti anche da «care givers» non istituzionali (famiglia, amici, volontari ecc.), i servizi reali invece sono quelli per cui è necessario utilizzare risorse umane ed economiche istituzionali.

Ai fini della programmazione e della valutazione questa distinzione costituisce sicuramente una chiave di lettura interessante.

### 3.3. I programmi di formazione permanente

Medicasa è dotata anche di un servizio di formazione permanente che prevede incontri quindicinali con infermieri professionali e terapisti della riabilitazione con l'obiettivo di favorire il confronto all'interno dei due gruppi rafforzando il senso di appartenenza all'organizzazione.

In questo modo si diffondono competenze di base comuni per garantire il mantenimento di un adeguato livello di qualità (1) del servizio, dando am-

pio spazio anche alle problematiche relative alla dimensione relazionale.

L'attività formativa prevede incontri in piccoli gruppi (massimo 15 persone) all'interno dei quali vengono analizzati casi concreti, specifiche metodologie di lavoro, strumenti operativi ad hoc.

Sono inoltre previsti incontri su temi specifici (per esempio il rapporto con le famiglie, la morte in casa, ecc.) programmati nel corso dell'anno e aperti anche a personale esterno interessato.

È inoltre garantita per gli operatori la costante supervisione da parte del Coordinatore sanitario di Medicasa oltre al supporto e al monitoraggio da parte del responsabile infermieristico di Medicasa.

### 3.4. I dati sull'attività e i costi

Nell'ambito della convenzione con tre delle sei USSL milanesi Medicasa ha assistito, nel 1994, 626 pazienti mentre nel 1995 il numero degli utenti è arrivato a 1.106 (vedi tabella 1).

Gli accessi garantiti da Medicasa nel 1994 sono stati 37.169, di cui il 75% sotto forma di visite eseguite da infermieri, il 24% da fisioterapisti e l'1% da medici e specialisti, e sono quasi raddoppiati nel 1995.

I giorni di presa in carico sono stati 64.582 nel 1994 e circa 113.000 nel 1995, con un numero di accessi medi per giornata di presa in carico rispettivamente di 0,58 e 0,52 (quasi quattro accessi sanitari alla settimana) e una media di giorni di presa in carico per

paziente all'anno pari a 103 giorni nel 1994 e 102 nel 1995.

Al 31/12/94 risultavano usciti dal sistema ADI 406 pazienti, dei quali:

- il 46% per dimissione;
- il 23% per ricovero in ospedale o in altra struttura residenziale;
- il 20% per decesso;
- l'11% per trasferimento di domicilio, sospensione, passaggio a prestazioni solo socio-assistenziali ecc.

Il costo delle prestazioni sanitarie domiciliari per giornata di presa in carico effettiva nel sistema è passato da lire 44.517 nel 1994 a lire 41.105 nel 1995.

Tale costo comprende:

- le prestazioni domiciliari infermieristiche e fisioterapiche in orario prolungato (dalle 8.00 alle 20.00, 7 giorni su 7);

- i presidi sanitari (cateteri, siringhe, garze, pomate, kit sterili); di igiene (disinfettanti, guanti camici ecc.) e gli strumenti ed i presidi d'uso (piantane, forbici, pompe da infusione ecc.);

- la reperibilità medica per il personale operativo negli orari di intervento (orario prolungato, prefestivi e festivi) e in caso di complicazioni;

- la reperibilità costante in orario di servizio di personale infermieristico pronto ad intervenire (infermiere reperibile in sede e disponibile);

- l'organizzazione del servizio.

A tale costo occorre aggiungere:

- il costo delle visite mediche programmate;

- il costo della fase di valutazione (sportello ADI, UVG ecc.);

Tabella 1 - Sintesi dei parametri di attività ADI in 3 USL milanesi negli anni 1994 e 1995

Parametri di attività	1994	1995
Pazienti assistiti	626	1.106
Totale accessi	37.169	59.046
Giorni presa in carico	64.582	112.704
Accessi medi per gg/pa in carico	0,58	0,52
Giorni in carico/paziente/anno	103	102



— il costo delle spese di funzionamento del sistema (segreteria ADI ecc.).

Per il 1994 questi costi sono stati calcolati intorno alle 17.000 lire mentre per il 1995 si sono abbassati a lire 12.936 (la stima per il 1994 risentiva ancora, nella sua componente fissa, di un appesantimento dovuto alla fase di avviamento). Il costo complessivo per giornata di presa in carico è perciò passato da 61.517 lire nel 1994 a 54.041 lire nel 1995.

Per valutare correttamente questi dati occorre osservare che la scelta dei pazienti è avvenuta privilegiando l'utenza a più alto bisogno di prestazioni ed a più alto rischio di ospedalizzazione o di istituzionalizzazione, allo scopo di evitare le maggiori spese connesse all'ospedalizzazione e/o istituzionalizzazione della stessa mantenendo i malati al proprio domicilio. Questo ha richiesto una elevata capacità di risposta sanitaria nel servizio ed un alto numero di accessi sanitari settimanali.

Se si fosse scelta un'utenza più «leggera» e se si fosse assicurato un livello di intervento sanitario domiciliare più basso si sarebbe ridotto il costo medio per assistito ma non si sarebbero evitati o ritardati interventi istituzionali più cari e complessi (ricovero in ospedale o istituzionalizzazione).

#### 4. I principali problemi aperti sulle cure sanitarie a domicilio

Per concludere riteniamo opportuno richiamare alcuni dei problemi aperti che riguardano le cure sanitarie a domicilio.

I servizi sanitari domiciliari sono una modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria in fase di sperimentazione che manca ancora di modelli organizzativi che possano rappresentare un chiaro punto di riferimento, benché esistano realtà pubbliche e private che

operano già da tempo in questo campo.

Proprio per questo ci è sembrato utile presentare l'esperienza di Medica come uno dei modi possibili di organizzare il servizio, convinti che sia importante in questa fase ancora incerta diffondere le conoscenze acquisite.

I servizi sanitari a domicilio sono inoltre una modalità di cura specifica che stenta a trovare una collocazione nel panorama istituzionale in quanto per affermarsi ha bisogno che si verifichino dei cambiamenti nella logica di intervento delle altre componenti del sistema: il comparto ospedaliero e quello ambulatoriale. Come si è già detto in apertura, infatti, si tratta di immaginare il sistema sanitario come fondato su tre poli integrati tra loro ma ognuno con una propria missione specifica in modo da garantire al paziente, in ogni fase della malattia, la risposta più adeguata ai suoi bisogni.

A tutt'oggi manca poi un quadro di riferimento normativo che identifichi per le cure sanitarie a domicilio almeno degli standard minimi dal punto di vista organizzativo e della qualità che possano garantire una certa omogeneità tra i servizi di questo tipo, senza togliere loro la flessibilità necessaria per potersi adattare agevolmente alle diverse realtà in cui operano. Tale definizione è tanto più necessaria in quanto gli standard sono la base per il processo di accreditamento delle organizzazioni che erogano i servizi in questione.

Un possibile rischio infine è che si arrivi ad un conflitto tra aziende ospedaliere ed aziende USSL su chi debba attivare e finanziare i servizi di ospedalizzazione domiciliare, con la USSL che ritiene che agevolare dimissioni ed incrementare il turn-over degli ospedali comporti per sé solo oneri e per l'ospedale solo vantaggi, e con l'ospedale che non attiva il servizio a

causa delle incertezze relative ai sistemi di finanziamento (non sono ancora state definite infatti le tariffe per il servizio di SD).

Inoltre, attivare in forma disgiunta e non coordinata servizi di ospedalizzazione a domicilio e di assistenza domiciliare integrata, può far sì che l'onere di unificare un'offerta frammentata ricada sul paziente che nel corso della malattia può passare da una tipologia all'altra di servizio.

Come si vede i problemi aperti sono davvero molti e di portata tale da richiedere una riflessione seria se non si vuole correre il rischio di sprecare le opportunità che l'assistenza sanitaria domiciliare può offrire all'intero sistema sanità.

#### Allegato

*Regione Lombardia, Consensus conference: cure sanitarie domiciliari, 6 novembre 1995*

DOCUMENTO PREPARATORIO  
SU CUI ESPRIMERE IL CONSENSO

Le esperienze in atto nei paesi più avanzati e le sperimentazioni in corso nella Regione Lombardia segnalano quanto sia articolato il panorama delle cure a domicilio. In particolare si definiscono come servizi di assistenza a domicilio interventi molto diversi fra loro dal punto di vista dei contenuti, delle modalità di erogazione, dell'accessibilità ai servizi e, non ultimo, della qualità.

L'insieme delle attività possibili, rispondenti a bisogni spesso diversi, può essere teoricamente suddiviso in differenti tipologie di intervento definibili, secondo le terminologie in uso, come segue:

— servizi socio-assistenziali di Assistenza Domiciliare (SAD): sono servizi di aiuto domestico, spesa, prepa-

razione pasti, segretariato sociale ecc., sono cioè servizi a netta prevalenza socio-assistenziale a carico dei Comuni per cittadini a basso reddito e finanziati da fondi sociali;

— visite programmate: sono accessi programmati dal medico di medicina generale per pazienti non deambulanti e clinicamente stabilizzati che necessitano quasi esclusivamente di monitoraggio. In questo stesso ambito possono ricadere alcuni tipi di accessi programmati dell'infermiere o del fisioterapista;

— servizio di Assistenza Domiciliare Integrata: è caratterizzato da una presa in carico globale del paziente ed ha un contenuto sanitario importante. Si rivolge a pazienti con patologie cronico degenerative stabilizzate, con difficoltà di movimento, per evitare o ritardare ulteriori perdite di autonomia, istituzionalizzazione o ospedalizzazione;

— servizio di Spedalizzazione a Domicilio (SD): ha una alta intensità sanitaria, maggiore dell'ADI, prevalentemente di tipo specialistico e serve per il trattamento delle fasi post-acute, delle riacutizzazioni ed evita l'ospedalizzazione o il prolungamento della degenza ospedaliera.

Per garantire all'utente la necessaria continuità terapeutica, bisogna assicurare l'adeguata intensità delle cure — un esteso spettro polispecialistico di interventi — ed una corretta gestione della complessità organizzativa che ne deriva.

A questo proposito — e con riferimento specifico alle modalità più strettamente sanitarie (l'ADI e la SD) — l'Assessorato Regionale alla Sanità e alla famiglia ha ritenuto di formulare un documento preparatorio da sottoporre agli esperti; una traccia di lavoro che si articola su considerazioni derivate dalla esperienza lombarda e dal confronto con quelle di maggiore rilevanza.

### *Il quadro generale*

L'ADI e la SD non sono concepibili come una semplice sommatoria di prestazioni. Si configurano come un particolare e specifico regime assistenziale con le caratteristiche di un servizio sanitario globale.

Un servizio domiciliare con tali caratteristiche deve essere sanitarimente efficace e organizzativamente efficiente. A tal fine è necessario che la responsabilità del servizio sia affidata ad un unico centro operativo che realizzi il «case management» e assicuri la necessaria continuità terapeutica in raccordo con le altre strutture sanitarie.

### *La struttura*

La struttura che eroga servizi ADI e SD è una struttura sanitaria. In quanto tale avrà una direzione sanitaria con i compiti e gli obblighi conseguenti (tenuta cartelle cliniche, organizzazione dei turni e della reperibilità, adeguatezza e responsabilità clinica degli interventi domiciliari, controllo di qualità, adeguata informazione ai pazienti, consenso informato ecc.).

Impiegherà in modo coordinato e con un'unica direzione «sanitaria» l'intero insieme di figure professionali necessarie al trattamento. La struttura così concepita, deve garantire all'utente una facile e completa accessibilità (almeno 12 ore/giorno nei feriali). Dovrà organizzarsi pertanto attorno ad una struttura organizzativa forte in grado di soddisfare:

— un elevato grado di intensità sanitaria degli interventi (capacità di rispondere rapidamente al variare dell'intensità dei bisogni clinici);

— un vasto ventaglio delle possibilità di intervento (medico, specialistico, infermieristico, riabilitativo, di supporto socio assistenziale);

— un tempestivo ed esauriente momento di comunicazione tra la casa

dell'utente e la struttura di cura domiciliari, così da assicurare l'indispensabile informazione al paziente e alla famiglia nello svolgersi delle cure;

— la reperibilità sulle 24 ore per le urgenze ed un adeguato numero di operatori liberi da servizi programmati per sostituzioni o appoggio all'operatore domiciliare in caso di necessità.

### *Standard minimi*

L'organizzazione delle cure domiciliari deve essere in grado di assicurare sia un livello di prestazioni adatto all'ADI che alla SD, in quanto uno stesso paziente può, nel corso del periodo di assistenza e in funzione del decorso della malattia passare da una modalità all'altra. In ogni caso va garantita l'integrazione tra le componenti sanitarie e assistenziali dei servizi resi al domicilio.

Alle considerazioni e alle caratteristiche strutturali esposte al punto precedente vanno aggiunti una serie di requisiti operativi che costituiscono gli standard minimi richiesti alle organizzazioni domiciliari:

— prestazioni sanitarie fornite nell'arco delle 12 ore al giorno, 7 giorni su 7;

— costante supervisione medica attiva per 12 ore al giorno, a supporto del personale domiciliare;

— centrale operativa disponibile per utenti e personale per 12 ore al giorno;

— disponibilità di personale (medico e infermieristico) reperibile 24 ore per 365 giorni presso la centrale in caso di emergenze, sia logistiche che cliniche;

— copertura garantita di medici specialisti (attivabili in 12-24 ore), infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, personale per attività di supporto;

— definizione e divulgazione del «regolamento» che precisi modalità di

accesso, standard, modalità di gestione del contenzioso, responsabilità;

— disponibilità al domicilio del paziente dei presidi, degli strumenti e dei farmaci necessari al trattamento.

#### *L'accesso ai servizi*

L'accesso ai servizi è chiaramente definito e garantito:

— predefiniti, standardizzati e divulgati sono i criteri di valutazione e selezione;

— identificabile e motivata la decisione in particolare nei casi di esclusione dal servizio;

— identificabili e motivate le proposte o offerte di alternative al servizio di cure domiciliari.

DECALOGO ELABORATO  
DAL DOCUMENTO PREPARATORIO  
E SOTTOSCRITTO DAGLI INVITATI (2)

1. Scopo dell'Assistenza Sanitaria Domiciliare è l'erogazione dell'assistenza sanitaria presso il domicilio del paziente, garantendo la presa in carico dei bisogni del paziente e della sua famiglia, la continuità dell'assistenza e l'integrazione tra servizi sanitari, socio-assistenziali e associazioni di volontariato.

2. Il servizio di Cure Sanitarie Domiciliari è caratterizzato dalla presa in carico «globale» dei bisogni del paziente e della sua famiglia da parte di un'unica unità funzionale che si avvale di team multiprofessionali con precise e definite responsabilità, differenziandosi pertanto da singole o semplici prestazioni domiciliari.

3. I servizi di Cure Sanitarie Domiciliari, ove necessario, si avvalgono della collaborazione dei servizi socio-assistenziali.

4. L'accessibilità ai servizi di Cure Sanitarie Domiciliari deve essere non solo garantita ma anche trasparente, pertanto i criteri di selezione devono essere resi pubblici e le decisioni motivate.

5. Il paziente ha diritto:

— all'informazione preventiva e permanente sulle cure sulle quali esprime il proprio consenso informato nella sua completa libertà di scelta;

— alla riservatezza.

6. L'analisi dei bisogni complessivi del paziente costituisce il punto di partenza per la stesura di un piano di intervento nel quale siano definiti tipologia, quantità e durata della prestazioni

7. Il Servizio di Cure Sanitarie Domiciliari deve garantire:

— un esteso range di «intensità» delle cure per poter rispondere il più possibile ai momenti di riacutizzazione o maggior bisogno del paziente;

— un canale di comunicazione continuo e in grado di attivare risposte tempestive.

8. Il Servizio di Cure Sanitarie Domiciliari deve garantire una estensione delle capacità di intervento al maggior numero di patologie suscettibili di un trattamento domiciliare. Esso deve essere conveniente in termini di rapporto costo/efficacia e costo/utilità, in confronto con altre modalità di assistenza sanitaria.

9. Il servizio di Cure Sanitarie Domiciliari deve garantire:

— la formazione permanente dei propri operatori ai compiti originali, specifici e delicati richiesti dal regime domiciliare;

— l'informazione/formazione dei familiari alla vigilanza, supporto e sostegno al paziente durante il trattamento domiciliare;

— il regime di sicurezza, appropriatezza ed igiene ambientale in cui devono avvenire le prestazioni, assumendosi la responsabilità, per tramite dei propri operatori, di intervenire e/o segnalare qualsiasi anomalia;

— l'accettazione in cura esclusivamente dei pazienti che è in grado di trattare e la dimissione/trasferimento dei pazienti qualora non sia in grado di assicurare la competenza necessaria;

— il controllo di qualità delle prestazioni e del servizio erogato;

— l'identificazione di un responsabile sanitario del servizio;

— l'uso di procedure operative scritte (norme UNI-ISO 9.000).

10. Gli Stati e le Autorità locali, per le rispettive competenze:

— adottano dei provvedimenti normativi necessari alla crescita e al funzionamento di adeguati servizi di Cure Sanitarie Domiciliari;

— definiscono i requisiti minimi necessari al loro funzionamento;

— promuovono le iniziative di formazione necessarie allo sviluppo dei servizi di Cure Sanitarie Domiciliari;

— garantiscono una allocazione delle risorse utili a favorire lo sviluppo dei servizi di Cure Sanitarie Domiciliari.

Il decalogo è sottoposto a revisione e aggiornamento periodico.

(1) Medicasa ha avviato nel maggio 1995 le procedure per l'ottenimento della certificazione ISO 9000 relativa alla qualità dei processi aziendali.

(2) Alla Consensus Conference hanno partecipato esperti dell'OMS e dell'European Advanced Home Health Care Network, oltre che esperti italiani.



# 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 effettuare 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.**

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

ELIO BORGONOVÌ  
(a cura di)

**Il controllo  
della spesa pubblica.  
Aspetti istituzionali  
di politica economica  
e di sistemi contabili**

Ed. EGEA - Milano 1995  
pagg. 439, L. 55.000

*Ancora in tempi recenti le teorie e le analisi empiriche sul controllo della spesa pubblica si soffermavano sugli effetti della spesa sul sistema economico e sociale, mentre minore attenzione era dedicata agli effetti di generazione dei disavanzi. La ricerca di base dell'Università Bocconi, proponendo un approccio interdisciplinare, presenta un'analisi sul problema del controllo della spesa pubblica rivalutando il paradigma secondo cui l'equilibrio generale della finanza pubblica deve discendere da equilibri particolari perseguiti da ciascuna delle pubbliche amministrazioni.*

*In seguito al processo di trasformazione aziendale delle Unità sanitarie locali, la figura del medico manager ha assunto un ruolo di riferimento per lo sviluppo di una struttura organizzativa decentrata che voglia perseguire un reale e costante bilanciamento tra efficacia ed efficienza, mettendo a punto un progetto complessivo e integrato sugli aspetti interni di monitoraggio e di qualità che assicurino una maggiore efficienza delle strutture sanitarie. Il testo, in italiano e in inglese, si rivolge a medici e operatori del sistema sanitario illustrando le tecniche di gestione nelle organizzazioni sanitarie, riadattando i concetti di fondo della letteratura classica del management e fornendo un quadro degli strumenti a supporto dei processi di programmazione e controllo.*

RICCARDO BENARDON

**Il medico manager.  
Un nuovo ruolo  
per una maggiore  
efficienza delle strutture  
sanitarie**

Quaderni SDA-ALUMNI  
Ed. Il Sole 24 ore Libri  
Milano 1995  
pagg. 100, L. 24.000

G. FRANCE  
E V. VISCO COMANDINI  
(a cura di)

**I servizi del governo  
locale: esigenze  
di perequazione  
e ricerca dell'efficienza**

Istituto di studi  
sulle Regioni - Cnr  
pagg. 143

*Il lavoro applica la tecnica statistica della cluster analysis ai Comuni e alle Unità Sanitarie Locali che, sulla base di un insieme di variabili preordinate, consente di raggruppare enti con caratteristiche distintive, in gruppi omogenei. Per le USL la cluster analysis viene applicata a variabili di spesa; vengono inoltre presi in esame i diversi fattori che si ritengono esplicativi sia dei gruppi omogenei formati dalla cluster, sia della notevole variabilità interna osservata in molti gruppi. Nella terza parte sono presentati i problemi metodologici più rilevanti emersi dall'applicazione della tecnica statistica di clustering agli enti locali italiani.*



## DOCUMENTI CNEL

**Monitoraggio  
sulla riforma sanitaria.  
Gli aspetti del processo  
di rinnovamento  
del sistema sanitario**

Roma, 1995

*Il volume raccoglie i contributi di tre incontri organizzati dalla V Commissione CNEL Autonomie locali e Regioni. Il processo di riforma avviato con il decreto legislativo 30.12.92 ha aperto un ampio dibattito che tocca i molteplici aspetti del sistema sanitario, a partire dalla valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni e dalla misurazione dei risultati, fino a proporre nuove formule organizzative tanto delle strutture quanto nelle tecnologie.*

*L'introduzione del decreto legislativo 502 del 1992 ha evidenziato 3 aspetti la cui corretta e tempestiva applicazione è indispensabile per raggiungere gli obiettivi perseguiti dalla legge: la valutazione di qualità dei servizi e l'accreditamento delle strutture sanitarie, la formazione degli operatori e l'informatizzazione del sistema. I tre ambiti sono stati considerati nelle loro caratteristiche generali e declinati nella realtà concreta della nuova organizzazione sanitaria. L'approccio giuridico-amministrativo risulta particolarmente fecondo nell'analisi dei sistemi, soprattutto appartenenti al settore pubblico, mentre l'approccio organizzativo permette di cogliere le relazioni tra le varie componenti e le nuove modalità di organizzazione delle strutture sanitarie.*

PICCOLI I.,  
CORTELLEZZI S.,  
VERGANI A.**La buona sanità.  
Qualità, formazione  
e informatizzazione  
per il settore sanità**Franco Angeli  
Milano, 1995  
pagg. 221, L. 32.000A. SCANNI  
E R. CELLERIO  
(a cura di)**Il rapporto medico-  
paziente in oncologia**Fondazione Smith Kline  
Franco Angeli  
Milano, 1995  
pagg. 94, L. 14.000

*Il volume propone una riflessione sul rapporto del medico con il paziente oncologico e raccoglie opinioni e esperienze di alcuni tra i più autorevoli primari oncologi d'Italia che hanno preso parte alla conferenza sugli aspetti dell'esercizio della medicina promossa dalla Fondazione Smith-Kline. Nel non facile dialogo con questo paziente il medico è costretto a scegliere tra la verità e la rassicurazione, tra le sue convinzioni terapeutiche e la volontà del malato, tra l'impegno di un'incessante assistenza e il significato del tempo speso per accudire il paziente terminale.*

*In questo studio sono presentati i risultati di una ricerca condotta dall'Università Politecnica di Valencia e dal C.I.Do.S.Pe.L. del Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna sui recenti mutamenti in Spagna e in Italia nel ruolo delle organizzazioni cooperative e dell'economia sociale; vengono inoltre riportati i risultati di una ricerca empirica sui nuovi profili professionali e sulle esigenze di formazione nell'ambito dell'economia sociale.*

V. CABALLER  
E M. LA ROSA  
(a cura di)**Le nuove  
professionalità  
per l'economia sociale:  
il caso dell'Italia  
e della Spagna**Franco Angeli  
Milano, 1995  
pagg. 229, L. 30.000

R. BUCCI

**Etica e mercato  
nella Sanità**

Ediesse  
Roma, 1995  
pagg. 90, L. 15.000

*Le scelte di politica sanitaria, strette tra valutazioni etiche e necessità economiche, si pongono spesso in maniera drammatica. I criteri applicabili sono tutti suscettibili di critiche, specialmente perché in molti casi, seguendo una logica utilitaristica, si risolvono nel danno delle persone più deboli: malati gravi, handicappati, anziani. Il volume esamina dettagliatamente i metodi elaborati in campo scientifico per l'individuazione di tali criteri, discute le soluzioni attuate, offre elementi utili per valutare le proposte di privatizzazione avanzate oggi in Italia.*

*Lo sviluppo dei processi economici, sempre più immateriali e flessibili, ha evidenziato la necessità di ripensare il concetto di produttività e di analizzare le condizioni di sviluppo della produttività nelle aziende di servizi. L'autore si è soffermato sulle relazioni tra assetto istituzionale e produttività aziendale, sulle tecniche di sviluppo organizzativo teso all'aumento della produttività e sui sistemi di misurazione della produttività stessa, con l'intento di fornire una visione di insieme del fenomeno della produttività nelle aziende di servizi e delle modalità di suo governo. Il libro si rivolge sia a chi intende approfondire il tema della produttività nell'ambito di attività formative sia agli operatori delle aziende pubbliche e private.*

R. RUFFINI

**La produttività  
nelle aziende di servizi**

Guerini Scientifica  
Milano, 1995  
pagg. 228, L. 36.000

V.V. COMANDINI  
(a cura di)

**Analisi economica  
dell'AIDS: strumenti  
per la programmazione  
regionale**

Istituto di studi  
sulle Regioni - Cnr  
Roma, 1995  
pagg. 103

*L'introduzione della legge 5 giugno 1990 «Programma di interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS», ha consentito alle regioni di programmare e realizzare interventi di prevenzione regolati da un quadro normativo di chiara ripartizione dei compiti e delle responsabilità tra il governo centrale, le regioni, le USL e i centri ospedalieri. Questo studio intende fornire una riflessione critica sui possibili indicatori di funzionalità da utilizzare come sistema di monitoraggio per l'insieme di servizi sanitari e socioassistenziali e rendere disponibili strumenti di valutazione capaci di individuare i fattori critici della funzionalità dei servizi, per indicazioni operative nei processi di programmazione, allocazione e gestione delle risorse destinate alla lotta contro le infezioni HIV.*

*Il volume approfondisce i principali problemi riguardanti l'organizzazione e l'attività degli Enti locali amministrativi analizzando le diverse responsabilità degli amministratori, dei funzionari e degli altri dipendenti pubblici sotto i profili previsti dall'art. 28 della Costituzione: Civile, Penale, Amministrativo e Contabile.*

PERULLI G.

**La responsabilità civile,  
penale, amministrativa  
degli amministratori  
pubblici. Comuni,  
Province, Regioni, USL  
e Aziende speciali**

Giuffré editore  
Milano, 1995  
pagg. 174, L. 22.000

E. GONANO

**La riforma  
della riforma sanitaria**OEMF  
Milano, 1995  
pagg. 158, L. 36.000

*Con analitica chiarezza divulgativa in questa raccolta di schede l'autore ha sistematizzato la complessità del cambiamento legislativo in atto nel Servizio Sanitario Nazionale. Tale cambiamento che, iniziato con la Legge di delega 421, ha assunto prima gli aspetti del decreto legislativo 502 del 1992 e successivamente le modifiche del decreto legislativo 517 del 1993, per poi recepire le influenze condizionanti di altre norme sanitarie di settore e di politica economica annuale (le «finanziarie» del 1994 e 1995).*

*Il volume presenta nella prima parte una vasta e aggiornata panoramica sulla legislazione sanitaria in generale e ospedaliera in particolare. Nella seconda e terza parte viene fornito un ampio panorama sulla professione medica e infermieristica e sulla legislazione sanitaria «speciale» con riferimento alle trasfusioni. Nell'ultima parte infine, si passa ad affrontare la legislazione ambientale con particolare riferimento alla normativa in tema di acqua, aria, rifiuti e alimenti.*

A. ALLOCCA  
(a cura di)**Legislazione sanitaria**EPC  
Roma, 1995  
pagg. 606, L. 70.000



## SPOGLIO RIVISTE

### Bisogno e domanda di servizi sanitari

RIPA DI MEANA F.

*La domanda territoriale nei nuovi modelli organizzativi della sanità*

L'arco di Giano, 8:100-116, 1995

SINTONEN H., MALJANEN T.

*Explaining the Utilisation of Dental Care. Experiences from the Finnish Dental Market*

Health Economics, 4 (6): 453-466, 1995

### Meccanismi di mercato

DICKINSON E.

*Using marketing principles for healthcare development*

Quality in Health Care, 4 (1): 40-44, 1995

RADOSCH U.

*Provision of Health Care Services in Austria. A Time Series Approach*

Health Economics, 4 (6): 479-483, 1995

### Sistemi di finanziamento

FINKLER S.A.

*Capitated hospital contracts: The empty beds versus filled beds controversy*

Health Care Management Review, 20 (3): 88-91, 1995

TASSO S., LANGIANO T., SPOLAORE P., BROSOLO A.M.

*DRG e MDC nella valutazione dei reparti chirurgici: l'esperienza dell'Unità locale socio sanitaria n. 13 della regione Veneto*

Epidemiologia & Prevenzione, 64 (19): 254-258, 1995

### Valutazione economica delle attività sanitarie

BRIGGS A., SCULPHER M.

*Sensitivity Analysis in Economic Evaluation: A Review of Published Studies*

Health Economics, 4 (5): 355-372, 1995

CASTELO A., MATHIASI P.A., IUNES R., KRITSKI A., DALCOLMO M., FIUZA DE MELO F., DRUMMOND M.

*Cost Effectiveness of Antituberculosis Interventions*

PharmacoEconomics, 8 (5): 385-399, 1995

CHAPMAN G.B., ELSTEIN A.S.

*Valuing the Future: Temporal Discounting of Health and Money*

Medical decision making, 15 (4): 373-386, 1995

DONALDSON C., SHACKLEY P., ABDALLA M., MIEDZYBRODZK A.

*Willingness to Pay for Antenatal Carrier Screening for Cystic Fibrosis*

Health Economics, 4 (6): 439-452, 1995

GYRD-HANSEN D., HOLUND B., ANDERSEN P.

*A cost-effectiveness analysis of cervical cancer screening: health policy implications*

Health Policy, 34 (1): 35-51, 1995

GABRIEL S.E., MATTESON E.L.

*Economic and Quality-of Life Impact of NSAIDs in Rheumatoid Arthritis*

PharmacoEconomics, 8(6): 479-490, 1995

REVICKI D.A., BROWN R.E., PALMER W., BAKISH D., ROSSER W.W., ANTON S.F., FEENY D.

*Modelling the Cost Effectiveness of Antidepressant Treatment in Primary Care*

PharmacoEconomics, 8 (6): 524-540, 1995

NORD E., RICHARDSON J., STREET A., KUHSE H., SINGER P.

*Who cares about cost? Does economic analysis impose or reflect social values?*

Health policy, 34 (2): 79-94, 1995

RHEINHARZ D., KENNEDY W., CONTANDRIOPOULOUS A., TESSIER G., CHAMPAGNE F.  
*The Economic Effects of Introducing Vigabatrin, A New Antiepileptic medication*  
PharmacoEconomics, 8 (5): 400-409, 1995

UNGE P., JONSSON B., STALHAMMAR N.O.  
*The Cost Effectiveness of Helicobacter pylori Eradication versus Maintenance and Episodic Treatment in Duodenal Ulcer Patients in Sweden*  
PharmacoEconomics, 8 (5): 410-427, 1995

### Analisi dei sistemi sanitari

AA.VV.  
*European Health Policies: Welfare States in a Market Era*  
Journal of Health Politics, Policy and Law, 20 (3): 557-854, 1995

AA.VV.  
*Special issue: Improving Quality, Equity and Access to Health Services Through Health Financing Reform in Africa*  
Health Policy and Planning, 10 (3): 213-332, 1995

ANTONIOLLI P., CAPOLINO P., DE MARCO V., GATTI R., GRIGIS C., LEGGIO F., MANTOVANI E.  
*Il servizio catalano di salute*  
Prospettive sociali e sanitarie, 25 (15): 11-15, 1995

BALABANOVA D.  
*Health care reforms in Bulgaria: Current problems and options for development*  
Eurohealth, 1 (2): 25-28, 1995

DERRICK F., SCOTT C.E.  
*National Health Insurance: Lessons from the United States Experiment*  
Health Care Management Review, 20 (3): 55-63, 1995

KLEIN R.  
*Big Bang Health Care Reform-Does It Work? The Case of Britain's 1991 National Health Service Reforms*  
The Milbank Quarterly, 73 (3): 299-337, 1995

KOGAN M.D., ALEXANDER G.R., TEITELBAUM M.A., JACK B.W., KOTELCHUCK M., LIAROPOULOS L.L.  
*Health Services financing in Greece: a role for private health insurance*  
Health Policy, 34 (1): 53-62, 1995

GRYTEN J., RONGEN G., SORENSEN R.  
*Can a Public Health Care System Achieve Equity? The Norwegian Experience*  
Medical Care, 33 (9): 938-951, 1995

HURLEY J., LABELLE R.  
*Relative Fees and Utilization of Physicians' Services in Canada*  
Health Economics, 4 (6): 419-438, 1995

PAPPAS G.  
*The Effect of Gaps in Health Insurance on Continuity of a Regular Source of Care Among Preschool-aged Children in the United States*  
Jama, 274 (18): 1429-1435, 1995

VON BREDOW L.  
*Czech Republic: the reform of health care*  
Eurohealth, 1 (2): 22-25, 1995

### Programmazione e organizzazione del lavoro

BRAITHWAITE J.  
*Organizational Change, Patient-focused Care: An Australian Perspective*  
Health Services Management Research, 8 (3): 172-185, 1995

GOES J.B., ZHAN C.  
*The Effects of Hospital-Physician Integration Strategies on Hospital Financial Performance*  
Health Services Reserch, 30 (4): 507-530

LUGARESI N.  
*Assetto organizzativo delle aziende sanitarie*  
Sanità pubblica, 15 (8/9): 965-985, 1995

POINTER D.D., EWELL C.M.  
*Really Governing: What Type of Work Should Boards Be Doing?*  
Hospital & Health Services Administration, 40 (3): 315-331, 1995

WEIL P.A., KIMBALL P.A.  
*A Model of Voluntary Turnover among Hospital CEOs*  
Hospital & Health Services Administration, 40 (3): 362-385, 1995

### Controllo di gestione e sistemi informativi

AUSSE J., OMAR M.A., MAMEDE S., CALDERARO MUNGUBA MECEDO M., PINTO A., SALES CAMPOS J.  
*Developing an information system to support the pursuit of decentralization. The perspective of Cearà State in Brazil*  
Journal of Management in Medicine, 9 (4): 35-43, 1995

AUSTIN C.J., TRIMM J.M., SOBCEK P.M.  
*HMCR dialogue: Information systems and strategic management*  
Health Care Management Review, 20 (3): 26-33, 1995

BRENNAN C.P.  
*Managed care and health information networks*  
Journal of Health care Finance, 21 (4): 1-5, 1995

LAUNAY G., PASSAGNE K., COURBIS T., DUJOLS P.  
*Contrôle de gestion médicalisé*  
Journal d'Economie Médicale, 13 (6): 329-336, 1995

**Varie**

BORGONOVÌ E.  
*La trasformazione di Usl e ospedali in aziende: indirizzi della normativa e processi reali*  
L'arco di Giano, 7: 23-34, 1995

AA.VV.  
*Dossier: la planification sanitaire à l'heure des régions - méthodes et pratiques*  
Santé publique, 2: 151-219, 1995

DONZELLI A., PONTONI A.  
*Soluzioni per il riordino del SSN: aspettative e possibili conseguenze*  
Agenzia Sanitaria Italiana, 3 (51/52): 59-60, 1995

GARATTINI S.  
*Pharmaceutical prescriptions in Italy*  
Technology Assessment in Health Care, 11 (3): 417-427

SALVIONI F., MOLTENI L., GARATTINI L.  
*Il ruolo delle case di cura nel SSN*  
Agenzia Sanitaria Italiana, 3 (51/52): 50-58, 1995



# STRATEGIA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

M. Del Vecchio

Tratto da: Mecosan n. 14, 1994

Scopo dell'articolo è quello di fornire al lettore una prima introduzione ai concetti relativi alla strategia e di individuare i temi critici per l'applicazione di tali concetti alle aziende sanitarie pubbliche (Asp), intendendo essenzialmente con tale dizione le aziende Usl e gli ospedali azienda.

Strategia è un termine che deriva dal mondo militare, dove viene utilizzato per riferirsi all'obiettivo generale di vincere la guerra e si oppone normalmente al concetto di tattica, relativo all'obiettivo di livello inferiore di vincere una particolare battaglia; la trasposizione del termine «strategico» dal mondo militare al contesto aziendale è di evidente significatività per le aziende private che, operando sul mercato, sono costantemente alla ricerca delle condizioni che consentano loro di sopravvivere nel più lungo periodo, mantenendo e sviluppando i propri vantaggi competitivi, mentre solo più recentemente ci si è interrogati sul significato e sulla possibile applicazione di tale concetto nelle aziende pubbliche e, in particolare, nelle aziende di servizi sanitari.

In prima approssimazione è possibile affermare che una decisione può essere considerata «strategica» se:

- a) è diretta a definire l'insieme delle relazioni che legano l'impresa al proprio ambiente di riferimento;
- b) incide in maniera diretta o indiretta su tutte le aree di funzionamento dell'azienda (estensione e pervasività delle conseguenze);
- c) impone una direzione definita o vincoli rilevanti sull'insieme delle attività poste in essere;
- d) è cruciale per il successo dell'azienda (raggiungimento delle finalità in un certo ambiente).

Le decisioni strategiche vengono distinte a seconda dei livelli rispetto ai quali si applicano.

Un primo livello rilevante è quello dell'impresa nel suo insieme (strategia sovraordinata e orizzontale o corporate nella terminologia anglosassone).

Scendendo ad un livello di maggiore dettaglio si procede alla definizione ed alla individuazione di strategie per le aree strategiche di affari (ASA) della azienda, che sono aree di attività da gestire in modo relativamente autonomo, secondo un indirizzo strategico loro proprio: quando l'impresa si trova ad operare su mercati diversi con prodotti diversi si rende necessario definire sia in quali ASA l'azienda intende competere (selezione di portafoglio), sia quali sono le competenze distintive ed i vantaggi competitivi che l'azienda ha in ogni singola ASA.

Un ultimo livello è quello funzionale o operativo che riguarda le strategie relative alle diverse funzioni (es. marketing, produzione, acquisti, ...). Queste vengono definite in relazione alle strategie competitive (a livello di ASA) e alla necessità di coordinamento intra e interfunzionale a livello di impresa.

Riflettere sull'applicabilità del concetto di strategia alle Asp, significa sostanzialmente domandarsi se per una azienda pubblica, come una Usl o un ospedale azienda esista uno spazio di discrezionalità e azione sufficiente a operare scelte che possano qualificarsi come strategiche. La tesi di fondo che si vuole qui sinteticamente sostenere è che tale spazio, opportunamente qualificato in relazione al contesto pubblico, esista e sia stato utilizzato, anche se una rappresentazione concettuale errata delle condizioni di funzionamento delle Asp, peraltro largamente diffusa, tende a negare tale possibilità.

Nell'opinione di chi scrive, non si tratta di negare che l'insieme degli istituti pubblici opera in un contesto fortemente normato, quanto piuttosto di affermare che in tale ambiente esiste comunque un'ampia area di discrezionalità decisionale di tipo strategico.

La convinzione dell'esistenza di uno spazio strategico per le Asp trova elementi di conferma nel fatto che all'interno dei diversi sistemi sanitari regionali è spesso possibile, seppure con un certo grado di discrezionalità, identificare Asp che hanno seguito sentieri evolutivi e di sviluppo e Asp che hanno subito un progressivo impoverimento delle loro capacità di rispondere positivamente alle sfide dell'ambiente. È doveroso sottolineare che spesso è stata proprio la debole capacità di governo strategico a livello regionale che ha ampliato a dismisura le potenzialità strategiche delle Asp. La considerazione che queste non siano state poi in grado di gestire tale spazio potenziale e che le scelte strategiche siano state nei fatti spesso lasciate alla imprenditorialità e al potere organizzativo esercitato da singole unità, nulla toglie alla sostanza del ragionamento.

Avendo chiarito come sia possibile identificare uno spazio di azione strategico per le Asp, si tratta di evidenziare quali possano essere i vantaggi derivanti da una pianificazione della strategia ovvero dalla definizione preventiva, tramite un processo strutturato e formalizzato, dei contenuti della strategia stessa. Una assunzione di principio forte accolta nello scritto è che affinché le aziende possano beneficiare di tali vantaggi è necessario che il processo di definizione della strategia sia coerente con le caratteristiche peculiari delle Asp. La natura professionale delle Asp, ad esempio, rende fondamentale, in tutto il processo di elaborazione e di definizione della strategia, il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei professionisti che dirigono le diverse unità operative. I dirigenti delle unità operative hanno conoscenze esclusive delle dinamiche che influenzano il loro settore di attività e sono in grado, entro alcuni limiti, di perseguire autonomamente le proprie scelte. Ciò equivale a dire che l'enfasi maggiore deve essere posta sulla definizione ed esplicitazione delle strategie delle unità operative o di raggruppamenti significativi di esse (l'equivalente delle ASA per le imprese) e a partire da queste deve essere ricostruito, a livello di strategia sovraordinata, il quadro delle coerenze interne e delle condizioni di fattibilità complessiva rispetto all'ambiente.

A conclusione dello scritto si ribadisce che strategia e pianificazione strategica stanno oggi diventando un'area emergente nella gestione delle Asp e che è necessario accompagnare tale fenomeno, sicuramente positivo, con riflessioni specifiche, onde impedire una meccanica e pedissequa importazione di metodologie e approcci pensati per aziende dai caratteri assai differenti. A tale proposito, di seguito si riportano alcuni riferimenti bibliografici in tema di strategia e di pianificazione strategica, operando una opportuna distinzione tra la letteratura relativa alle imprese, quella relativa alle amministrazioni pubbliche e quella elaborata con specifico riferimento alle aziende sanitarie: le notazioni bibliografiche di quest'ultima parte richiamano sia testi e articoli che fanno riferimento alle Asp, sia testi e articoli, per lo più stranieri, che trattano il tema della strategia e della pianificazione strategica in sanità in contesti istituzionali differenti da quello italiano: occorre ricordare che la trasposizione dei concetti illustrati da questi ultimi scritti nelle aziende sanitarie pubbliche del nostro Paese, non può prescindere da un'attenta analisi e dalla valutazione delle specificità della nostra realtà.

**Riferimenti bibliografici relativi alla letteratura in tema di strategia e pianificazione strategica nelle imprese**

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V.  
*Economia aziendale*  
Bologna, Il Mulino, 1994
- ANSOFF H.I., LEONTIADES J.C.  
*Strategic Portfolio Management*  
Brussels, working paper EIASM, 1976
- ANSOFF H.I.  
*Implanting Strategic Management*  
Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1984
- ANSOFF H.I.  
*The New Corporate Strategy*  
New York, John Wiley, 1988
- BERGAMIN BARBATO M.  
*Programmazione e controllo in un'ottica strategica*  
Torino, UTET, 1991
- CODA V.  
*L'orientamento strategico dell'impresa*  
Torino, UTET, 1988
- CODA V.  
*Gestione strategica d'impresa*  
Torino, Unicopli, 1988
- GODET M.  
*Integration of Scenarios and Strategic Management*  
Futures, September, 1990
- GOOLD M., QUINN J.J.  
*Strategic Control*  
Business Books, 1990
- GRANT R.  
*L'analisi strategica nella gestione aziendale: concetti, tecniche, applicazione*  
Bologna, Il Mulino, 1994
- HAX A.C., MAJLUF N.S., TRAD. IT.  
*La gestione strategica dell'impresa*  
Napoli, Ed. Scientifiche Italiane, 1991
- HILL C.W.L., GARETH J.  
*Strategic Management. An Integrated Approach*  
Houghton Mufflin Company, 1989
- HOFF A.S.  
*Mapping Strategic Thought*  
Chichester, Wiley, 1993
- LORANGE P.  
*Pianificazione strategica*  
Milano, McGraw-Hill Italia, 1990
- MARTELLI A.  
*Analisi strategica mediante scenari, dal macro al microambiente: teorie e metodi*  
Milano, ETAS libri, 1992
- MASON D.H.  
*Scenarios-Based Planning: Decision Model for the Learning Organization*  
Planning Review, March-April, 1994
- MINTZBERG H.  
*The Strategy Process: Concepts, Contexts, Cases*  
Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1991
- MINTZBERG H.  
*The Rise and Fall of Strategic Planning*  
Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1995
- MOORE J.  
*Writers on Strategy and Strategic Management: the Theory of Strategy and the Practice of Strategic Management at Enterprise, Corporate, Business and Functional Levels*  
London, Penguin, 1992
- MOSKOW M.  
*Strategic Planning in Business and Government*  
Economic Development, 1978
- NORMANN R.  
*La gestione strategica dei servizi*  
Milano, ETAS, 1985
- PETTIGREW A.  
*The Management of Strategic Change*  
Oxford, Blackwell, 1988
- PORTER M.E.  
*Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*  
New York, Free Press, 1980
- PORTER M.E.  
*Creating and Sustaining Superior Performance*  
New York, Free Press, 1985
- ROBERT M.  
*Il pensiero strategico: il processo più innovativo per elaborare le strategie d'impresa*  
Milano, Il Sole 24 ore, 1987



RUOZI R., CANZIANI A. ET AL.  
*Strategie e politiche aziendali*  
CLUEB, Bologna, 1988

SCHRIEFER A.  
*Getting the Most Out of Scenarios: Advice from Experts*  
Planning Review, September-October, 1995

SIMPSON D.G.  
*Key Lessons for Adopting Scenario Planning in Diversified Companies*  
Planning Review, May-June, 1992

SINATRA A.  
*Architettura strategica dell'impresa: modelli, componenti fondamentali e capacità di rinnovamento*  
Milano, EGEA, 1994

STACEY, R.D.  
*Managing the Unknowable: Strategic Boundaries Between Order and Chaos in Organizations*  
San Francisco, Jossey-Bass, 1992

TENAGLIA M., NOONAN P.  
*Scenario-Based Planning: a Process for Building Top Management Consensus*  
Planning Review, March-April, 1992

WILSON I.  
*Teaching Decision Makers to Learn from Scenarios: a Blueprint for Implementation*  
Planning Review, May-June, 1992

#### **Riferimenti bibliografici relativi alla letteratura in tema di strategia e pianificazione strategica nelle amministrazioni pubbliche**

BORGONOV E.  
*Principi e sistemi aziendali per l'amministrazione pubblica (titolo provvisorio)*  
Milano, EGEA, in corso di pubblicazione

BORGONOV E. (A CURA DI)  
*Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*  
Milano, Giuffrè, 1984

BRYSON J.M (A CURA DI)  
*Strategic Planning for Public and Non-Profit Organisations, a Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement*  
San Francisco, Jossey-Bass, 1988

BRYCE H.J.  
*Financial and Strategic Management For Non-Profit Organizations*  
Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1989

BURKHARTP J., REUSS S.  
*Successful Strategic Planning. A guide for Non-Profit Agencies and Organizations*  
SAGE Publications

BUTLER R.J., WILSON D.C.  
*Managing Voluntary and Non-Profit Organizations: Strategy and Structure*  
New York, Routledge, 1990

CAFFERATA R. (A CURA DI)  
*La gestione strategica delle aziende pubbliche*  
Milano, CIRIEC - F. Angeli, 1989

D'ANNA R.  
*I problemi della direzione strategica nelle imprese di pubblici servizi*  
Torino, Giappichelli, 1991

HUGHES O.E.  
*Public Management & Administration: an Introduction*  
New York, St. Martin's Press, 1994

KOTEEN J.  
*Strategic Management in Public and Non-Profit Organizations*  
Praeger Publishers, 1991

LERNER A., WANAT J.  
*Public Administration: Scenarios in Public Management*  
Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1989

MELE R.  
*Strategie e politiche di marketing delle imprese di pubblici servizi*  
Padova, CEDAM, 1993

MENEGUZZO M.  
*Crisi della pianificazione e scelte strategiche negli Enti Locali*  
Il Nuovo Governo Locale, n. 3, 1985

MOFFITT L.  
*Strategic Management: Public Planning at the Local Level*  
London, 1984

NUTT P.C., BACKOFF R.W.  
*Strategic Management of Public and Third Sector Organizations: a Handbook for Leaders*  
San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1992

OSBORNE D., GAEBLER T.  
*Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*  
New York Plume, 1992

- OSTER S.M.  
*Strategic Management for Non Profit Organizations. Theory and Cases*  
Oxford University, 1995
- REBORA G., MENEGUZZO M.  
*Strategia delle amministrazioni pubbliche*  
Torino, UTET, 1990
- ROBBINS G.  
*Scenario Planning: a Strategic Alternative; Challenging Managers to Look Ahead*  
Public Management, March, 1995
- RUFFINI R.  
*La gestione strategica del personale nelle organizzazioni non profit*  
Incontro Ce.R.G.A.S. per O.N.P. del 22 novembre 1993
- RUFFINI R., VALOTTI G.  
*Aspetti istituzionali e governo delle aziende pubbliche*  
Milano, EGEA, 1994
- Riferimenti bibliografici relativi alla letteratura in tema di strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche**
- AA.VV.  
*Per Steering Comittee on Future Health Care Scenarios, Primary Care and Home Care Scenarios 1990-2005*  
Dordrecht, Kluwer Academic Publisher, 1993
- BIJL R.  
*Delphi in a Future Scenario Study on Mental Health and Mental Health Care*  
Futures, April 1992
- BORGONOVÌ E.  
*Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale*  
In Borgonovì E. (a cura di), Il Controllo economico nelle aziende sanitarie, Milano, EGEA, 1990
- BORGONOVÌ E.  
*La selezione dei bisogni*  
Orizzonte Medico, 1995
- BRAITHWAITE J. ET AL.  
*Hospitals: to the Next Millenium, The International Journal of Health Planning and Management*  
Vol. 10, 1995
- CENSIS  
*Domanda di salute e scenari della sanità*  
ISIS, Roma, 1988
- CLEVERLEY W.O.  
*Competitive Strategy for Successful Hospital Strategy*  
Hospital and Health Services Administration, vol. 37, n. 1, 1992
- CODDINGTON D.C., MOORE K.D.  
*Market-Driven Strategies in Health Care*  
San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1987
- CONRAD D., HOARE G. (A CURA DI)  
*Strategic Alignment of Health Care Organizations: Management Case Studies*  
The Journal of Health Administration Education, vol. n. 4, 1990
- CREMADEZ M.  
*Le management strategique hopitalier*  
Intereditions, 1992
- DE ROO A.A., MARSE H.A.M.  
*Understanding the Central-Local Relationship in Health Care: a New Approach*  
International Journal of Health Planning and Management, vol. 5, 1990
- DEL VECCHIO M., MENEGUZZO M.  
*Il cambiamento organizzativo e gestionale nell'area della sanità pubblica*  
Palermo, Cerisdi, 1983
- DEL VECCHIO M.  
*Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche*  
Mecosan, n. 14, 1994
- DUNCAN W.J., GINTER P.M., SWAYNE L.E.  
*Strategic Issues in Health Care Management. Point and Counterpoint*  
PWS-Kent Publishing Company, 1992
- DUNCAN W.J., GINTER P.M., SWAYNE L.E.  
*Strategic Management of Health Care Organizations*  
Cambridge, Blackwell Publishers, 1995
- ENSP  
*Evaluation en santé et choix strategiques*  
Rennes Cedex, Ed. ENSP, 1991
- ESCAFFRE J.P.  
*Le socle de survie de l'hospital public s'effrite-t-il. Opinions des partenaires et project strategique*  
Un. de Rennes, 1992
- FILES L.A.  
*Strategy Formulation and Strategic Planning in Hospital: Application of an Industrial Model*  
Hospital and Health Services Administration, vol. n. 28, n. 6, 1983

- FROSSARD M.  
*Hospital Strategy and Regional Planning in France*  
The International Journal of Health Planning and Management, vol. 5, 1990
- GREEN A.  
*The State of Health Planning in the '90s, Health Policy and Planning: a Journal on Health in Development*  
Vol. 10, n. 1, 1995
- HALES T.B.  
*The Hospital Laboratory. Strategy, equipment, management and economics*  
Ellis Chichester, Horwood, 1990
- LEE K., MILLS A.  
*Policy Making and Planning in the Health Sector*  
London, Croom Helm, 1982
- LIEDTKA J.M.  
*Formulating Hospital Strategy: Moving Beyond a Market Mentality*  
Health Care Management Review, n. 17, 1992
- LONGLEY M., WARNER M.  
*Future Health Scenario-Strategic Issues for the British Health Service*  
Long Range Planning, vol. 28, n. 4, 1985
- MACSTRAVIC S.  
*Market and Market Segment Portfolio Assessment for Hospitals*  
Health Care Management Review, n. 14, 1989
- MALEK M., RASQUINHA J., VACANI P.  
*Strategic Issues in Health Care Management*  
Wiley and Sons, 1993
- MENEGUZZO M.  
*I modelli di pianificazione nelle USL*  
In Borgonovi E., Meneguzzo M. Processi di Cambiamento e di Programmazione nelle Unità Sanitarie Locali, Milano, Giuffrè, 1985
- MENEGUZZO M.  
*Processo di programmazione nelle Unità sanitarie locali: ipotesi per un rilancio e implicazioni sui processi di programmazione e controllo dell'Ente Regione*  
Come, Supplemento al n. 3, 1986
- MENEGUZZO M.  
*Una analisi critica delle politiche pubbliche nel settore della medicina di base: quali strategie per il futuro*  
Tratto da Nicolini (a cura di) Forme associative e medicina di base, F. Angeli, 1987
- MENEGUZZO M.  
*L'attività di pianificazione nelle strutture ospedaliere*  
In Meneguzzo M., Zavattaro F., Mazzoleni M., Borgonovi E., La Programmazione ed il controllo nelle Strutture Sanitarie, Milano, Mc-Graw Hill, 1988
- MENEGUZZO M.  
*Sono pronte le Regioni per la riforma della sanità? Analisi di alcune esperienze regionali degli anni ottanta*  
Queste Istituzioni, n. 85/86, 1991
- MENEGUZZO M.  
*Formulazione della strategia e processi di pianificazione strategica: un confronto internazionale dei gruppi ospedalieri pubblici*  
Mecosan, n. 14, 1995
- ORANGA H.M. E NORDBERG E.  
*The Delphi Panel Method for Generating Health Information*  
*Health Policy and Planning: a Journal on Health in Development*  
Vol.8, n. 4, 1993
- PARSTON G. (A CURA DI)  
*Managers as Strategist. Health Service Managers Reflecting on Practice*  
London, King Edward's Hospital Fund, 1986
- PECKMANN M. (A CURA DI)  
*Research for Health: a Research and Development Strategy for the NHS*  
London, Dep. of Health, 1991
- PETTIGREW A.  
*The Management of Strategic Change, Making Changes in Large Organizations: the Case of the National Health Service*  
London, Sage Publication, 1992
- POSTMA M.J. ET AL.  
*AIDS Scenarios for the Netherlands: the Economic Impact on Hospitals*  
Health Policy, vol. 31, n. 2, February 1995
- RAGGIO A.  
*Marketing e pianificazione strategica per un ospedale diverso*  
L'Impresa, n. 6, 1976
- RATHWELL T.  
*Strategic Planning in the Health Care Sector*  
London, Croom Helm, 1987
- ROSENGREN B., BORGENHAMMER E.  
*Planning for Health: the Significance of Life Style*  
The International Journal of Health Planning and Management, vol. 10, 1995



ROYAL INSTITUTE OF PUBLIC ADMINISTRATION  
*Joint Strategic Planning in Health and Social Services*  
London, RIPA, 1987

RUFFINI R.  
*La gestione strategica del personale nelle aziende U.S.L.*  
Azienda Pubblica n. 1, 1995

SEGALL M.  
*Health Sector Planning Led by Management of Recurrent Expenditure: an Agenda for Action-Research*  
The International Journal of Health Planning and Management, vol. 6, 1991

SHELDON A., ELLWOOD P., HERBERT M. ET AL.  
*Management of Health Organizations. Selected Articles of the Harvard Business Review*  
Harvard Business Review, 1974

SIMYAR F., LLOYD-JONES J.  
*Strategic Management in Health Care Sector Towards the Year 2000*  
Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1988

STUDIN I.  
*Strategic Healthcare Management*  
IRWIN, 1995

TEISBERG E.O., PORTER M.E., BROWN G.B.  
*Making Competition in Health Care Work*  
Harvard Business Review, July-August, 1994

ZENTNER R.D.  
*Scenarios: a Planning Tool for the Health Care Organizations. Hospital and Health Services Administration*  
Vol. 36, n. 2, 1991

# TESI DI LAUREA

*Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1994-1995. Relatore Elio Borgonovi*

## **FORME DI COLLABORAZIONE INTERAZIENDALE IN SANITÀ. IL CASO DELLA RETE ITALIANA TRATTAMENTI ADROTERAPICI**

**di Elena Cantù**

Obiettivo della tesi è presentare un contributo economico-aziendale alla progettazione della Rete Italiana Trattamenti Adroterapici (RITA). Il progetto RITA nasce nell'ambito del progetto TERA (TERA<sup>A</sup> con Adroni) con lo scopo di raccogliere un adeguato numero di pazienti da sottoporre a protonterapia a partire dall'anno 2000.

Esso prevede la creazione di un network nazionale comprendente alcuni centri di trattamento («Centro di Adroterapia Oncologica» e «Centri di Protonterapia») e numerosi Centri Associati. Questi ultimi (ospedali, cliniche universitarie, Istituti dei Tumori) dovranno selezionare i pazienti e comunicare, sia al centro che ai nodi, eventuali casi che richiedono la protonterapia.

Questo compito sarà agevolato dalla creazione di collegamenti multimediali all'interno della rete che permetteranno il trasferimento di dati e immagini per il consulto a distanza e per la pianificazione del trattamento. La rete informatica dovrebbe consentire, inoltre, la gestione di una lista delle prenotazioni per ottimizzare il flusso di pazienti ai centri di trattamento.

La creazione di RITA rappresenta una scelta innovativa all'interno del sistema sanitario nazionale poiché rappresenta una forma di collaborazione tra un numero elevato di strutture ospedaliere. Tale collaborazione prevede da un lato l'«invio» di pazienti, dall'altro la possibilità di accesso alla tecnologia.

Dato il carattere innovativo di RITA, l'approccio economico-aziendale può fornire un utile contributo alla progettazione della rete. Tale contributo si inserisce all'interno di uno studio che fisici, medici ed informatici stanno svolgendo relativamente a due questioni principali: la definizione dell'accordo tra i Centri di trattamento e quelli Associati; la valutazione della rete informatica che risulta più adeguata alle esigenze di RITA.

Nella tesi vengono presentati:

- un approfondimento delle problematiche aziendali e organizzative di questa forma di collaborazione interaziendale;
- un'analisi relativa alle convenienze economiche dei singoli soggetti ad aderire alla rete.

Innanzitutto vengono proposte tre ipotesi di assetto istituzionale. Tali ipotesi di massima non vogliono rappresentare dei «modelli» tra i quali scegliere la migliore configurazione per RITA. Si tratta piuttosto di esempi per mostrare come sia possibile attribuire le responsabilità di gestione della rete a soggetti diversi. Al variare delle scelte di responsabiliz-

zazione si modificano gli equilibri ricercati e, di conseguenza, le convenienze economiche dei singoli soggetti.

La configurazione assegnata alla rete deve inoltre essere coerente con gli obiettivi che si vogliono raggiungere: si può favorire l'adesione di un elevato numero di centri al fine di garantire la segnalazione, ai centri di trattamento, del maggior numero possibile di casi per l'adroterapia; oppure è possibile mirare ad un'adesione «più selezionata» dei centri con lo scopo di ottenere un maggiore coinvolgimento dei soggetti nella collaborazione e di favorire lo sviluppo di competenze professionali sull'intero territorio nazionale.

La considerazione delle priorità assegnate agli obiettivi di RITA è giustificata dal fatto che decisioni differenti comportano una diversa impostazione delle «regole del gioco» alla base della collaborazione poiché diverso è il livello di integrazione delle attività richiesto. In base al tipo di integrazione ricercata, si modificano le esigenze e le modalità per conseguire il coordinamento tra i centri.

Se si intendesse privilegiare l'integrazione nella fase di «raccolta» di un adeguato numero di pazienti per i centri di trattamento, sarebbe necessario concentrare gli sforzi di coordinamento nella gestione delle prenotazioni e delle liste di attesa; quando si considerasse prioritaria, invece, l'integrazione tra specialisti di centri diversi, le esigenze di coordinamento sarebbero più complesse e richiederebbero l'impiego di meccanismi di coordinamento sia formali che informali. La ricerca dell'integrazione non può essere lasciata solo alla buona volontà dei professionisti.

L'analisi di RITA come rete organizzativa tra strutture sanitarie ha aperto anche una seconda prospettiva di studio: la considerazione dell'inserimento di RITA in un contesto istituzionale e legislativo caratterizzato da un'evoluzione verso forme di regionalizzazione della sanità e di finanziamento delle aziende sanitarie su base tariffaria.

L'impatto di un tale contesto sulla creazione della rete è stato affrontato considerando in particolare le nuove modalità di finanziamento previste dal D.L.vo 502/92. Le regolazioni economiche tra i centri coinvolti nella collaborazione potranno rappresentare un incentivo o un disincentivo al consulto attraverso la rete informatica e al trasferimento del paziente per il trattamento.

L'eventuale adozione del sistema tariffario per il finanziamento dei Centri e l'inclusione della terapia con adroni all'interno di uno specifico DRG permetterà infatti differenti modalità di ripartizione delle tariffe. Tali elementi, insieme ai criteri di ripartizione dei costi, determineranno le convenienze dei singoli centri ad aderire alla rete.

Soltanto dopo aver chiarito tutte le problematiche di tipo aziendale che devono essere considerate nella progettazione di RITA è possibile procedere ad alcune valutazioni economiche a supporto delle decisioni relative alla scelta della rete tecnologica.

Prima di procedere alle analisi economiche, è però necessario che vengano definiti: le «politiche di coinvolgimento» e il soggetto rispetto al quale effettuare l'analisi.

Le decisioni relative alle politiche di coinvolgimento sono già state presentate e riguardano la possibilità di assegnare priorità all'associazione del massimo numero di centri oppure di considerare come obiettivo principale la realizzazione di collegamenti stabili con alcuni centri principali.

Una volta definito l'approccio da seguire nell'analisi è necessario definire il soggetto rispetto al quale effettuare le valutazioni: un unico soggetto o una pluralità di soggetti. Al variare del punto di vista si modifica l'oggetto della valutazione: l'insieme dei collegamenti della rete, nel primo caso, oppure la singola connessione, nel secondo.

Le analisi economiche sono il risultato di un processo che richiede prima di tutto la specificazione delle variabili sopra indicate (politiche di coinvolgimento e soggetti). Quando queste ultime vengono modificate, le analisi economiche relative alla scelta della migliore soluzione tecnologica danno risultati differenti.



*Tesi di laurea presentata all'università degli Studi di Torino, facoltà di economia. Corso di laurea in Economia e commercio, A.A. 1994-1995. Relatore Giulio Diale, correlatori: Nerina Dirindin, Pietro Terna, Emanuele Davide Ruffino*

## **LETTURA SISTEMICA DELLE STRUTTURE SANITARIE**

**di Marco Passera**

Nell'ambito dell'attuale processo di riforma della gestione sanitaria e in particolare degli enti operativi, questa ricerca rappresenta una metodologia di analisi di una struttura ospedaliera secondo i principi della teoria dei sistemi utilizzando un modello di simulazione dinamica, con applicazione in un caso concreto: l'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino.

Caratteristica fondamentale degli ospedali in generale è la complessità della struttura organizzativa e dell'attività svolta. Per comprendere e valutare le relazioni intercorrenti tra i diversi attori all'interno del complesso non sono sufficienti l'esperienza accumulata dal management e la conseguente conoscenza approfondita della realtà.

Tramite un sistema di indicatori è possibile analizzare l'andamento generale della gestione controllando la qualità e la quantità di prestazioni erogate e le risorse impiegate, ma questo non consente di prevederne l'andamento futuro.

Nell'operare scelte di carattere strategico occorre basare le proprie decisioni su previsioni attendibili e non solo su intuizioni. In questo senso risulta essere molto utile la creazione di un modello della realtà in grado di simulare il comportamento della struttura. Il numero e la reciproca dipendenza delle variabili componenti sistemi economici e sociali particolarmente complessi non ne consente il trattamento con gli strumenti analitici tradizionali.

L'analisi dei sistemi dinamici è la base teorica per la creazione di un modello in grado di prevedere il comportamento della struttura ospedaliera e costituisce la struttura logica per collegare efficacemente le intuizioni e le idee derivanti dalla conoscenza profonda del problema, trasformandole in un modello causale trattabile con strumenti matematici ed informatici.

I sistemi analizzati devono essere scomposti in unità logiche elementari il cui comportamento può essere studiato sia singolarmente che in termini di interrelazioni reciproche; i vari sottosistemi devono essere successivamente integrati in un unico sistema generale.

La simulazione ha origine da una situazione iniziale costituita dallo «stock» esistente in un dato istante; la modificazione di questo stato iniziale è dovuta all'azione dei flussi che generano spostamenti di risorse o di informazioni all'interno del sistema oppure tra questo e l'esterno. La valutazione dello stato dell'intero sistema viene effettuata ad intervalli molto ravvicinati; questa caratteristica permette di trattare problemi estremamente complessi e con molteplici interazioni, scomponendole in variazioni elementari e valutandole per un periodo di tempo relativamente piccolo.

L'idea intuitiva che parti diverse dell'organizzazione possano influenzarsi a vicenda è facilmente modellizzabile mediante la creazione dei cosiddetti circuiti di retroazione, ossia dei collegamenti logici tra gli elementi costitutivi del sistema nei quali una o più variabili risultano determinate dal comportamento o dal valore di altre.

Il modello di simulazione non ricerca direttamente l'alternativa migliore, ma è un ausilio nella fase decisionale del management; fornisce, tramite un'analisi di tipo What-if, i possibili risultati delle scelte disponibili, induce la direzione ad uno studio approfondito del comportamento delle diverse parti del sistema per costruire il modello stesso, in pratica induce il decisore a migliorare la propria conoscenza della realtà esplicitando in un modello causale le proprie intuizioni.

La costruzione di un modello relativo ad una struttura sanitaria parte quindi dall'analisi approfondita delle determinanti del comportamento della struttura: gli indicatori relativi all'attività svolta, i costi principali e le eventuali inefficienze o carenze strutturali.

Successivamente occorre procedere allo studio delle interrelazioni tra i settori più importanti che compongono il sistema evidenziando i punti critici nella struttura organizzativa in grado di determinare variazioni significative nella gestione complessiva dell'ospedale.

La costruzione di un modello di simulazione prevede l'uso di un elaboratore elettronico a causa dell'elevatissimo numero di computi necessari per calcolare i valori delle variabili relative all'intero sistema in ogni intervallo elementare di tempo.

La metodologia espressa in precedenza è stata applicata ad una struttura ospedaliera pubblica: l'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino, presidio specializzato nella cura delle malattie infettive particolarmente impegnato nelle patologie legate al virus dell'HIV. L'ospedale comprende anche un reparto universitario di specializzazione e ricerca nell'ambito delle malattie infettive.

L'analisi ha avuto per oggetto principale l'attività prestata dai diversi reparti componenti il complesso ospedaliero, misurata sia secondo il tradizionale parametro delle giornate di degenza e sia tramite la composizione del case-mix trattato classificato secondo la metodologia dei D.R.G. Successivamente sono stati analizzati i servizi di diagnosi e cura e i servizi centralizzati dell'ospedale.

Il funzionamento dei diversi comparti dell'Amedeo di Savoia è stato analizzato tramite numerosissimi dati relativi al primo semestre del 1995 e sulla base di indagini campionarie supportate da elaborazioni statistiche. Per la definizione del modello relativo all'intera struttura è stato utilizzato un software di modellizzazione sistemica appositamente studiato per permettere la creazione di modelli sofisticati mediante un procedimento semplice ed intuitivo. La realizzazione così ottenuta è in grado sia di simulare in modo attendibile il comportamento della struttura per i primi 9 mesi del 1995, sia di stimarne i risultati per l'ultimo trimestre.

Il modello è costituito di diversi sottosistemi, relativi a:

- analisi della degenza in regime di ricovero ordinario;
- analisi dei reparti di degenza;
- servizi generali di diagnosi e cura;
- servizi centralizzati.

Il primo aspetto evidenzia principalmente l'andamento stagionale della degenza, la relativa durata, l'occupazione della struttura, la presenza di picchi stagionali dovuti alla particolarità delle patologie trattate.

Il secondo sottosistema mira a valutare efficienza dei vari reparti sulla base dei costi principali, ossia il personale e la spesa farmaceutica. L'attività prestata dalle quattro sezioni di degenza è stata misurata e classificata in base ai DRG, per permettere valutazioni utili ai fini gestionali, alla luce dell'attuale normativa nazionale e regionale.

L'analisi dei servizi generali di diagnosi e cura e dei servizi centralizzati è risultata difficoltosa in quanto il presidio non gode di totale autonomia, essendo inserito nell'Azienda Regionale U.S.L. III di Torino, e l'attività di tali servizi viene solamente valutata nel complesso e non secondo un'ottica di «centri di costo».

Sulla base dei dati raccolti è stato poi analizzato il finanziamento della struttura effettuato tramite tariffe relative alle prestazioni erogate. Sono state inoltre valutate le conseguenze per l'ospedale in seguito all'adozione delle tariffe (relative ai DRG) stabilite dalla Regione Piemonte nell'ottobre scorso, in sostituzione di quelle nazionali.

L'analisi della degenza ha riguardato l'andamento di ricoveri, dimissioni e decessi, mentre lo studio delle prestazioni erogate ha fatto riferimento all'attività di ricovero ordi-

nario, analizzando le patologie trattate, gli accertamenti diagnostici richiesti, le differenze tra i reparti in termini di risorse utilizzate, durata del periodo di ricovero e risultati ottenuti.

L'intero lavoro è basato su di un approccio interdisciplinare che è tipico dell'azione del management. Infatti per una corretta gestione di un ente ospedaliero sono necessarie competenze in diversi settori: medico, organizzativo, giuridico, economico, matematico, statistico ed informatico.

L'orientamento assunto dalla ricerca è stato perciò quello di elaborare una metodologia ed un prodotto-programma che rappresentassero un valido aiuto nel processo di pianificazione strategica dell'azienda-ospedale.

*Tesi di laurea presentata all'università degli Studi di Torino, facoltà di economia. Corso di laurea in Economia e commercio, A.A. 1994-1995. Relatrice prof.ssa E. Fornero, correlatrice dott.ssa N. Dirindin, correlatore esterno prof. R. Pattono (Dir. Ist. Anestesiologia e Rianimazione - Univ. di Torino)*

## **L'ANALISI FARMACOECONOMICA E IL NUOVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO BASATO SUI DRGS. ASPETTI GENERALI E ANALISI DEI COSTI DI UN SERVIZIO ANESTESILOGICO**

**Paolo Zona**

La scarsità della risorse ha costretto, negli anni '80, i Paesi industrializzati ad adottare sistemi di pagamento prospettico delle prestazioni ospedaliere. Negli Stati Uniti, infatti, il Medicare Program aveva fatto riscontrare, dal 1967 al 1983, un incremento del 17,9% annuo della spesa ospedaliera a fronte di un tasso di inflazione del 7,4%. Nel 1983 in USA la spesa sanitaria ammontava a circa il 10% del PIL. La Public Law 98-21 sancì pertanto che gli ospedali avrebbero ricevuto una somma prefissata per ricovero in funzione del gruppo diagnostico DRG cui ciascun paziente venisse attribuito.

Situazione analoga si è verificata qualche anno più tardi in alcuni dei principali Paesi europei; anche in questi casi la spesa sanitaria raggiungeva livelli ritenuti eccessivi in termini percentuali sul PIL. Seguendo l'esempio degli USA, cominciarono così le sperimentazioni in Francia, Gran Bretagna, Irlanda, Svezia, etc.

In Italia, la stessa esigenza si è fatta più pressante alla fine degli anni '80, quando l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL raggiunse l'8%. Il riferimento legislativo che per primo introduce una descrizione dettagliata del sistema di pagamento a prestazione è il D.L. 502/92, poi modificato dal D.L. 517/93. Essi definiscono, in via generale, i ruoli dello Stato e delle Regioni; in particolare vengono sottolineate la regionalizzazione delle tariffe e la nuova mansione di acquirente delle prestazioni affidata all'USL.

Le perplessità associate al metodo di finanziamento delle attività ospedaliere non sono poche. Le preoccupazioni maggiori sorgono con riferimento alla qualità delle prestazioni: si teme un abbassamento del livello di qualità, dovuto alla convenienza a ridurre i giorni di degenza al fine di aumentare il numero di ricoverati nel corso dell'anno.

In tale contesto il lavoro presenta una dettagliata analisi dei costi di una procedura anestesiologicala. La scelta di questo elemento di costo è stata dettata dalla necessità di conoscere l'incidenza di tale voce di spesa sulla tariffa ROD corrisposta a fronte di un ben preciso intervento chirurgico. Il DRG prescelto è stato il 303, «interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, per neoplasia», il quale presenta una tariffa di L. 11.047.925. Questa categoria di interventi è normalmente caratterizzata da un livello di difficoltà medio-alto e soprattutto da una durata abbastanza prolungata, tale da permettere di evidenziare la spesa anestesiologicala.

Nei 35 interventi considerati sono stati analizzati i costi da sostenersi per le 4 tecniche anestesiologicalhe alternative più frequentemente utilizzate: la tecnica inalatoria in circuito



aperto, l'inalatoria in circuito chiuso, l'endovenosa (TIVA) e la tecnica blended o combinata (relativamente a quest'ultima tecnica è stato specificato il costo della combinazione con l'inalatoria in circuito aperto, in circuito chiuso e con la TIVA). L'obiettivo era quello di determinare un costo anestesilogico al di sotto del quale sia poco ragionevole andare per quel tipo di intervento, in una determinata sala operatoria caratterizzata dalla presenza di macchinari specifici (sala operatoria del reparto di urologia diretto dal prof. S. Rocca Rossetti - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino; servizio anestesilogico di competenza dell'Istituto di Anestesiologia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Torino diretto dal prof. R. Pattono).

La durata media dell'intervento, rilevata nei casi esaminati, è stata di 4 ore e 22 minuti; la durata minima di 3 ore e 10 minuti, mentre quella massima di 6 ore e 5 minuti.

Gli elementi di spesa esaminati in dettaglio sono stati i seguenti:

— *costo del personale*: gli emolumenti del personale, calcolati in base all'inquadramento di categoria dei due anestesisti addetti, hanno prodotto un costo medio per singolo intervento di L. 158.772 (il costo del personale paramedico è ritenuto una componente della spesa chirurgica);

— *costo dei macchinari e dei monitoraggi*: la quota di ammortamento da imputare ad ogni intervento per il Cicero (anno d'acquisto 1991), l'ABM (anno d'acquisto 1986), i costi di manutenzione e per tutti gli altri macchinari utilizzabili durante l'atto operatorio è risultata pari a L. 114.743 (IVA compresa);

— *costo dei materiali monouso*: sono compresi i materiali disponibile normalmente utilizzati durante un intervento classificato nel DRG 303 ed impiegati indistintamente in ciascuna delle quattro tecniche anestesilogiche sopra menzionate. Il costo totale dei materiali monouso imputabile a ciascun intervento è risultato pari a L. 116.187 (IVA compresa);

— *costo dei farmaci e di altri materiali specifici*: tale voce di spesa è stata analizzata tenendo conto delle differenze che sorgono in relazione alla tecnica anestesilogica utilizzata. I costi ottenuti risultano essere compresi tra L. 682.182 (IVA compresa) riferibili ai farmaci e materiali specifici per l'anestesia inalatoria in circuito chiuso e L. 1.025.131 (IVA compresa) riferibili ai farmaci e materiali specifici per l'anestesia combinata con l'endovenosa (TIVA). Vale la pena ricordare che il costo totale dei farmaci per l'anestesia inalatoria in circuito aperto pari a L. 743.428 (IVA compresa);

— *costo per il controllo dell'inquinamento*: per ogni sala operatoria sono previsti due controlli anti-inquinamento all'anno durante i quali viene effettuata una rilevazione ambientale e vengono verificati i dosaggi biologici dei gas. Il costo da imputare ad ogni singolo intervento chirurgico è pari a L. 6.818.

La somma delle voci di costo sopra evidenziate rappresenta il costo totale della procedura anestesilogica messa in atto nel caso di intervento classificabile nel DRG 303. I risultati ottenuti evidenziano come la spesa maggiore sia da sostenersi nel caso di anestesia blended (o combinata) con la TIVA: L. 1.421.651. Lire 1.139.948 è il costo stimato per l'anestesia inalatoria in circuito aperto, mentre è l'anestesia inalatoria in circuito chiuso a presentare il costo più basso: L. 1.078.702.

È risultato dunque evidente che quest'ultima tecnica è in assoluto la più conveniente. Nello specifico della nostra indagine è risultato infatti un risparmio di L. 61.246 per intervento rispetto alla tecnica inalatoria in circuito aperto. Tale cifra, ipotizzando di operare sempre in circuito chiuso in quella sala operatoria e supponendo di eseguire solo questo tipo di chirurgia, corrisponderebbe ad un risparmio annuo di L. 17.516.356.

Nel caso in cui, invece, ci si trovi nella situazione di dover allestire ex novo la sala operatoria predisponendo macchine e materiali all'uso del circuito chiuso, il risparmio sarebbe ridotto, ma ugualmente esistente. Nel caso di acquisto di un Cicero a prezzi 1995 il risparmio sarebbe di L. 33.736 per intervento.

I dati appena esposti hanno consentito, in conclusione, di determinare un'incidenza media del costo anestesiologicalo sulla tariffa ROD pari all'11,4%.