

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2010**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliero-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

Elena Cantù si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È *coordinatrice di OASI*.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer
Ingelheim**



www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2010

a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

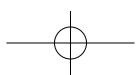
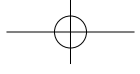
Elena Cantù

SDA Bocconi



CERGAS
CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 **Egea**



9 Regioni e aziende sanitarie private accreditate: quali meccanismi di governo?¹

di Elena Cantù, Francesca Ferrè e Mariafrancesca Sicilia²

9.1 Introduzione

Tra gli interventi, attivati a livello internazionale, per innovare il settore pubblico in chiave manageriale ampio spazio è stato dedicato all'introduzione di forme di mercato/quasi mercato nell'erogazione dei servizi pubblici.

Nel processo di erogazione dei servizi pubblici tramite meccanismi di quasi mercato emergono le seguenti funzioni (Savas, 1987; Longo, 2001; Borgonovi, 2005):

- ▶ La funzione di consumo. Il consumatore è colui che beneficia del bene/servizio finale e a cui è attribuito un certo potere di scelta tra i produttori.
- ▶ La funzione di produzione. Il produttore è colui che è responsabile di combinare i fattori produttivi per rendere disponibili agli utenti i beni e i servizi. Gli attori che producono i servizi, sia aziende pubbliche sia aziende private o non profit, sono messi in competizione per conquistare la preferenza dei cittadini.
- ▶ La funzione di committenza del servizio (titolarità). Il titolare del servizio è il soggetto responsabile della programmazione dell'offerta e della negoziazione dei prezzi delle prestazioni.

¹ Il capitolo trae spunto dai risultati di una ricerca finanziata da Assolombarda e AIOP Lombardia nell'ambito del progetto «Osservatorio Sanità Privata». Gli autori ringraziano per la disponibilità e per il contributo alla ricerca: Luca Merlino, responsabile dell'UO «Governare i servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo» della Regione Lombardia; Franco Milani, responsabile dell'ufficio «Accreditamento, appropriatezza e controlli» della Regione Lombardia; Eugenio Di Ruscio, responsabile Presidi Ospedalieri della Regione Emilia Romagna; Renata Cinotti, responsabile «Accreditamento» dell'Agenzia Regionale Sanitaria dell'Emilia Romagna; Tiziano Carradori, Direttore Generale AUSL Ravenna; Mariella Martini, Direttore Generale AUSL Reggio Emilia; Francesco Ripa di Meana, Direttore Generale AUSL Bologna; Francesco Pietrobbon, responsabile «Direzione Servizi Sanitari» della Regione Veneto; Claudio Pilerici e Guia Varotto «Direzione Servizi Sanitari» della Regione Veneto; Evelino Marco Perri dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto.

² Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§. 9.1 e 9.5 sono da attribuirsi a Francesca Ferrè, i §§ 9.3 e 9.4 a Mariafrancesca Sicilia, e i §§ 9.2 e 9.6 ad Elena Cantù.

Gli strumenti a disposizione del committente per svolgere il suo ruolo sono:

- ▶ I meccanismi di accreditamento;
- ▶ La negoziazione e il controllo dei contratti.

L'accreditamento è un processo tramite cui controllare e standardizzare la qualità nell'erogazione di servizi. Le finalità dell'accreditamento possono essere differenti (Scrivens, 1996). Esso può configurarsi come meccanismo a supporto di processi aziendali di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di definizione di *standard* organizzativi e/o professionali, o anche come strumento di regolazione del settore, con l'obiettivo di garantire un adeguato livello di sicurezza e di tutela per i cittadini che usufruiscono di tali servizi. La funzione di regolazione acquisisce una particolare rilevanza nel settore sanitario, come conseguenza dell'alta asimmetria informativa tra produttori dei servizi e consumatori finali degli stessi. Il committente dei servizi svolge, infatti, un importante ruolo di selezione dei produttori a cui gli utenti possono rivolgersi, in ragione del rispetto di alcuni requisiti individuati come qualificanti.

I contratti sono individuati dai sostenitori dell'approccio formale al *contracting out* come uno degli strumenti principali a disposizione dei committenti per orientare il comportamento dei produttori (Bennett e Ferlie, 1996; Flynn e Williams, 1997; Zangrandi 1998). In tale prospettiva, i committenti utilizzano i contratti per programmare l'attività e creare una tensione positiva verso i propri obiettivi, anche quando contrastanti con quelli della controparte.

Uno degli elementi su cui si è focalizzata l'attenzione degli studiosi è il livello di dettaglio dei contratti. Essi sostengono che i contratti devono essere molto precisi, completi e scritti in un linguaggio che sia comprensibile dalla controparte (Wesemann, 1981; Marlin, 1984; O'Looney, 1998; Savas, 2000; Romzek e Johnston, 2005; Brown et al., 2007). In letteratura sono oggetto di dibattito da una parte la possibilità e l'opportunità di elaborare dei contratti completi e dall'altra gli elementi che ne qualificano la completezza. Per quanto riguarda il primo punto alcuni autori rilevano che raramente è possibile riscontrare contratti completi (Bernheim e Whinston, 1998) data la razionalità limitata degli agenti economici. Sempre gli stessi autori affermano che, comunque, contratti completi sono inopportuni se esistono degli elementi dello scambio non ben esplicitabili e verificabili. Con riferimento ai contenuti, i contratti possono essere definiti in termini di obiettivi di *performance* che il fornitore deve perseguire o delle specifiche modalità cui il fornitore deve attenersi nello svolgimento delle attività richieste. Nel primo caso si parla di *performance contracting*, mentre nel secondo caso di *regulatory* o *conventional contracting* (Donahue, 1989; Behn e Kant, 1999).

Un elemento fondamentale della contrattazione è rappresentato dai controlli effettuati sulle prestazioni erogate al fine di verificare la corrispondenza con quanto negoziato nel contratto (Wesemann, 1981; Marlin, 1984; Rehfuss, 1989; Savas, 2000; Prager, 1994; Lavery, 1999; Brown e Potoski, 2003; Hefetz e Warner, 2004). Strettamente connesso è il ricorso a meccanismi legali nel caso non sia ottemperato quanto previsto nel contratto. Rientrano in questa fattispecie l'applicazione di sanzioni pecuniarie e la possibilità di rescindere il contratto.

Lo sviluppo di adeguati strumenti di governo degli erogatori è diventato centrale all'interno del SSN a seguito dell'introduzione di meccanismi di quasi mercato. Il D.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. ha introdotto: (i) la separazione tra aziende titolari della funzione di tutela della salute e aziende produttrici; (ii) la competizione pubblico/privato; (iii) la libera scelta dei cittadini; (iv) un meccanismo di finanziamento delle prestazioni a tariffa per caso trattato.

La letteratura ha ampiamente evidenziato i vantaggi e i rischi collegati alla diffusione di tali sistemi all'interno del settore sanitario³: aumento della produttività nel breve periodo (Dismuke e Sena, 1999; Louis et al., 1999; Mikkola et al., 2001; Kjerstad, 2003) e disponibilità di informazioni per il controllo dei costi e del *case mix* (Busse et al., 2006), ma anche *cost shifting* (Jönsson, 1996), *cream skimming* (Bibbee e Padrinin, 2006; Berta et al., 2010), *upcoding* (Louis et al., 1999; Rogers et al., 2005; Bibbee e Padrinin, 2006; Berta et al., 2010), aumento dei ricoveri ripetuti (Louis et al., 1999; Kjerstad, 2003), rallentamento nel miglioramento della qualità in termini di riduzione della mortalità dovuta ad errori medici e chirurgici (Forgione et al., 2004).

Risulta quindi centrale per le regioni sviluppare adeguate capacità di governo degli erogatori in modo da favorire un'adeguata offerta nel rispetto di determinati *standard*.

9.2 Obiettivi e metodo di ricerca

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di investigare le caratteristiche dei sistemi utilizzati a livello regionale per governare gli ospedali privati accreditati che agiscono sul proprio territorio. La rilevanza di tali strumenti a supporto del ruolo di committenza attribuito alle Regioni e alle ASL è accolta nell'ordinamento nazionale, laddove il comma 3 dell'art. 8-bis del D.lgs. 502/1992 (come modificato dal D.lgs. 229/1999) afferma che «(...) l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio (...),

³ Per una *review* sistematica ed esaustiva della letteratura sul tema si rimanda ai contributi più recenti (Busse et al., 2006; Eastaugh, 2006; Kastberg e Siverbo, 2007).

dell'accREDITAMENTO istituzionale (...), nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali (...)).»

La scelta di focalizzare l'attenzione sugli erogatori privati nasce da due considerazioni: (i) in molte regioni l'estensione del quasi-mercato per gli erogatori pubblici è molto limitata, dato che solo la Lombardia ha effettuato la completa separazione acquirente-fornitore⁴; (ii) il meccanismo di ripiano dei disavanzi da parte delle regioni, che continua a caratterizzare il finanziamento di molte aziende sanitarie pubbliche, rende meno incisivi gli incentivi generati dal quasi mercato.

Lo studio si limita ad analizzare i sistemi di accREDITAMENTO, di contrattazione e di controllo delle prestazioni di ricovero. Le regioni governano, infatti, generalmente in modo separato e con modalità diverse l'attività ospedaliera e quella specialistica. La maggiore affidabilità e completezza dei flussi informativi relativi ai ricoveri ha favorito lo sviluppo e consolidamento dei sistemi di governo di tali prestazioni.

Al fine di rispondere all'interrogativo di ricerca si è proceduto tramite l'analisi di casi multipli, nella formulazione prospettata da Eisenhardt (1989) e Yin (1994). La ricerca effettuata attraverso lo studio dei casi agevola la connessione tra teoria ed evidenza empirica ed è indicata per esplorare fenomeni contemporanei (Yin, 1994), realtà non troppo lontane nel tempo che possono essere analizzate sia attraverso l'analisi documentale sia attraverso questionari ed interviste con gli attori (Grandori, 1996).

I contesti regionali oggetto di studio sono tre: Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Essi sono stati selezionati in modo da rispondere ai seguenti criteri: rilevanza in termini di popolazione residente, differente orientamento politico, ridotti disavanzi cumulati nel periodo 2003-2009 e diversa presenza di strutture ospedaliere private accreditate. In particolare, rispetto a quest'ultimo aspetto, le regioni oggetto di indagine presentano un'incidenza di posti letto in strutture private accreditate sul totale regionale pari a: 32% in Lombardia, 19 % in Emilia Romagna e 16% in Veneto, rispetto ad una media nazionale del 27%⁵. Storicamente, infine, il ruolo ed il livello di integrazione con gli erogatori pubblici è differente nei tre contesti regionali. Infatti, mentre il modello lombardo ha sempre enfatizzato la piena parità tra soggetti pubblici e privati accreditati⁶, in Emilia Romagna il ruolo svolto dai privati è principalmente di integrazione dell'atti-

⁴ Art.2 LR 31/1997.

⁵ Il dato include sia le case di cura private accreditate sia gli IRCCS di diritto privato e gli ospedali classificati e qualificati. Fonte: Ministero della Salute, 2007

⁶ Il Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità pone tra i principi alla base delle norme sul SSR lombardo «la parità di diritti e di doveri fra soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, e il concorso degli stessi, nonché dei soggetti in possesso dei soli requisiti autorizzativi, alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria» (art. 2, LR 33/2009).

vità svolta dal pubblico⁷. Il Veneto si pone in una posizione intermedia rispetto alle altre due regioni analizzate⁸.

Per la raccolta dei dati sono stati utilizzati fonti e metodi diversi, al fine di realizzare la triangolazione dell'evidenza empirica e garantire la validità interna attraverso la replicabilità dell'osservazione e dell'interpretazione (Stake, 1995). Si è fatto ricorso sia all'analisi documentale sia all'effettuazione di interviste. I documenti analizzati sono stati: la normativa regionale sull'accreditamento, sulla negoziazione dei tetti e sui controlli, i contratti e altri documenti reperiti presso le Direzioni Regionali della Sanità e le ASL. Le interviste sono state condotte con i referenti delle Regioni, delle Agenzie Sanitarie Regionali, laddove presenti, e presso alcune ASL.

L'analisi dei casi si è basata su griglie di rilevazione specifiche per ciascuna dimensione oggetto di indagine.

In particolare, l'analisi delle caratteristiche dell'accreditamento ha considerato le seguenti variabili (parzialmente mutate da Scrivens, 1996):

- ▶ Tipologie di accreditamento: a seconda che la spinta all'accreditamento provenga dall'interno dell'organizzazione o dall'esterno, tramite imposizione normativa, è possibile distinguere l'accreditamento volontario da quello obbligatorio-istituzionale;
- ▶ Soggetti coinvolti nel processo di accreditamento: il sistema di accreditamento richiede la definizione di *standard* e la verifica che le aziende accreditate vi si conformino. Tali funzioni possono essere svolte a livello nazionale, regionale o locale;
- ▶ Oggetto dell'accreditamento: il processo di accreditamento può interessare una struttura sanitaria nella sua interezza o parti della stessa;
- ▶ Tipologia di requisiti: in linea generale i requisiti dell'accreditamento possono essere distinti in requisiti di *input* e di processo, indicativi di come un'azienda dovrebbe operare, e indicatori di *performance* clinica, indicativi, invece, dei risultati effettivamente conseguiti. Inoltre, i requisiti possono essere generali o specifici a seconda che riguardino l'intera struttura o specifiche di-

⁷ Nella premessa all'accordo generale per il triennio 2007-2009 tra la regione Emilia Romagna e AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata (DGR 1654/2007) si esplicita come «il raggiungimento degli obiettivi strategici del sistema sanitario è avvenuto anche con l'integrazione dell'offerta privata (...) L'obiettivo è stato raggiunto tramite accordi sempre più collaborativi e finalizzati alla copertura non competitiva dei bisogni e della domanda di salute».

⁸ Nella premessa all'accordo con gli erogatori privati per l'assistenza ospedaliera (DGR 4449/2006) si stabilisce di estendere anche alle strutture private pre-accreditate il meccanismo programmatico già previsto per quelle pubbliche «poiché la normativa di principio, la programmazione sanitaria regionale e le scelte dell'utenza considerano in modo paritetico anche le strutture private pre-accreditate che nella programmazione a tutti gli effetti sono considerate soggetti sinergici con le strutture pubbliche (...)».

scipline/branche specialistiche. I requisiti, infine, dovrebbero essere diversi e ulteriori rispetto a quelli minimi autorizzativi e avere un carattere dinamico, in quanto sottoposti a costante aggiornamento in relazione all'evoluzione delle tecnologie e delle pratiche sanitarie.

Per quanto riguarda gli accordi contrattuali sottoscritti tra ASL e ospedali privati accreditati, la griglia di analisi ha indagato sia la dimensione di processo, sia i contenuti. Con riferimento al processo sono stati analizzati gli attori della negoziazione e il grado di intensità e ampiezza dell'attività di programmazione che si realizza tramite la contrattazione decentrata a livello di ASL (Zangrandi, 1998). Per quanto riguarda i contenuti, in linea con le indicazioni normative del comma 2 art. 8-quinquies del D.lgs. 502/1992, è stata investigata la presenza dei seguenti elementi contrattuali:

- ▶ programmi di attività, espressi come obiettivi di salute ovvero come volume massimo di prestazioni che la struttura si impegna ad erogare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza, e il relativo corrispettivo preventivato;
- ▶ requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- ▶ meccanismi incentivanti al fine di promuovere la realizzazione di particolari prestazioni;
- ▶ meccanismi sanzionatori nel caso vengano riscontrati comportamenti opportunistici (ad esempio penalizzazioni in caso di sovrapproduzione).

Con riferimento al sistema dei controlli attivato per verificare che gli erogatori si comportino in modo conforme a quanto predeterminato, infine, sono state analizzate le seguenti variabili:

- ▶ i principi di campionamento;
- ▶ i soggetti coinvolti e le relative competenze;
- ▶ la tipologia di controlli: (i) controlli di congruenza, finalizzati a verificare che esista corrispondenza tra attività realmente svolta e attività dichiarata al fine dell'attribuzione del finanziamento; (ii) controlli di appropriatezza, volti tipicamente a monitorare i cosiddetti ricoveri impropri; (iii) controlli sul raggiungimento di particolari obiettivi ritenuti qualificanti per il miglioramento del sistema di offerta.
- ▶ l'operatività dei controlli: le regole relative all'esercizio della funzione di controllo, alla risoluzione delle eventuali contestazioni e alle penalizzazioni;
- ▶ il monitoraggio degli esiti dei controlli a livello regionale.

9.3 Sistemi di accreditamento istituzionale

Il DPR 14 gennaio 1997, recependo quanto normato dal D.lgs. 502/1992 e ss. mm.ii, attribuisce alle regioni il compito di definire «gli *standard* di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accredimento di strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione». All'interno della normativa nazionale, nell'ultimo decennio le regioni si sono mosse seguendo percorsi differenti (Brusoni et al, 2007).

Le regioni oggetto di analisi hanno adottato tempistiche differenziate⁹: in Lombardia tutte le strutture sono state accreditate definitivamente; in Emilia Romagna sulle strutture private sono state effettuate le verifiche, ma il provvedimento di accreditamento definitivo è al momento sospeso a seguito di contenzioso con AIOP; in Veneto ancora nessuna struttura di ricovero è stata accreditata definitivamente essendo in corso le verifiche.

Forti differenze sono state riscontrate anche in termini di attori coinvolti nel sistema di accreditamento. In primo luogo, è variabile il soggetto cui è affidata la competenza di emettere il provvedimento di accreditamento. In Emilia Romagna «il Direttore generale competente in materia di sanità, o suo delegato, concede o nega l'accredimento con propria determinazione, che costituisce provvedimento definitivo» (LR 34/1998, così come modificata da LR 4/2008). In Lombardia e Veneto il rilascio o il diniego dell'accredimento istituzionale avvengono con provvedimento della Giunta regionale. Anche il controllo del possesso dei requisiti per l'accredimento è svolto da soggetti diversi: in Emilia Romagna e Veneto è effettuato dalle rispettive Agenzie Regionali Sanitarie, mentre la Lombardia si avvale delle ASL competenti per territorio.

Per ciò che riguarda l'oggetto di accreditamento, in tutte le regioni è possibile richiedere l'accredimento dell'intera struttura sanitaria pubblica o privata o di parti di essa¹⁰ (dipartimento/unità operativa)¹¹. Nella prassi, l'accredimento delle strutture ospedaliere private è stato concesso a livello di struttura nella sua interezza, accreditando tutte le UU.OO. presenti. Tuttavia, si sono registrati casi di successiva sospensione/revoca dell'accredimento per singole UU.OO.

In termini di requisiti di accreditamento, le tre regioni analizzate hanno privilegiato requisiti di *input* a scapito di quelli in grado di valutare la qualità dei

⁹ Si segnala, peraltro, che la normativa ha imposto alle regioni il passaggio definitivo all'accredimento istituzionale, identificando (art. 2 comma 100 Legge 23 dicembre 2009, n. 191) il 1° gennaio 2011 come data entro cui cessare gli accreditamenti provvisori delle strutture private.

¹⁰ In Emilia Romagna possono inoltre essere effettuati accreditamenti di programmi assistenziali critici (esempio trapianti di fegato) sulla base di almeno due presupposti: che le strutture partecipanti siano accreditate e che siano definiti «piani qualità» (o requisiti specifici) del programma.

¹¹ La Lombardia ha tradizionalmente richiesto il rispetto dei requisiti di accreditamento a livello di UU.OO. Recentemente, con la DGR 9014/2009, «al fine di rendere l'accredimento delle strutture di ricovero e cura più congruente con gli assetti organizzativi che le stesse si sono date negli ultimi anni», ha definito una serie di requisiti di accreditamento a livello di area/dipartimento.

processi e dei risultati. Le regioni hanno definito requisiti generali, da applicare alle strutture nella loro interezza, e requisiti specifici. Tutte le regioni richiedono requisiti generali con riferimento ai seguenti aspetti organizzativi, già individuati dal DPR 14 gennaio 1997: (i) politica, obiettivi ed attività; (ii) struttura organizzativa; (iii) gestione delle risorse umane; (iv) gestione delle risorse tecnologiche; (v) gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni; (vi) sistema informativo. Per quanto riguarda quelli specifici (previsti, al momento, solo da Lombardia ed Emilia Romagna) si veda il Riquadro 9.1.

L'accreditamento istituzionale ha durata definita in Emilia Romagna e Veneto (rispettivamente quattro e tre anni) e può essere rinnovato su richiesta della struttura interessata, presentando domanda almeno sei mesi prima della scadenza. Diversamente, in Lombardia non è individuato un termine di durata dell'accreditamento¹².

Le tre regioni monitorano con regole differenti il mantenimento dei requisiti di accreditamento. In particolare, in Lombardia il soggetto deputato al controllo è l'ASL sul cui territorio è localizzata la struttura accreditata. Ogni struttura è assoggetta a controllo in base a specifiche segnalazioni e comunque almeno una volta ogni 5 anni in quanto, come specificato nella DGR 9014/2009 - Allegato 7, il rinnovo dei contratti è subordinato, anche, all'esito positivo dei controlli sul mantenimento dei requisiti di accreditamento. In Emilia Romagna e Veneto la verifica è di competenza dell'Agenzia Regionale Sanitaria. Anche in questi contesti i controlli vengono effettuati a seguito di segnalazioni. Inoltre, le strutture sono verificate in occasione del rinnovo dell'accreditamento. In entrambi i casi regionali, alla domanda di rinnovo deve essere allegato un questionario di autovalutazione conforme al modello stabilito dalla Giunta regionale, che rappresenta la base per l'attività di verifica del team di valutatori dell'Agenzia.

In caso di mancato possesso o mantenimento dei requisiti di accreditamento, le regioni prevedono l'applicazione di specifiche sanzioni. La Lombardia distingue tre tipologie di sanzioni: (i) sanzioni amministrative pecuniarie in caso di assenza o mancato rispetto di uno o più requisiti di accreditamento; (ii) sanzioni amministrative aggiuntive che consistono nella sospensione dell'accreditamento e nell'eventuale revoca in caso di mancato adeguamento ai requisiti in seguito alla sospensione; (iii) sanzioni civili che comportano la risoluzione del contratto. Le suddette sanzioni, a partire dalla DGR 9014/2009 possono essere applicate anche a singoli dipartimenti/unità operative e/o branche specialistiche. In Emilia Romagna, qualora la perdita di requisiti per l'accreditamento comporti gravi compromissioni nella qualità dell'assistenza, è prevista la revoca, previa diffida, dell'accreditamento. L'accreditamento, può inoltre essere re-

¹² Si segnala peraltro che, come evidenziato nel prosieguo del testo, prima di concedere il rinnovo dei contratti vengono effettuati dei controlli sul mantenimento dei requisiti di accreditamento.

Riquadro 9.1 **Requisiti specifici per l'accreditamento in Lombardia ed Emilia Romagna**

La Lombardia e l'Emilia Romagna, nell'ambito della determinazione dei requisiti ulteriori necessari per l'ottenimento dell'accreditamento istituzionale, definiscono puntuali riferimenti ad aspetti organizzativi per alcune discipline o tipologie di strutture erogatrici di servizi sanitari e socio-sanitari. Di seguito si confrontano alcuni requisiti che la Regione Emilia Romagna ha definito per la cardiocirurgia con i requisiti definiti dalla Lombardia per le specialità di area intensiva, a cui appartiene la cardiocirurgia.

Indicatore	LOMBARDIA	EMILIA ROMAGNA			
(i) organico medico	<ul style="list-style-type: none"> - In ogni UO operano almeno 2 medici ogni 15 posti letto e 1 dirigente medico di II livello - Nel'ambito orario 8-20 feriale è definita una fascia di 5 ore consecutive in cui il numero di medici presenti in ogni UO non può essere inferiore al rapporto di 1 medico ogni 5 pazienti 	Tipologia di struttura:	Cardio chirurghi	Anestesi- sisti	Altri laureati
		A. fino a 450 interventi CEC/anno	3	2	5
		B. da 450 a 800 interventi CEC/anno	5	4	6
		C. da 800 a 1200 interventi CEC/anno	7	5/6	8
(ii) specifiche competenze professionalità mediche	-	<ul style="list-style-type: none"> - Per essere parte dello Staff Residente ogni Cardiocirurgo deve poter dimostrare di avere effettuato in veste di primo o secondo operatore almeno 200 casi di chirurgia cardiaca negli ultimi 5 anni. - Per essere adeguato lo Staff Residente deve garantire che almeno il 30% dei Cardiocirurghi possieda una casistica personale come primo operatore, di almeno 200 casi di chirurgia cardiaca negli ultimi 5 anni. - Altre figure professionali, la cui presenza è definita obbligatoria sono: Cardiologo, Terapista della riabilitazione (VI livello). - Per quanto riguarda le figure del Nefrologo, Angiologo, Neurologo, Pneumologo, Fisiatra, qualora non siano già in organico alla struttura, è previsto che questa se ne possa avvalere attraverso l'istituto della convenzione con Strutture esterne. 			
(iii) organico non-medico	<ul style="list-style-type: none"> - I minuti/paziente/die di assistenza infermieristica da garantire sono 240 - La presenza infermieristica nelle ore notturne non può essere inferiore ad 1/3 di quella prevista, per singola UO, nelle ore diurne 	Tipologia struttura:	Capo-sala	Infermieri profess.	Tecnici perfusio-nisti
		A. fino a 450 interventi CEC/anno	3	29	2
		B. da 450 a 800 interventi CEC/anno	3	43	3
		C. da 800 a 1200 interventi CEC/anno	3	59	4
1 tecnico manutentore per ogni struttura					

Fonte: Lombardia DGR 38133/1998; Emilia Romagna DGR 327/2004.

Riquadro 9.2 **Regione Lombardia: l'esperienza della *Joint Commission International***

L'accreditamento d'eccellenza su base volontaria è stato introdotto nel panorama lombardo nel 1999 come progetto sperimentale di adozione del modello di certificazione internazionale *Joint Commission (JC)*. Inizialmente la JC ha coinvolto dieci strutture sanitarie regionali, sei delle quali (IEO, Ospedale Bassini, Cliniche Gavazzeni, Humanitas, Istituto Clinico Mater Domini, Presidio Ospedaliero Oglio-Po) hanno poi deciso di consolidare questo percorso richiedendo, e ottenendo, l'accreditamento da parte dell'istituzione americana. I requisiti di accreditamento volontario si propongono di attribuire alle strutture sanitarie dei giudizi di valore sulla qualità del servizio offerto ai pazienti, valutando aspetti di accessibilità, continuità, sicurezza e soddisfazione.

I due modelli di accreditamento presenti in Lombardia, istituzionale e di eccellenza, non si intendono escludibili, ma complementari tra loro; infatti, hanno dimostrato in questa fase di consentire alle aziende sanitarie di compiere passi avanti, costruendo sulla certificazione preesistente e aggiungendo ad essa alcuni specifici vantaggi, quali il maggior coinvolgimento della parte clinica e professionale e la più ampia prospettiva di osservazione del sistema aziendale nella sua complessità (Brusoni et al, 2007).

Dal 2004, inoltre, la Regione utilizza una selezione di *standard* contenuti nel manuale internazionale della JC al fine di valutare la *performance* di tutte le strutture erogatrici della Regione.

vocato a seguito della violazione grave e continuativa degli accordi contrattuali stipulati con le strutture. Anche in Emilia Romagna, la revoca dell'accreditamento ha risvolti civili, determinando la decadenza dei rapporti contrattuali in corso. In Veneto, in caso di accertamento di situazioni di non conformità ai requisiti, l'accreditamento può essere sospeso o revocato a seconda della gravità delle disfunzioni riscontrate.

Si segnala, infine, che, accanto all'accreditamento istituzionale, Lombardia e Veneto promuovono, su base volontaria, lo sviluppo dell'accreditamento di eccellenza, inteso come riconoscimento dell'applicazione delle migliori pratiche organizzative e tecniche disponibili. Il Riquadro 9.2 sintetizza l'esperienza lombarda in termini di caratteristiche, diffusione e criticità.

9.4 **Accordi contrattuali**

Gli accordi contrattuali consentono alle strutture accreditate l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La stipula di tali accordi attribuisce dunque ai potenziali erogatori la qualifica di concessionari del servizio sanitario pubblico. Come per l'accreditamento, spetta alle regioni definire l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuare i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti: (i) riparto di responsabilità tra la regione e le ASL nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto; (ii) definizione di indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione

regionale; (iii) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza; (iv) individuazione dei criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture in caso di sovrapproduzione (D.lgs. 502/1992 art.8- quinquies, c. 1, come modificato dal D.lgs. 229/1999).

Per la specificità ed eterogeneità dei contesti regionali analizzati nella ricerca, in questo paragrafo si procede ad una lettura individuale dei profili regionali, rimandando alle conclusioni per alcune valutazioni comparative.

9.4.1 Regione Lombardia

Le ASL lombarde, ai sensi dell'art.12 della LR 31/1997, assicurano ai propri assistiti l'erogazione delle prestazioni di ricovero contemplate dai livelli essenziali di assistenza e definite dalla programmazione regionale. Nell'esercizio di queste funzioni, le ASL stipulano annualmente con le aziende ospedaliere pubbliche e private accreditate un contratto con il quale viene definito, per ogni erogatore, il finanziamento per l'attività sanitaria programmata a favore di tutti i pazienti lombardi. Annualmente la giunta regionale approva l'aggiornamento dello schema-tipo di tali contratti.

L'attività negoziale delle 15 ASL si muove nell'ambito del quadro generale definito dalla regione, la quale provvede all'individuazione di un *budget* per ASL, a fronte dei valori storici e di una serie di incontri con i rappresentanti degli erogatori finalizzati alla programmazione e alla definizione delle linee di attività.

Il contratto di fornitura tra ASL ed ente accreditato (sia pubblico che privato) è dunque lo strumento giuridico che autorizza quest'ultimo ad erogare assistenza ospedaliera a carico del SSR. La delibera regionale più recente (DGR 10804/2009 – Allegato 14) definisce per l'esercizio 2010 le condizioni e lo schema-tipo di contratto cui far riferimento. In particolare, la contrattazione tra i due soggetti riguarda tutta la produzione erogata a favore dei pazienti lombardi, valorizzata utilizzando le tariffe deliberate dalla giunta regionale.

Secondo la modalità di allocazione delle risorse su base storica, per l'anno 2010 si prevede di procedere ad un incremento medio tendenziale delle risorse contrattate, per ciascuna struttura, dell'1,5% rispetto al valore negoziato per l'anno precedente, con possibilità limitate di rivalutazione da parte delle singole ASL. Le quote così definite sono disponibili per i soggetti erogatori solo nella misura in cui gli stessi effettuino prestazioni di valore corrispondente.

I contratti includono anche l'indicazione di risorse vincolate al conseguimento di specifici obiettivi legati a progetti, finalizzati a contenere le criticità sui tempi di attesa e/o a soddisfare particolari esigenze di tipo clinico epidemiologico ed indicati in un allegato al contratto. Il raggiungimento di tali obiettivi rappresenta il presupposto per accedere a tali risorse vincolate.

Le attività di ricovero prodotte dai soggetto accreditati pubblici e privati al di

sopra dei valori soglia contrattualmente definiti non sono remunerate dal SSR (Riquadro 9.3), sebbene l'ASL territorialmente competente possa, in corso d'anno, provvedere ad un'eventuale integrazione di risorse laddove si registri uno squilibrio tra domanda ed offerta per specifiche prestazioni sanitarie e comunque per un valore economico non superiore al 30 per cento di quanto fatturato dall'erogatore¹³.

Tra le attività negoziate nell'accordo contrattuale tra ASL ed erogatore non rientrano le prestazioni ai pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva extra-regione), che vengono remunerate a consuntivo rispetto alla produzione effettiva, applicando le stesse tariffe vigenti per i pazienti lombardi. Inoltre non sono comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, le seguenti prestazioni:

- ▶ DRG chirurgici con diagnosi principale di neoplasia maligna già individuate con la DGR 19688/2004;
- ▶ attività di chemioterapia effettuate in *day hospital* che prevedono l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo;
- ▶ parti (DRG dal 370 al 375);
- ▶ dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale come da allegato alla DGR 3776/2006;
- ▶ pazienti dimessi da UU.OO di riabilitazione specialistica che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13;
- ▶ pazienti dimessi da UU.OO di riabilitazione specialistica che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post-chirurgica;
- ▶ le quote relative agli accompagnatori di pazienti ricoverati presso unità operative di cure palliative, fino ad un valore massimo di 3 milioni di euro complessivi su base regionale.

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e di dare certezze contrattuali ai soggetti erogatori, la regione ha individuato due scadenze entro cui definire la valorizzazione per le attività di ricovero: (i) siglare entro il 31 dicembre i contratti per l'esercizio seguente, dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di

¹³ Inoltre, i soggetti accreditati sia per le prestazioni di ricovero che ambulatoriali, in caso di mancato raggiungimento della soglia di risorse negoziate per i ricoveri per cause oggettivamente, possono spostarle sull'attività ambulatoriale. La quota trasferita è concordata con l'ASL di riferimento, che verifica con la Direzione Generale Sanità la compatibilità di sistema. La citata variazione non può, però, costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli esercizi successivi. Non è invece ammesso uno spostamento di risorse dall'attività ambulatoriale a quella di ricovero, in quanto ciò non è compatibile con gli indirizzi programmatori regionali.

Riquadro 9.3 **Il sistema dei tetti di spesa in regione Lombardia**

La Regione Lombardia definisce, per ciascun erogatore, il tetto di spesa per le attività di ricovero a favore dei pazienti lombardi. La produzione di prestazioni oltre tale soglia non viene remunerata.

Nel documento della Direzione Generale Sanità «Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo», redatto per gli anni 2007 e 2008, è disponibile l'analisi dei ricoveri degli erogatori sia pubblici che privati con l'indicazione del numero delle SDO, il relativo importo fatturato totale e il valore finanziato.

Prima di analizzarne i dati, occorre fare una breve premessa. Il contratto che le strutture accreditate stipulano con le ASL ripostano un valore economico che corrisponde alle prestazioni che la ASL competente territoriale ritiene necessario acquistare dalla stessa struttura per rispondere alle esigenze di salute del territorio. Tale valore può essere aumentato, per esigenze motivate, di una percentuale fino al 6%.

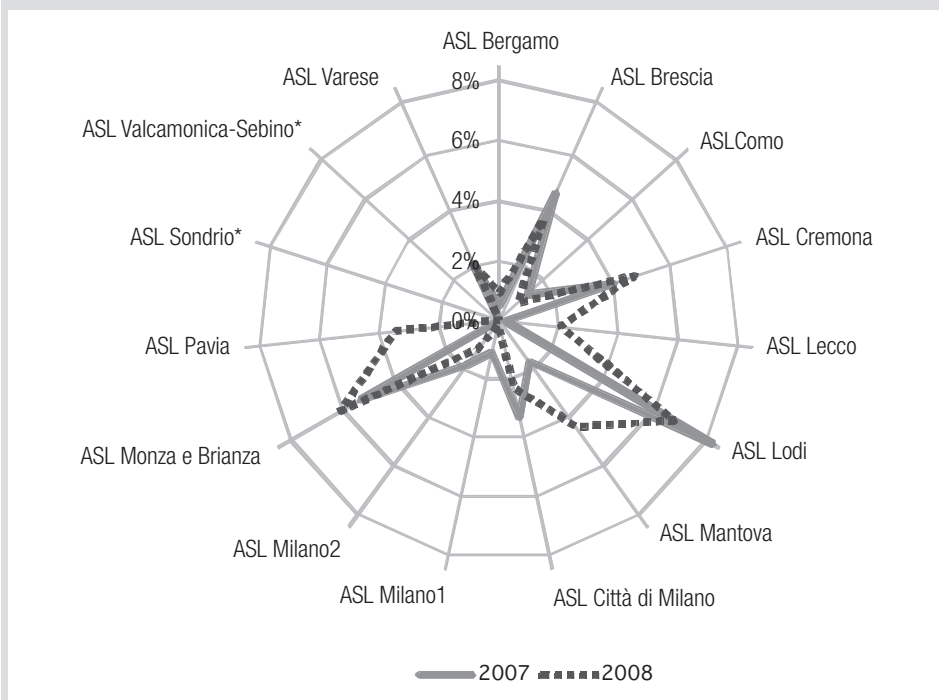
La struttura poi, eroga prestazioni sanitarie ai cittadini, e la somma del valore delle singole prestazioni erogate corrisponde al valore di «produzione» della struttura.

Invine il sistema sanitario regionale riconosce alle strutture, per le prestazioni erogate, un valore economico, che viene detto «finanziato».

Ad esempio:
 struttura X: valore di contratto: 1 milione di euro, valore produzione: 950.000 euro, valore finanziato: 950.000 euro.
 Struttura Y: valore di contratto: 1 milione di euro, valore produzione 1,1 milioni di euro, valore finanziato: 1 milione e 58mila euro.

Nella presente analisi, per esigenze di sintesi, si prendono in considerazione come detto i dati relativi alla produzione ed al finanziato, senza fare riferimento al valore di contratto.

Figura 9.1 **Scostamento percentuale tra valorizzazione della produzione e importo effettivamente finanziato degli erogatori pubblici, per ASL di ubicazione (2007 e 2008)**

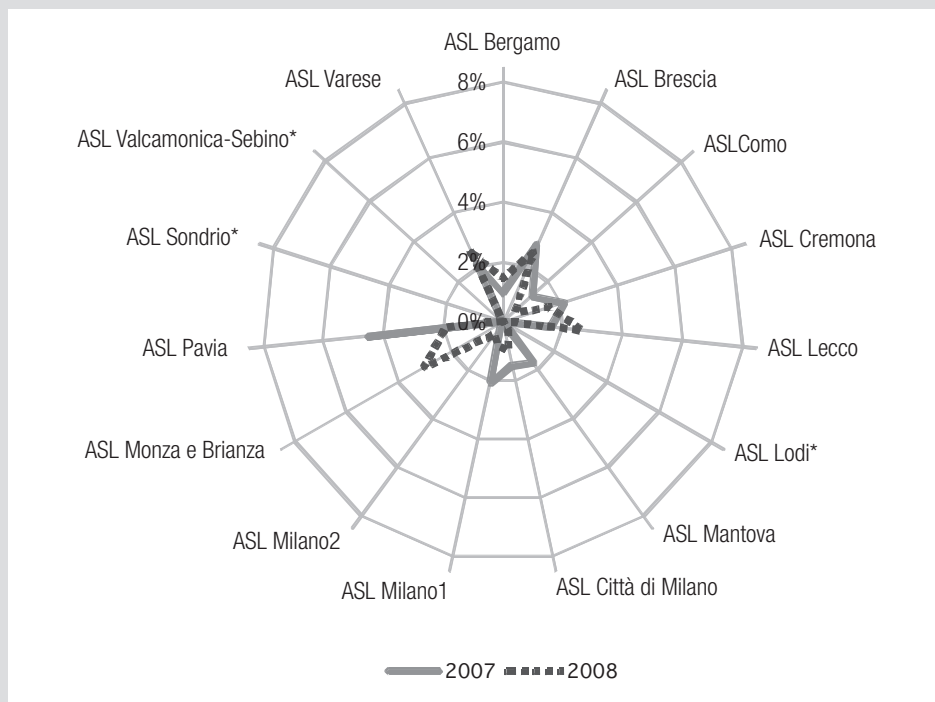


*valore prodotto = valore riconosciuto

Riquadro 9.3 (segue)

I suddetti dati sono stati sintetizzati nella Figura 9.1 e nella Figura 9.2, che mostrano lo scostamento tra la valorizzazione della produzione e l'importo effettivamente finanziato, distinto per natura pubblica o privata degli erogatori e per ASL di ubicazione delle strutture. I grafici mostrano una forte variabilità della quota di prestazioni erogate e non remunerate rispetto ad entrambe le dimensioni (natura giuridica e localizzazione geografica). In particolare, per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere, quelle situate nell'ambito dell'ASL di Lodi mostrano per entrambi gli anni lo scostamento massimo tra quanto prodotto e quanto riconosciuto (pari a € 4.646.817 nel 2007 e € 3.898.158 nel 2008), seguite da quelle dell'ASL di Monza-Brianza (A.O. Ospedale Civile di Vimercate e A.O. S. Gerardo di Monza) e di Brescia (A.O. Spedali Civili di Brescia, A.O. M. Mellini di Chiari e A.O. Desenzano del Garda). Se si guardano gli erogatori privati, quelli che operano nel territorio dell'ASL di Pavia per l'anno 2007 registrano la maggior produzione non riconosciuta, pari a € 4.232.793, di cui più della metà attribuibile ad un unico erogatore. Seguono gli erogatori presenti sui territori di Brescia e Varese. Nel 2008 i soggetti privati presenti nell'ASL di Monza-Brianza hanno prodotto il valore maggiore di prestazioni di ricovero non riconosciute, pari a € 2.059.402, seguiti da Lecco, Brescia, Varese e Pavia.

Figura 9.2 **Scostamento tra valorizzazione della produzione e importo effettivamente finanziato degli erogatori privati accreditati, per ASL di ubicazione (2007 e 2008)**



*assenza di ospedali privati accreditati

ricovero, indicando un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed erogatore per l'anno in conclusione; (ii) definire entro il 31 marzo del nuovo anno l'esatta valorizzazione delle risorse disponibili per l'attività di ricovero su base annua e le modalità di attribuzione dell'eventuale quota aggiuntiva definita dalle ASL.

La DGR 9014/2009 introduce una verifica quinquennale dei contratti in essere con le strutture accreditate, al fine di promuovere la qualità e la sicurezza delle prestazioni. Tale verifica si baserà sui seguenti aspetti: le risultanze dei controlli sui requisiti di accreditamento e sull'appropriatezza delle prestazioni erogate; l'accessibilità alle strutture in termini di tempi di attesa; il contenzioso amministrativo in essere con le ASL e con l'amministrazione regionale inerente le regole di sistema; le valutazioni di qualità ed efficacia effettuate nei progetti regionali attivi; le valutazioni di *customer satisfaction* e le valutazioni di coerenza rispetto all'efficienza tecnica e finanziaria. Qualora l'esito di tali verifiche fosse negativo, si prevede la revoca o sospensione anche solo temporanea e parziale dei contratti.

9.4.2 Regione Emilia Romagna

Dal 1996 la regione Emilia Romagna ha avviato un processo di progressiva integrazione delle strutture private accreditate (case di cura) nel sistema sanitario regionale alla luce dell'evoluzione delle esigenze da soddisfare, costruendo un «sistema misto pubblico-privato nell'organizzazione ed erogazione dei servizi»¹⁴. La negoziazione delle prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata avviene a due livelli (quello regionale e locale) per le prestazioni di «non alta specialità» e solo a livello regionale per quelle di «alta specialità».

La regione, ogni tre anni, definisce un protocollo d'intesa con AIOP volto a disciplinare «i rapporti di fornitura delle prestazioni ospedaliere di alta specialità, di non alta specialità e di neuropsichiatria» (DGR 1654/2007). L'accordo è composto di tre sezioni: la prima, volta a delineare aspetti regolamentari generali, è applicata a tutti gli ospedali privati associati ad AIOP; le altre due invece disciplinano aspetti specifici riguardanti rispettivamente gli ospedali privati eroganti prestazioni di «non alta specialità» e le attività di psichiatria e neuropsichiatria¹⁵. In particolare, sono definiti per gli ospedali di «non alta specialità» due *budget*: il *Budget 1* (o anche «*Budget intra-AUSL*») che valorizza per ogni AUSL le risorse disponibili per le prestazioni erogate ai cittadini residenti da strutture private situate nel relativo territorio di competenza¹⁶ e il *Budget 2* (o

¹⁴ Considerazioni introduttive DGR 1654/2007.

¹⁵ Le attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico erogate dagli ospedali privati, sia a cittadini residenti che non residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura, sono definite nell'ambito del cosiddetto *Budget 3*.

¹⁶ Il *Budget 1* è costruito tenendo in considerazione i valori storici negoziati a livello regionale e aziendale. In particolare, l'accordo 2007-2009 ha preso a riferimento i valori dell'anno 2006 (inclusivi dei fondi per la revisione delle penalità a fronte del raggiungimento di specifici obiettivi) e la fascia di oscillazione prevista dal precedente accordo (5%) o la percentuale effettivamente riconosciuta negli accordi locali. A tale base di riferimento è stata aggiunta la quota di adeguamento annuale (nel 2007 è stata pari al 4%).

anche «*Budget extra-AUSL*») che invece individua un valore complessivo regionale per le prestazioni erogate dagli ospedali privati a cittadini residenti al di fuori del territorio della AUSL di competenza. Entro il tetto stabilito dal *Budget 1*, ogni AUSL sottoscrive contratti con gli ospedali privati¹⁷. I contenuti del contratto sono definiti dalla DGR 426/2000, la quale prevede i seguenti elementi: (i) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi; (ii) il volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza; (iii) i requisiti del servizio da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale; (iv) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente rese; (v) il debito informativo delle strutture per il monitoraggio degli accordi contrattuali e le procedure per il controllo esterno; (vi) l'eventuale introduzione di un sistema di premio e penalizzazione tariffaria e budgetaria, anche ulteriore rispetto ai *budget* di cui all'intesa regione/AIOP, relativo ai risultati conseguiti relativamente ad efficienza, efficacia, appropriatezza, coerenza con gli obiettivi strategici di riduzione del tasso di ospedalizzazione distribuiti e diversificati per ambiti territoriali, aderenza alla casistica concordata; (vii) l'introduzione di indicatori adeguati per rendere oggettivo il livello di raggiungimento degli obiettivi.

La contrattazione è improntata al principio di non pervasività, ovvero viene lasciato ai produttori un certo margine di autonomia produttiva. La produzione annua complessiva non può eccedere, eccetto esplicita committenza dell'AUSL, quanto contenuto negli accordi sottoscritti a livello locale. La sovra-produzione rispetto a quanto concordato non viene, cioè, remunerata¹⁸. La contrattazione locale deve indicare la prevedibile quota di ricoveri oggetto di invio diretto agli ospedali privati da parte delle strutture pubbliche. Qualora tale quota venga superata, è necessario un'integrazione ai contenuti contrattuali con conseguente assegnazione di risorse aggiuntive.

Per quanto riguarda il *Budget 2*¹⁹, le AUSL devono sottoscrivere contratti di

¹⁷ Le singole AUSL possono integrare l'accordo-quadro definito a livello regionale con un protocollo d'intesa che esplicita ulteriori principi che regolamentano i rapporti di fornitura con gli erogatori privati.

¹⁸ Formalmente il meccanismo assume la forma del «*budget* fisso a tariffa variabile», cioè in caso di sovra-produzione, le tariffe vengono abbattute nella misura necessaria a riportare il fatturato entro i limiti del *budget*.

¹⁹ Il *Budget 2* è costruito tenendo in considerazione i valori storici. In particolare, l'accordo 2007-2009 ha preso a riferimento il valore dell'accordo precedente (inclusivo dei fondi per la revisione delle penalità a fronte del raggiungimento di specifici obiettivi) e la fascia di oscillazione (5%). A tale base di riferimento è stata aggiunta la quota di adeguamento annuale, pari, nel 2007, al 3%, o al 5% nel caso di sottoscrizione di accordi di Area Vasta. Tali accordi perseguono la finalità di prevenire fenomeni incontrollati di mobilità intra-regionale e di garantire una maggiore programmazione delle risorse presenti sul territorio.

fornitura con le strutture private che hanno sede al di fuori del loro territorio di competenza solo se gli importi di spesa storica superano i 500.000 euro. Come per il *Budget 1*, la sovra-produzione non viene remunerata.

L'accordo-quadro negoziato a livello regionale contiene anche un *set* di obiettivi di importanza regionale verso cui orientare la produzione degli erogatori privati. Gli obiettivi sono differenti a seconda della attività sanitaria svolta (ospedali poli-specialistici, chirurgici, medici e riabilitativi)²⁰.

Per monitorare l'andamento finanziario e il raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale è istituita una Commissione Paritetica AIOP/regione, composta da quattro membri equamente ripartiti fra le due parti, con il compito di formulare proposte di modifica e completamento dell'accordo stesso.

I rapporti di fornitura tra la Regione e gli ospedali privati di «alta specialità» (cardiochirurgia e cardiologia interveniva) sono oggetto (ad esclusione degli aspetti regolamentari generali) di uno specifico accordo²¹. In particolare, l'accordo individua per singola struttura ospedaliera il *budget* per gruppi di prestazioni. In caso di superamento del *budget* regionale per ogni gruppo di prestazione, ogni struttura subirà un abbattimento proporzionale al proprio sconfinamento fino a concorrenza del rientro del *budget* regionale. Sono previsti, entro certi limiti, travasi di risorse tra gruppi di prestazioni.

9.4.3 Regione Veneto

Dal 2006 la Regione Veneto negozia con le associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati²² di assistenza ospedaliera i tetti di spesa che dovrebbero consentire di garantire una risposta assistenziale per i cittadini veneti adeguata e coerente con i livelli essenziali previsti, pur nel rispetto del vincolo di bilancio.

Le scelte regionali in termini di contenuti degli accordi sono definite dalla DGR 4449/2006, in cui, per la prima volta, vengono determinati i volumi di attività e i tetti di spesa dei singoli erogatori privati accreditati per il triennio 2007-2009. Tale accordo è stato perfezionato in successivi incontri con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori stessi.

La delibera definisce sia un *budget* finanziario che un obiettivo di riduzione del numero di ricoveri per ciascuna struttura, per ciascun anno. Più in partico-

²⁰ Per esempio, l'accordo individua 15 obiettivi per le strutture di «non alta specialità», tra i quali: (i) incremento dell'attività chirurgica dedicata a prestazioni critiche rispetto ai tempi di attesa (protesi d'anca e del ginocchio, ernia discale...); (ii) messa in rete di posti letto ospedalieri per invii da parte delle strutture pubbliche di pazienti in lungodegenza o acuti da pronto soccorso o inviati nell'ambito di percorsi assistenziali esplicitamente concordati; (iii) incremento del livello di intensività dell'attività riabilitativa; (iv) attivazione di meccanismi di *risk-management*.

²¹ DGR 1864/2008 «Contratto riguardante regolamentazione rapporti tra la R.E.R. e gli ospedali privati accreditati (fascia A) per la fornitura prestazioni ospedaliere di «alta specialità» anni 2007-2010».

²² In realtà si tratta di erogatori pre-accreditati dal momento che il processo di accreditamento non è ancora stato completato, cfr *supra*.

lare, il *budget* finanziario per ciascun erogatore (cd *Budget Annuale*) rimane costante nel triennio ed è definito dalla somma di: i) importo fatturato per l'anno 2005 per la remunerazione dei ricoveri²³; ii) finanziamento a funzione erogato nel 2005; iii) incremento del 3% stabilito con DGR 4301/2004. L'eventuale superamento, durante l'anno, di tale *budget* comporta una regressione degli importi relativi all'attività effettuata in eccedenza. Il funzionamento di tale regressione varia in funzione del tasso di ospedalizzazione registrato a consuntivo nella ASL di residenza dell'assistito²⁴, secondo lo schema riportato in Tabella 9.1.

Accanto al *budget* finanziario è definito un obiettivo di riduzione del numero di ricoveri erogati ai residenti della provincia sul cui territorio la struttura è ubicata. Tale obiettivo è finalizzato a ridurre il tasso di ospedalizzazione standardizzato dei cittadini veneti per raggiungere il valore obiettivo nazionale di 160 ricoveri per mille abitanti entro il 2009. Sono esclusi da tale obiettivo i ricoveri effettuati per pazienti provenienti da province diverse o per residenti extra-regione.

In particolare, al fine di raggiungere il tasso di ospedalizzazione del 160 per mille, per ciascuna provincia è stato calcolato il numero dei ricoveri da ridurre e tale riduzione è stata ripartita tra gli erogatori in modo proporzionale alla percentuale di ricoveri erogati nel 2005. Il decremento del numero dei ricoveri deve realizzarsi nell'arco temporale del triennio, prevedendo per ciascun anno un calo pari ad un terzo del totale (se non diversamente concordato²⁵).

La delibera specifica anche la scala di priorità da seguire nella diminuzione dei ricoveri, che deve concentrarsi sui DRG medici e chirurgici «a rischio di

Tabella 9.1 **Criteri per la regressione in caso di sovra-produzione**

Tasso di ospedalizzazione nella ASL di residenza dell'assistito (escluso extra-regione)	% di abbattimento della sovra-produzione
Minore o uguale a 170 per mille	65%
Compreso tra 171 e 180 per mille	75%
Superiore a 180 per mille	85%

Fonte: DGR 4449/2006, come modificata dalla DGR 2772/2009

²³ Da tale importo vengono detratti gli importi relativi ai ricoveri che la regione intende ricondurre al regime ambulatoriale.

²⁴ Sostanzialmente, a partire dal giorno X in cui l'erogatore privato raggiunge il *budget* annuale, la ASL dove è ubicata la struttura deve considerare tutte le successive dimissioni e controllare, per l'ASL di residenza di ciascun paziente, quale è stato il tasso di ospedalizzazione raggiunto e, in base a questo, applicare la regressione.

²⁵ È consentito agli erogatori pubblici e privati operanti nella stessa provincia di definire piani congiunti di rientro dei ricoveri differenti rispetto a quanto stabilito dalla Delibera, purché coerenti con l'obiettivo della riduzione del tasso di ospedalizzazione al 160 per mille. Tali piani devono essere approvati con nota dalla Segreteria Regionale Sanità e Sociale.

inappropriatezza» e sui DRG a bassa complessità²⁶, favorendone il passaggio al regime ambulatoriale.

L'accordo stabilisce un incentivo finanziario nel caso di conseguimento dell'obiettivo di riduzione dei ricoveri. Se l'erogatore rispetta i volumi previsti dalla DGR 4449/2006²⁷, gli viene, infatti, riconosciuto un finanziamento aggiuntivo dell'8% (calcolato sul *Budget Annuale*) per l'anno 2007, del 3,17% (calcolato sul *Budget Annuale* più l'incremento 2007) per il 2008, del 3,23% (calcolato sul *Budget Annuale* più gli incrementi 2007 e 2008) per il 2009.

La medesima delibera definisce obiettivi di volumi di produzione anche per le strutture pubbliche, ma, a differenza dei privati, non viene determinato un *budget* finanziario. È inoltre previsto un meccanismo di penalizzazione finanziaria diverso, nel caso di mancata riduzione dei ricoveri rispetto a quanto definito nella delibera stessa. Specificamente:

- ▶ se il numero di ricoveri eccedenti il tetto prefissato è minore del numero dei ricoveri con DRG medici «a rischio di in appropriatezza», la valorizzazione si effettua in base al valore medio dei DRG medici «a rischio di inappropriatezza» registrato dagli erogatori pubblici nel 2005 (riportato nell'Allegato C alla DGR 4449/2006);
- ▶ se il numero di ricoveri eccedenti il tetto prefissato è maggiore del numero dei ricoveri con DRG medici «a rischio di in appropriatezza», si procede come sopra fino al concorrimiento del numero e successivamente la valorizzazione è effettuata al valore medio dei DRG di bassa complessità.

L'estrema analiticità della delibera ha comportato una serie di problematiche operative nella fase di attuazione. Ha però consentito alla regione di ridurre sensibilmente il tasso di ospedalizzazione (tutte le aziende private accreditate hanno sostanzialmente rispettato il tetto di volumi stabilito).

Nel 2010, in attesa dell'insediamento degli organi istituzionali della nuova legislatura, la regione ha deliberato accordi specifici di durata annuale con le diverse associazioni di categoria (rappresentative delle strutture di ricovero private equiparate alle pubbliche e delle strutture non equiparate), rimandando alla nuova giunta regionale la definizione della programmazione in materia sanitaria per il prossimo quinquennio. Tali accordi, seppure negoziati separatamente, si pongono in una prospettiva di continuità rispetto a quanto definito nel precedente accordo triennale (in particolare, riconoscimento dell'incremento finanziario solo a fronte di una riduzione dei ricoveri), seppure con alcune semplificazioni.

²⁶ La regione Veneto ha individuato con la DGR 2227/2002 52 DRG a rischio di inappropriatezza e con la DGR 2691/2006 i ricoveri di bassa complessità.

²⁷ Un ulteriore incentivo al rispetto dell'obiettivo di riduzione dei ricoveri è dato dal fatto che qualora l'erogatore, a seguito della riduzione dei ricoveri, non raggiunga il proprio *Budget Annuale*, la quota mancante possa essere portata in aumento del *budget* finanziario delle prestazioni ambulatoriali.

9.5 Controlli sulle cartelle cliniche e le SDO

L'art. 79 della legge 6 agosto 2008, n. 133 prevede che, al fine di garantire l'appropriatezza e la congruenza delle prestazioni erogate a carico del SSN, «le Regioni assicurino, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata dalle Regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze». Quest'ultimo Decreto (approvato il 10 dicembre 2009 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 122 del 27 maggio 2010) identifica i parametri generali cui le regioni si devono ispirare per l'individuazione delle prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza che includono: (i) l'elevato scostamento del volume di ricoveri erogati in aree territoriali sub-regionali; (ii) l'elevato valore tariffario dei singoli ricoveri; (iii) l'elevata valorizzazione tariffaria complessiva di gruppi di ricoveri nell'ambito dei quali le prestazioni sono state erogate; (iv) la sbilanciata proporzione, per specifici ricoveri, tra i volumi erogati da diverse tipologie di strutture e/o da singole strutture ospedaliere del territorio sub-regionale. Le regioni, inoltre, possono utilizzare i tradizionali parametri in grado di evidenziare fenomeni di opportunismo nella codifica, di selezione della casistica e di inappropriata, quali quelli individuati dall'Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001.

Nella fase iniziale di implementazione di questi criteri (2009-2010), i controlli sui ricoveri a rischio di appropriatezza possono essere considerati al fine di raggiungere la soglia del 10% delle cartelle cliniche.

A partire dalle disposizioni normative nazionali, le Regioni nel corso del 2009 hanno ridelineato i principi di campionamento alla base dei propri sistemi di controllo. In particolare, la Lombardia nell'Allegato 13 della DGR 10804/2009 conferma la necessità che almeno il 10% delle attività di ricovero sia soggetto a controllo. Si prevede che tale percentuale possa essere raggiunta con una quota fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo effettuata a cura dei soggetti erogatori. Il restante 7% dei controlli è di competenza delle ASL con un tipo di campionamento mirato della casistica. Anche la Regione Emilia Romagna nella DGR 1171/2009 pianifica i controlli secondo un campionamento che individua le fattispecie da sorvegliare. Solo successivamente si prevede di passare ad un meccanismo di selezione casuale, in linea con le disposizioni normative di carattere nazionale. Come nel caso lombardo, l'Emilia Romagna computa i controlli interni (autocontrollo) nella percentuale di controlli analitici. A riguardo si veda il Riquadro 9.4 la Regione Veneto nell'allegato B della DGR 938/2009 ribadisce che i controlli dei ricoveri devono riguardare almeno il 10% delle cartelle cliniche prodotte nell'anno ogget-

Riquadro 9.4 **L'attività di autocontrollo sulle cartelle cliniche in Lombardia e Emilia Romagna**

La regione Lombardia, nella DGR 9014/2009 - Allegato 3, afferma che la compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più completa e corretta possibile e individua una serie di dati che devono essere leggibili. Le cartelle cliniche che non soddisfano i requisiti individuati non sono rimborsabili in quanto non chiaramente rappresentative del percorso di cura del paziente. La verifica della completezza della documentazione clinica è oggetto di autovalutazione secondo le disposizioni della DGR 10077/2009 ed è considerata al fine del raggiungimento della soglia del 10% dei controlli (DGR 10804/2009). Il campione oggetto di autocontrollo è individuato in maniera casuale per ogni struttura da parte dell'ASL, in misura pari al 3% della produzione annuale e comunque non inferiore a 100 pratiche annuali. La struttura erogatrice trasmette l'esito dell'autocontrollo all'ASL, indicando per ogni cartella la conformità o meno alle indicazioni regionali circa la completezza della documentazione clinica. L'ASL provvede ad effettuare un controllo su un campione estratto dall'elenco delle pratiche assoggettate ad autovalutazione al fine di valutare il livello di affidabilità dell'autovalutazione aziendale. Qualora si riscontri un livello di affidabilità inferiore alla soglia predefinita, l'ASL procede a controllare tutte le pratiche oggetto di autocontrollo.

La DGR 1171/2009 della regione Emilia Romagna individua i controlli interni come obiettivi vincolanti delle aziende sanitarie pubbliche e delle strutture private accreditate. Essi hanno ad oggetto: (i) la corretta tenuta e completezza della documentazione sanitaria; (ii) la corretta codifica delle variabili amministrative, delle diagnosi, di interventi e procedure, coerentemente con le indicazioni regionali. I controlli vengono effettuati su una casistica di fenomeni individuati: (i) a livello regionale come oggetto di controllo sistematico e obbligatorio; (ii) negli accordi di fornitura sulla base di obiettivi concordati con le aziende committenti; (iii) internamente dalle strutture sulla base di specifiche criticità. Le strutture devono tenere traccia dei controlli interni effettuati e redigere un apposito *report* (indicando il numero di SDO controllate, motivo del controllo, esito del controllo) da fornire, qualora ne sia fatta richiesta, alla AUSL di riferimento territoriale o ad altre AUSL di residenza dei pazienti, o, in caso di controllo esterno, qualora venissero richieste SDO già controllate internamente. I controlli interni da conteggiarsi per il raggiungimento del 10% della casistica sono quelli obbligatori di carattere sanitario di seguito indicati: (i) tenuta e completezza della documentazione clinica, (ii) corrispondenza fra cartella clinica e scheda nosologica e corretta rilevazione delle variabili rilevanti ai fini dell'attribuzione del caso e della puntuale determinazione degli importi tariffari; (iii) ricoveri ripetuti 0-1 giorno; (iv) ricoveri ripetuti 2-7 giorni; (v) ricoveri ripetuti 8-30 giorni; (vi) DRG «mal definiti» (424, 468, 476, 477).

to di verifica, di cui almeno il 3% viene individuato sulla base di specifici criteri regionali, mentre il rimanente 7%, da estrarre casualmente, comprende anche i controlli relativi ai ricoveri afferenti ai 52 DRG che la regione ha identificato come «ad alto rischio di inappropriatazza»²⁸. A differenza delle altre due regioni, il Veneto non computa i controlli interni (svolti dai NAC – Nuclei Aziendali di Controllo) per il raggiungimento della soglia del 10% delle cartelle cliniche.

Dall'analisi delle disposizioni regionali si evince che tutte le regioni, come d'altronde consentito dalla normativa nazionale, considerano i controlli di appropriatezza al fine di garantire la soglia del 10%. Nessuna regione utilizza meccanismi di estrazione del campione basati su criteri esclusivamente casuali.

Dopo i principi di campionamento, la seconda dimensione oggetto di analisi comparativa è rappresentata dall'individuazione dei soggetti coinvolti, del loro ruolo e delle tipologie di controlli effettuati.

I controlli esterni sono effettuati dal personale delle ASL. In particolare, la

²⁸ Si segnala che la DGR 4277/2009 della regione Veneto ha ulteriormente ampliato l'elenco dei DRG a rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario e ha identificato i valori soglia di ammissibilità.

regione Lombardia con la DGR 34809/1998 ha stabilito che i controlli fossero attuati dalle ASL, con l'attivazione di propri Nuclei Operativi di Controllo (NOC) aziendali. Il Piano dei controlli, previsto dalla DGR 15324/2003, è lo strumento in cui sono esplicitate le linee di intervento previste dalle ASL per le attività di controllo. La normativa regionale non specifica la composizione dei NOC, lasciando autonomia alle ASL. Essa si limita ad affermare che il responsabile dell'ispezione NOC, nell'esercizio della specifica funzione, è pubblico ufficiale con potere autoritativo e certificativo. I NOC possono recarsi presso la struttura oggetto di controllo senza preavviso e assoggettare la medesima pratica a controllo sia di appropriatezza sia di congruità. È previsto che il controllo avvenga in base a criteri mirati e che possa essere esteso a tutta la casistica nel caso di rilevazione di errori che superano la soglia statistica di significatività. La DGR 47997/2007 identifica i criteri di campionamento mirato delle SDO: (i) durata della degenza anomala (significativamente più bassa o più alta) rispetto al valore medio regionale per ciascun DRG; (ii) trasferimento ad altri istituti, particolarmente entro la seconda giornata di degenza; (iii) presenza di diagnosi concomitanti e/o complicazioni; (iv) ricoveri ripetuti per lo stesso soggetto; (v) durata della degenza di un giorno oppure di 2-3 giorni; (vi) DRG considerati anomali (468, 469, 470, 476, 477); (vii) DRG particolarmente remunerativi; (viii) DRG la cui frequenza si è particolarmente modificata durante il periodo di applicazione del nuovo sistema di finanziamento. Inoltre, al fine di favorire l'«efficacia delle attività di controllo attraverso anche il confronto tra e con diversi operatori» (DGR 10804/2009), i controlli possono essere espletati in modo sovra-territoriale consentendo alle ASL di verificare le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ASL. Gli esiti dei controlli devono essere comunicati mensilmente alla Direzione Generale Sanità. Quest'ultima fornisce alle ASL, con cadenza bimestrale, i dati aggiornati relativi all'andamento dei controlli rispetto agli erogatori del proprio territorio e alle prestazioni usufruite dai propri residenti in altre ASL lombarde.

La regione Emilia Romagna individua nella DGR 1171/2009 come soggetto incaricato dei controlli esterni l'AUSL di residenza dell'assistito per i dimessi emiliano romagnoli, e l'AUSL di competenza territoriale della struttura controllata per i residenti in altre regioni²⁹. I controlli esterni sono prevalentemente finalizzati ad accertare la corrispondenza fra cartella clinica e scheda nosologica e a verificare le variabili rilevanti ai fini della corretta attribuzione del caso e alla puntuale determinazione degli importi tariffari. La delibera fornisce indicazioni per la selezione della quota di casistica su cui va posta particolare attenzione, che riguarda: (i) ricoveri chirurgici preceduti da ricoveri medici brevi entro i 15 giorni precedenti; (ii) ricoveri attribuiti a DRG complicati; (iii) ricoveri attribui-

²⁹ Per le prestazioni di «alta specialità» è inoltre previsto che venga svolta attività di *audit* clinico da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

ti a DRG potenzialmente inappropriati. A quest'ultimo riguardo, l'Emilia Romagna ha stabilito che devono essere oggetto di controllo obbligatorio i casi attribuiti ai 62 DRG «potenzialmente inappropriati» solo quando superino la soglia di produzione del 2006, che è ritenuta appropriata per i ricoveri ordinari.³⁰ La quantità di casi da controllare deve essere individuata con criteri casuali e pari a quella necessaria per il rispetto del valore soglia del 10%. Al fine di ridurre il livello di discrezionalità dei controlli la normativa regionale afferma che «è indispensabile utilizzare un protocollo condiviso ed esplicito di valutazione. È possibile utilizzare protocolli anche definiti e condivisi a livello locale, da esplicitarsi anche al gruppo regionale». A partire dal 2010 devono essere costituiti dei nuclei di Area Vasta per il controllo incrociato dei presidi a gestione diretta, anche sulla casistica riferita ai cittadini assistiti dalla AUSL di gestione del presidio. È esplicitamente lasciata all'autonomia delle singole AUSL l'individuazione delle figure professionali da utilizzare per i controlli. Tuttavia, in sede di rendicontazione annuale alla regione dell'attività di controllo svolta, le AUSL devono comunicare le modalità organizzative adottate a supporto delle funzioni di controllo aziendale. I controlli devono essere avviati entro 45 giorni dalla validazione dell'attività trimestrale inoltrando comunicazione per iscritto alla struttura interessata con un preavviso di almeno 10 giorni.

Il sistema dei controlli veneto è stato oggetto di un recente aggiornamento che ne ha modificato la struttura complessiva. I controlli esterni sono diventati di competenza dei costituenti Nuclei di controllo di Area Vasta (NAV). La DGR 938/2009 prevede la costituzione di 5 NAV³¹. La normativa veneta, pur lasciando in capo ai Direttori Generali delle Aziende ULSS afferenti alla specifica Area Vasta, il compito di definire la composizione dei NAV, indica che ogni Nucleo debba essere costituito da 7 unità e specifica i criteri di selezione. Ad esempio, il coordinatore del NAV deve essere un medico che abbia maturato un'esperienza almeno triennale nella codifica delle SDO e annuale nella gestione dei controlli sanitari. Inoltre, deve avere frequentato dei corsi di formazione regionale o deve documentare l'esperienza in attività di controllo tramite presentazione di un certificato del Direttore Generale dell'Azienda ULSS di appartenenza.

L'attività di controllo dei NAV avviene sotto la supervisione di tre organi: (i) Commissione di valutazione di Area Vasta; (ii) Nucleo Regionale di Controllo e (iii) Coordinamento regionale per i controlli sanitari (si veda il Riquadro 9.5).

³⁰ Per quanto riguarda i ricoveri in regime di DH o di DS vanno sottoposti a controllo i casi relativi ai DRG 6 e 39 e i DH medici, compresi quelli appartenenti ai DRG 409 e 410, per quanto riguarda la valutazione della appropriatezza dei singoli accessi, anche in correlazione ai sistemi di remunerazione della casistica.

³¹ NAV Treviso-Belluno, coordinato dall'ULSS 9 di Treviso; NAV Padova-Rovigo, coordinato dall'ULSS 16 di Padova; NAV Vicenza, coordinato dall'ULSS 6 di Vicenza; NAV Verona, coordinato dall'ULSS 20 di Verona; NAV Venezia, coordinato dall'ULSS 12 di Venezia.

Riquadro 9.5 **Organismi di supervisione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria in regione Veneto**

L'attività di controllo dei NAV veneti avviene sotto la supervisione di tre organi:

– la Commissione di valutazione di Area Vasta riunita e coordinata dal Direttore Sanitario dell'Azienda ULSS di coordinamento dell'Area Vasta. La Commissione è composta dal Direttore Sanitario di ciascuna Azienda ULSS o proprio delegato, da un pari numero di rappresentanti nominati dalle associazioni maggiormente rappresentative delle strutture private provvisoriamente e definitivamente accreditate e degli erogatori equiparati e, ove presenti, da un rappresentante per ciascuna Azienda Ospedaliera e per l'Istituto Oncologico Veneto. La Commissione di valutazione di Area Vasta svolge le seguenti funzioni: 1) presa d'atto del Regolamento presentato dal NAV della rispettiva Area Vasta; 2) validazione del Piano annuale dei controlli esterni prima dell'invio dello stesso da parte del NAV al Nucleo Regionale di Controllo e al Coordinamento regionale per i controlli sanitari; 3) analisi degli esiti dei controlli esterni effettuati dal NAV della rispettiva Area Vasta prima dell'invio degli stessi al Nucleo Regionale di Controllo e al Coordinamento regionale per i controlli sanitari; 4) definizione delle eventuali contestazioni irrisolte inerenti i controlli esterni effettuati dal NAV; qualora almeno i 2/3 dei presenti non giungano ad un accordo definitivo, le contestazioni vengono inviate al NRC.

– il Nucleo Regionale di Controllo, (NRC) organo al di sopra delle parti, di supervisione dell'attività svolta e di garanzia del corretto funzionamento del sistema. È nominato con Decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale, è presieduto dal Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sanitari ed è costituito anche da 5 componenti di nomina regionale e da 5 componenti proposti dalle associazioni più rappresentative del settore privato, tutti individuati sulla base dell'esperienza maturata in materia di controlli. Le funzioni del Nucleo Regionale di Controllo comprendono: 1) predisporre e/o aggiornare le direttive operative sull'attività di controllo e sulla valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di norma annualmente, conformi con gli indirizzi della politica sanitaria regionale e coerenti all'evoluzione scientifica e tecnologica; 2) verificare la congruenza e adeguatezza dei Piani Annuali di controllo esterno; 3) dirimere le eventuali contestazioni rimaste irrisolte a livello della Commissione di valutazione di Area Vasta e concluderne l'esame in tempo utile per la redazione del bilancio d'esercizio; 4) acquisire ulteriori informazioni rispetto a situazioni particolari che emergono dall'analisi dei dati contenuti nell'archivio regionale delle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche, private provvisoriamente e definitivamente accreditate e dagli erogatori equiparati, dalle segnalazioni del Coordinamento regionale per i controlli sanitari e da considerazioni autonome da parte del NRC stesso; 5) effettuare un'analisi comparativa sui risultati dei controlli dei NAV e dei NAC (Nuclei Aziendali di Controllo). L'accordo sulle contestazioni irrisolte si otterrà con il raggiungimento della maggioranza semplice dei presenti.

– il Coordinamento Regionale per i controlli, organo tramite cui la regione esercita attività di supervisione sul sistema di erogazione e controllo delle prestazioni prodotte dalle strutture pubbliche e private provvisoriamente e definitivamente accreditate e dagli erogatori equiparati che insistono sul suo territorio e sulla mobilità extra-regionale. La responsabilità del Coordinamento Regionale per i controlli sanitari è affidata, con incarico triennale rinnovabile, a un medico nominato con provvedimento del Segretario Regionale Sanità e Sociale, il quale abbia almeno 5 anni di esperienza sviluppata nell'ambito dei controlli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Il Coordinamento regionale per i controlli sanitari deve: 1) attivarsi, in caso di particolari problematiche evidenziate dalle verifiche dei NAV e dei NAC, in modo tale che le Aziende interessate mettano in atto tutte le azioni correttive necessarie al fine di evitare il ripetersi delle criticità rilevate; 2) stimolare il miglioramento della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera; 3) fornire elementi utili per l'aggiornamento del documento tecnico-organizzativo sull'attività dei controlli; 4) predisporre linee guida in tema di codifica delle schede di dimissione ospedaliera; 5) fornire supporto ai NAC nell'attuazione dei controlli interni; 6) fornire consulenza ai NAV nell'effettuazione dei controlli esterni; 7) promuovere iniziative formative e di incontro per migliorare la cultura dell'appropriatezza negli operatori preposti ai controlli. Qualora il Coordinamento regionale per i controlli sanitari venga a conoscenza di informazioni atte ad evidenziare situazioni potenzialmente irregolari, provvederà ad inoltrarle alla Direzione Ispettiva e Vigilanza Settore Socio Sanitario.

L'attività di controllo dei NAV, in termini di obiettivi generali e specifici, è definita nel Piano annuale dei controlli esterni, il quale, dopo essere stato approvato dai Direttori Generali delle Aziende ULSS dell'Area Vasta, deve essere inviato alla Commissione di valutazione di Area Vasta per la validazione e

successivamente al Nucleo Regionale di Controllo e al Coordinamento regionale per i controlli sanitari. Anche in Veneto, l'erogatore soggetto al controllo deve ricevere comunicazione scritta da parte dell'Azienda ULSS coordinatrice del NAV dell'Area Vasta di appartenenza almeno 15 giorni prima della data prefissata, con allegato l'elenco delle prestazioni oggetto della verifica. È previsto un flusso informativo a cadenza semestrale verso gli organi di supervisione in merito agli esiti dei controlli effettuati, utilizzando griglie predefinite a livello regionale.

In tutte le realtà regionali, l'operatività dei controlli prevede che gli stessi terminino con un verbale elaborato dall'organo responsabile del loro espletamento. Le strutture possono avanzare delle controdeduzioni, le quali se non risolte a livello locale vengono sottoposte al livello regionale. In particolare in Lombardia, l'ASL ha l'obbligo di concludere il procedimento che riguarda le pratiche per cui sono state presentate contro-deduzioni entro 60 giorni lavorativi, altrimenti la contestazione decade. In regione Emilia Romagna le situazioni che non vengono risolte in prima battuta sono sottoposte alla valutazione regionale e infine ad arbitrato. In regione Veneto le contestazioni vanno inviate da parte dei NAV alla Commissione di valutazione di Area Vasta e, qualora non si giungesse ad una risoluzione definitiva, al Nucleo Regionale di controllo.

L'eventuale riscontro di anomalie o incongruenze produce effetti economici in tutti i casi regionali analizzati. La regione Lombardia non rimborsa le cartelle cliniche incomplete in quanto non chiaramente rappresentative del percorso di cura del paziente. La regione Emilia Romagna distingue tra casi in cui le attività di controllo possono avere riflessi economici immediati e casi in cui la determinazione dei nuovi importi debba essere oggetto di contrattazione fra le parti. La regione Veneto esplicita i comportamenti da adottare in concomitanza delle diverse anomalie³².

Le informazioni relative ai risultati delle attività di controllo (in termini di numero di pratiche controllate e di numero e valorizzazione delle pratiche modificate) sono raccolte in modo sistematico solo dalla Direzione Generale Sanità della regione Lombardia. Nelle altre due regioni non è attivo un flusso completo e consolidato degli esiti di questi controlli. In Emilia Romagna a livello regionale è monitorato il numero complessivo di pratiche controllate, mentre in Veneto il sistema è in fase di implementazione. Il Riquadro 9.6 riporta i principali esiti dei controlli effettuati in Lombardia nel periodo 2004-2009.

³² Ad esempio è esplicitamente definito che in caso di ricoveri ordinari o diurni attribuiti a un DRG complicato e non riconosciuti come tali si debba applicare la tariffa dell'omologo DRG non complicato, oppure che i ricoveri ordinari e diurni nei quali si riscontrino errori di codifica rispetto a linee guida o disposizioni regionali vengano remunerati con la tariffa del DRG derivante dalla attribuzione della corretta codifica.

Riquadro 9.6 Alcuni dati sull'attività di controllo dei NOC lombardi sulle prestazioni di ricovero

Le figure che seguono presentano i dati raccolti dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia in merito all'attività di controllo sulle prestazioni di ricovero svolte dai NOC nel periodo 2004-2009.

La Figura 9.3 riassume il numero delle pratiche controllate presso le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate rispetto al totale dei ricoveri regionali. È evidente come la percentuale dei controlli, pari al 5% nel 2004 (103.653 pratiche), sia cresciuta in ottemperanza alla normativa nazionale fino a raggiungere e superare nel 2009 la soglia del 10%, corrispondente a 197.118 pratiche.

La Figura 9.4 illustra la percentuale di pratiche controllate distinguendo gli erogatori pubblici e privati accreditati; l'andamento mostra una sistematica, seppure lieve, maggior incidenza di controlli nel settore privato. Nel 2009 l'incidenza era pari al 10,17% (131.967 pratiche) presso le strutture pubbliche e all'11,73% (65.151 pratiche) presso le private.

La Figura 9.5 e la Figura 9.6 mostrano gli esiti dei controlli, che hanno portato i NOC della ASL a rivalorizzare le prestazioni ritenute non conformi. Nel 2009, delle 197.118 pratiche controllate, 26.493 (13%) hanno subito una modifica della valorizzazione, di cui 21.536 nel pubblico e 4.957 nel privato, con un risparmio complessivo per il SSR di 35.908.014 euro.

Figura 9.3 Percentuale complessiva controlli Regione Lombardia

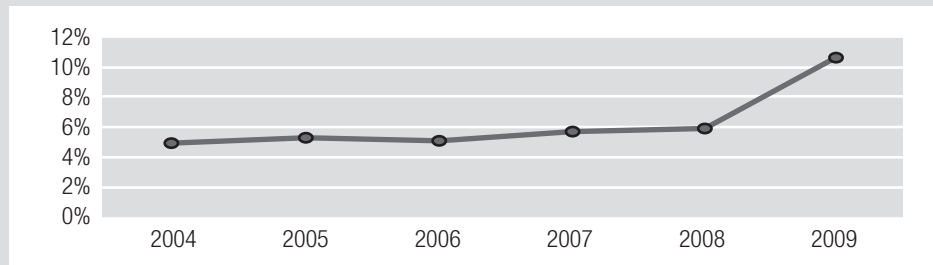


Figura 9.4 Percentuale controlli effettuati presso strutture pubbliche e private

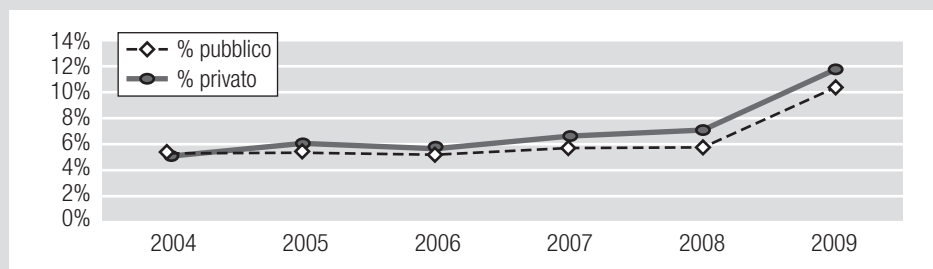
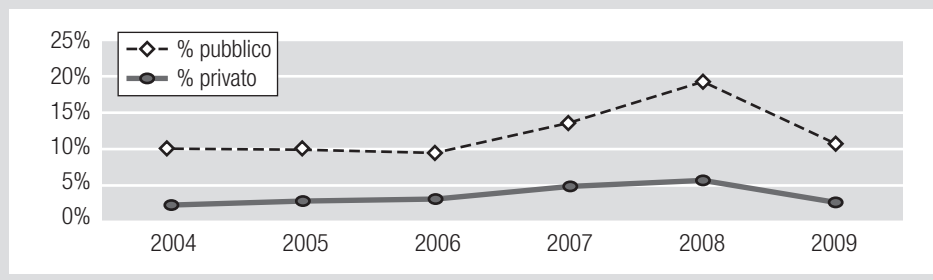
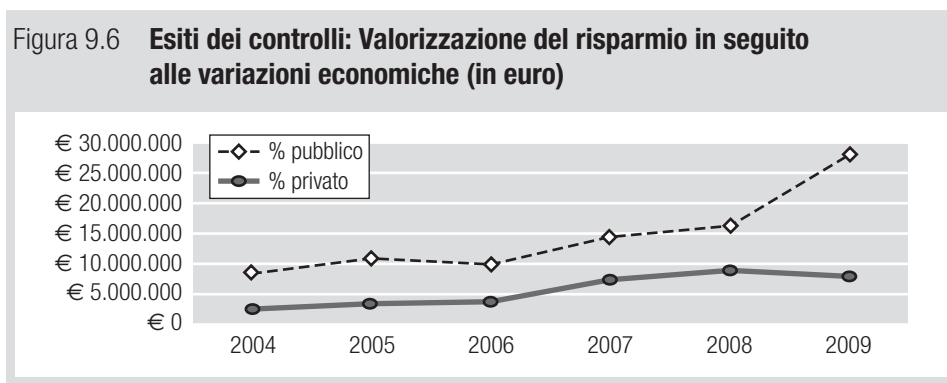


Figura 9.5 Esiti dei controlli: percentuale pratiche con variazione economica



Riquadro 9.6 (segue)



9.6 Conclusioni

Il capitolo ha presentato i risultati di una ricerca esplorativa sui sistemi con i quali le regioni governano gli ospedali privati accreditati, per garantire che la loro produzione sia adeguata in termini di volumi, qualità, efficacia e appropriatezza al bisogno di salute della propria popolazione e compatibile con l'offerta pubblica e le disponibilità finanziarie.

Sono stati analizzati in modo specifico i sistemi di accreditamento, di contrattazione e di controllo delle strutture che erogano prestazioni di ricovero.

Emerge un quadro di forte eterogeneità di tali sistemi. All'interno di un quadro normativo comune, le regioni si relazionano con gli erogatori privati con approcci differenziati in termini di criteri, *standard* qualitativi richiesti, controlli effettuati, grado di formalizzazione e analiticità degli accordi, spazi di autonomia nella negoziazione garantiti alle ASL, eventuale partecipazione delle associazioni di categoria ai processi di programmazione e di definizione del sistema di regole. Tale differenziazione è, probabilmente, frutto delle caratteristiche e del ruolo che il privato ha tradizionalmente avuto nei diversi SSR. Risulta, però, particolarmente critica con riferimento all'accreditamento, considerato che oggetto di tale sistema è la definizione e la verifica dei requisiti qualitativi dei servizi erogati dalle aziende sanitarie ai cittadini italiani.

Un altro aspetto interessante è il grado di omogeneità dei sistemi di governo degli erogatori privati e pubblici. Mentre la Lombardia sembra utilizzare strumenti e metodi simili, l'Emilia Romagna gestisce le due tipologie di strutture in modo separato e sulla base di logiche e processi diversi. Il Veneto, pur differenziando le logiche di governo, colloca alcuni aspetti del processo di negoziazione e di controllo all'interno di un quadro comune.

L'analisi evidenzia una serie di punti di forza e alcune criticità, che risultano

tanto più significative se si considera che lo studio ha indagato alcune tra le regioni riconosciute come *best practice* nel governo dei rispettivi SSR.

Con riferimento all'accreditamento, i casi analizzati confermano quanto già evidenziato in passato nei Rapporti OASI (Brusoni et al 2007; Brusoni e Deriu 2005; Brusoni e Frosini 2001). Da un lato, la Lombardia e l'Emilia Romagna mostrano come un organico sistema di requisiti di accreditamento possa consentire una «rimessa in qualità» delle strutture e dei processi aziendali di gestione, pur richiedendo tempi lunghi.

Più limitata sembra la capacità di tali sistemi di garantire un miglioramento continuo della qualità dei processi sanitari e assistenziali, anche a causa della prevalente focalizzazione su requisiti di input a scapito di quelli che valutano la qualità dei processi e dei risultati. Questa criticità può spiegare la necessità, sentita da aziende e regioni, di affiancare all'accreditamento istituzionale quello di eccellenza. Quest'ultimo, allargando la prospettiva di osservazione al sistema aziendale nella sua complessità, consente anche un maggior coinvolgimento della parte clinica e professionale sul tema.

Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dal ritardo con il quale il sistema di accreditamento sta andando a regime (in Veneto e, parzialmente, anche in Emilia Romagna). Tale ritardo, ancora più accentuato in molte altre regioni, è indicatore di slittamento di tale istituto verso un livello di priorità secondario. Il rischio è che l'accreditamento istituzionale, introdotto nel SSN con lo scopo di regolamentare la produzione di servizi sanitari finanziata da risorse pubbliche affidandola a quelle strutture effettivamente in grado di garantire alcune caratteristiche di idoneità, sicurezza e qualità dei servizi resi ai cittadini, si appiattisca sempre di più verso l'istituto della convenzione, cioè esclusivamente sulla definizione di tetti di prestazioni finanziabili dalla regione.

Rispetto al secondo strumento di governo (la negoziazione degli accordi con gli erogatori privati), le regioni sembrano avere definitivamente abbandonato i sistemi di finanziamento esclusivamente basati sulla tariffa per DRG. Tale modalità di finanziamento ha consentito un'espansione dei volumi offerti e un incremento dell'efficienza (almeno in termini di degenza media), ma non è riuscito a garantire il controllo della spesa e ha, in alcuni casi, condotto a comportamenti opportunistici difficili da governare.

Tutte le regioni analizzate hanno quindi affiancato al sistema tariffario la definizione di tetti (a valore e/o a volume) per singola struttura di ricovero; in Lombardia e in Emilia Romagna non è prevista alcuna remunerazione per la sovra-produzione rispetto a quanto negoziato. L'utilizzo dei tetti, che inficia il funzionamento delle logiche di quasi mercato, viene evidentemente ritenuto l'unica modalità per garantire un controllo effettivo della spesa e per conseguire gli obiettivi di riduzione dei tassi di ospedalizzazione.

I tetti per struttura sembrano incidere in modo diverso sul comportamento

degli erogatori pubblici e privati. I dati lombardi mostrano come lo scostamento tra produzione effettiva e finanziata sia minimo tra quelli privati rispetto a quelli pubblici. Sarebbe interessante approfondire l'impatto di tale comportamento sul grado di risposta ai bisogni (es. tempi di attesa, spostamento sull'attività per solventi) e/o l'eventuale re-indirizzo della domanda insoddisfatta verso le strutture pubbliche. Ed infatti la regione ha previsto la remunerazione a consuntivo (*extra-budget*) di alcune prestazioni salvavita (es. chemioterapia) o difficilmente programmabili (es. parti).

Un altro aspetto rilevante che emerge dalla comparazione dei casi è rappresentato dal grado di decentramento dei processi di negoziazione dalla regione alle ASL. I casi lombardo e veneto vedono un forte accentramento a livello regionale delle scelte di allocazione delle risorse tra gli erogatori, mentre maggiore autonomia è garantita alle ASL emiliano-romagnole, almeno per quanto riguarda le prestazioni di «non alta specialità».

A questo si collega la problematica di valutare se e in che misura le regioni o le ASL siano state in grado di passare da un ruolo che, di fatto, è stato spesso di terzo pagante (eventualmente nei limiti dei tetti stabiliti) ad uno forte di acquirente di prestazioni per conto dei propri cittadini. La sola definizione dei tetti non risulta sufficiente, poiché la funzione di committenza richiede di definire anche il *mix* di servizi erogabili, attraverso adeguati processi di programmazione dell'offerta e di previsione dell'evoluzione della domanda. Da questo punto di vista, le ASL lombarde sembrano svolgere una funzione di committenza piuttosto limitata, dato che lasciano all'erogatore la scelta del proprio *case mix* e si limitano a definire nell'allegato all'accordo contrattuale eventuali progetti finalizzati a contenere le criticità sui tempi di attesa e/o a soddisfare particolari esigenze di tipo clinico epidemiologico. Lo stesso vale per il Veneto. Le ASL emiliano-romagnole, invece, assumono un ruolo di committenza più spiccato, attraverso la definizione del volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza, oltre che dei requisiti del servizio in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale. Questo ruolo richiede lo sviluppo di adeguate capacità di coordinamento di reti complesse, che preveda anche il coinvolgimento degli erogatori privati nelle attività regionali di programmazione sanitaria e di definizione di sistemi che incoraggino percorsi integrati di diagnosi e cura. Il potenziamento del ruolo di committenza dei soggetti pubblici rappresenta, del resto, una sfida per la maggior parte dei sistemi sanitari europei, che fino ad ora hanno mostrato una debole capacità di gestione di tale funzione (Lewis et al., 2007), dato che gli accordi contrattuali sono ancora dominati dagli aspetti economico/finanziari invece che focalizzarsi sulla qualità e sull'impatto sul bisogno sanitario.

Una tematica che emerge in modo trasversale dall'analisi dei casi, infine, riguarda l'esclusione dai tetti dei ricoveri per residenti di altre regioni. La com-

pensazione della mobilità extra-regione rappresenta, da un lato, una forma importante di penalizzazione finanziaria per le regioni i cui servizi sono considerati di scarsa qualità e, dall'altro, una garanzia per la libertà di scelta del paziente. È necessario segnalare, però, che essa può anche essere frutto di politiche attive di attrazione della domanda da fuori regione da parte degli erogatori, soprattutto privati. Ad oggi le regioni con alti tassi di fuga non dispongono di adeguati strumenti per il governo della mobilità passiva, mentre le regioni che potrebbero governare il comportamento delle strutture più attrattive non sempre hanno interesse a farlo (soprattutto se le tariffe regionali sono inferiori alla TUC).

Con riferimento ai controlli, infine, il disegno del sistema, a livello sia nazionale che regionale, sembra focalizzato prevalentemente sulla congruenza, cioè sulle verifiche di tipo amministrativo (completezza della cartella clinica, coerenza tra cartella clinica e SDO, rispondenza alle linee guida regionali sulla codifica delle SDO...), benché i controlli non si basino su campionamenti totalmente casuali, ma vadano ad indagare soprattutto le prestazioni a rischio di inappropriata. Vengono spesso trascurate, invece, valutazioni sulla qualità delle cure e sull'impatto sullo stato di salute. La consapevolezza della formalità di questo tipo di controlli è evidenziata dalla limitata diffusione, a livello regionale, di sistemi di raccolta e analisi degli esiti dei controlli stessi. Evidentemente la semplice esistenza di tali sistemi e delle penalità ad essi correlate sono considerati deterrenti sufficientemente efficaci per evitare comportamenti opportunistici.

I controlli attuali, inoltre, tendono ad enfatizzare la logica del controllo ispettivo dei singoli casi trattati, non consentendo una valutazione più complessiva dei livelli di efficacia, qualità e appropriatezza garantiti dalle strutture di ricovero private accreditate.

Bibliografia

- Behn R.D. e Kant P.A. (1999), «Strategies for avoiding the pitfalls of performance contracting», *Public Productivity and Management Review*, 22(4), pp.470-89.
- Bennett C. e Ferlie E. (1996), «Contracting in theory and in practice: some evidence from the NHS», *Public Administration*, 74 (Spring), pp.49-66.
- Bernheim B.D. e Whinston M.D. (1998), «Exclusive Dealing», *Journal of Political Economy*, 106(1), pp.64-103.
- Berta P., Callea G., Martini G. e Vittadini G. (2010), «The effects of upcoding, cream skimming and readmissions on the Italian hospitals efficiency: A population-based investigation», *Economic Modelling* 27(4), pp.812-821

- Bibbee A. e Padrinin F. (2006), «Balancing health care quality and cost-containment: the case of Norway», OECD Economics Department Working Papers No. 481, Paris.
- Borgonovi, E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, (quinta edizione), Milano, EGEA.
- Brown T.L., Potoski M. e Van Slyke D.M. (2007), «Trust and contract completeness in the public sector», *Local Government Studies*, 33(4), pp.607-623.
- Brown T. L. e Potoski M. (2003), «Transaction cost and institutional explanations for government service production decisions», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13(4), pp.441-468.
- Brusoni M. e Deriu P.L. (2005), «Sistemi e interventi per l'accreditamento delle aziende sanitarie in Italia: un panorama ridondante?», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Brusoni M. e Frosini F. (2002), «Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Brusoni M., Luzzi L., Merlino L. e Prenestini A. (2007) «Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, EGEA.
- Busse R., Schreyögg J. e Smith P.C. (2006), «Editorial: hospital case payment systems in Europe», *Health Care Management Science*, 9, pp.211-213.
- Dismuke C.E. e Sena V (1999). «Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods», *Health Care Management Science*, 2(2), pp.107-116.
- Donahue J.D. (1989), *The privatization decisions: public ends, private means*, New York, Basic Books.
- Eastaugh S.R. (2006), «Specialization and Hospital Cost: Benefits of Trimming Product Lines», *Journal of Health Care Finance*, 32(4), pp.29-38
- Eisenhardt K.M. (1989), «Building Theories from Case Study Research», *Academy of Management Review*, 14(4), pp.532-550.
- Flynn R. e Williams G. (1997), *Contracting for health. Quasi-Market and the National Health Service*, Oxford, Oxford University Press
- Forgione D.A., Vermeer T.E., Surysekar K., Wrieden J.A. e Plante C.A. (2004), «The impact of DRG-based systems on quality of health care in OECD countries», *Journal of Health Care Finance*, 31(1), pp.41-54.
- Grandori A. (1996), «Disegni di ricerca in organizzazione» in Costa G. e Nacamura, R., *Manuale di organizzazione aziendale*, vol. 5, Torino, Utet.
- Hefetz A. e Warner M. (2004), «Privatization and its reverse: explaining the dy-

- namics of the government contracting process», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(2), pp.171-190.
- Jönsson B. (1996), «Cost sharing for pharmaceuticals – the Swedish reimbursement system», *Pharmacoeconomics*, 10(Suppl. 2), pp.68–74.
- Kastberg G. e Siverbo S. (2007), «Activity-based financing of health care-experiences from Sweden», *International Journal of Health Planning and Management*, 22, pp.25-44
- Kejerstad E. (2003), «Prospective funding of general hospitals in Norway – incentives for higher production?», *International Journal of Healthcare Finance and Economics*, 3, pp.231-251
- Lavery K. (1999), *Smart Contracting for Local Government Services: Processes and Experience*, Westport, CT, Praeger.
- Lewis R. Curry N e Dixon M. (2007), *Practice – Based Commissioning: From Good Idea to Effective Practice*, London, The King's fund.
- Longo F. (2001), *Federalismo e decentramento. Proposte economico-aziendali*, Milano, EGEA.
- Louis D.Z., Yuen E.J., Braga M., Cicchetti A., Rabinowitz C., Laine C. e Gonnella J.S. (1999), «Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy», *Health Services Research*, 34(1), pp. 405–415.
- Marlin J.T. (a cura di) (1984), *Contracting Municipal Services: A Guide for Purchase from the Private Sector*, New York, Wiley .
- Mikkola H., Keskimaki I. e Hakkinen U. (2001), «DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden?», *Health Policy*, 59(1), pp.37–51.
- O'Looney J.A (1998), *Outsourcing State and Local Government Services: Decision-Making Strategies and Management Methods*, Westport, CT, Quorum Books.
- Prager J. (1994), «Contracting Out Government Services: Lessons from the Private Sector», *Public Administration Review* , 54 , pp.176 – 84 .
- Rehfuss J.A . (1989), *Contracting Out in Government*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Rogers R., Williams S., Jarman B. e Aylin P. (2005), «HRG drift and payment by results», *British Medical Journal*, 330, pp.563–564.
- Romzek B.S. e Johnston J.M. (2005), «State Social Services Contracting: Exploring the Determinants of Effective Contract Accountability», *Public Administration Review*., 65(4), pp.436-449.
- Savas E. S. (1987), *Privatization: the key to better government*, Chatham New Jersey, Chatham House.
- Savas E.S. (2000), *Privatization and public private partnership*, New York, Seven Bridges Press.
- Scrivens E. (1996), «A taxonomy of the dimensions of accreditation systems», *Social Policy and Administration*, 30(2), pp.114-124.

- Stake R.E. (1995), *The Art of Case Study Research*, Thousand Oaks, Sage.
- Wesemann H.E. (1981), *Contracting for City Services*, Pittsburgh, Innovations Press.
- Yin, R. (1994), *Case study research. Design and Methods*, London, Sage.
- Zangrandi A. (1998), «I sistemi di contratti in sanità per la regolazione della produzione: quali reali aspettative?», *Mecosan*, 26, pp.45-55.