

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano
Direttore Scuola di Direzione Aziendale

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

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

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

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

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Coordinatore generale

Mario Del Vecchio

Coordinatori di sezione

**Federica Bandini - Gianmaria Battaglia - Luca Brusati -
Germana Di Falco - Marco Parenti - Rosanna Tarricone**

Redattori

**Giorgio Casati - Giovanni Fattore - Giorgio Fiorentini -
Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Marco Meneguzzo -
Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro**

Corrispondenti esteri

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Segreteria di redazione

Silvia Tanno

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

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

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23

Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

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

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

— fotocomposta da **SIPIIS** s.r.l.

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

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

— prezzo di una copia: L. 70.000

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda:

— che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;

— che chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:

1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;

— che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 Valutare i processi di cambiamento**
di Elio Borgonovi
- Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**
- 9 Gli effetti del nuovo sistema di finanziamento sulle modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera in alcuni ospedali del Lazio**
di P. Baroncini, E. Materia, P. Papini, A. Solipaca
- 25 La valutazione dell'attività formativa in campo sanitario e sociale**
di Silvia De Martino, Patrizia Paganini
- 37 I flussi informativi relativi ai farmaci acquistati dal Servizio sanitario nazionale**
di Claudio Jommi
- 51 I servizi per gli anziani in Italia: una rete di aziende in un gioco competitivo a somma negativa. Ipotesi per un nuovo sistema di relazioni**
di Francesco Longo
- Sez. 2^a - **Documenti e commenti**
- 69 L'accreditamento delle strutture sanitarie: una proposta di soluzione**
di Gianmaria Battaglia, Francesco Zavattaro
- 75 Rassegne sistematiche e sintesi quantitative di valutazioni economiche: alcune considerazioni**
di Lorenzo G. Mantovani
- Sez. 3^a - **Esperienze innovative**
- 83 Sistemi informativi e supporto decisionale in sanità: l'utilizzo dei data-warehouse**
di Claudio Caccia
- 93 La valutazione dell'equilibrio economico dell'Unità di terapia del dolore e cure palliative dell'ospedale della USL di Garbagnate**
di Andrea Francesconi, Silvia Maggioni, Marialisa Motta, Furio Zucco
- 111 Gli algoritmi sulle priorità sono utili per ridurre i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali?**
di Marino Nicolai, Giuliano Mariotti, Wolfgang J. Irler
- Sez. 4^a - **La sanità nel mondo**
- 121 Il sistema sanitario belga**
di Mario Piccoli Mazzini
- Sez. 5^a - **Sanità e impresa**
- 139 La sicurezza del lavoro nelle aziende sanitarie: indicazioni utili per il datore di lavoro, i dirigenti e i preposti**
di Leopoldo Magelli, Nelson Magnani
- Sez. 6^a - **Biblioteca**
- 155 Novità bibliografiche**
- 159 Spoglio riviste**
- 163 Bibliografia monotematica**
- 169 Tesi di laurea**

VALUTARE I PROCESSI DI CAMBIAMENTO

di Elio Borgonovi

Nelle colonne di questa Rivista si è più volte scritto che il cambiamento è connaturato ai sistemi economici e sociali e che quindi l'orientamento al cambiamento non rappresenta per nessuno, e tantomeno per il manager (sia esso manager «di azienda» o manager «di sistema», regionale o nazionale come nel caso della sanità), una effettiva opzione.

La scelta riguarda invece il modo in cui ci si pone rispetto agli stimoli strutturali e oggettivi del cambiamento, ossia al fatto che si intenda favorire e guidare l'introduzione di nuove regole di funzionamento, si voglia invece ostacolare le nuove regole e difendere le vecchie regole e i vecchi comportamenti o ci si ponga in «posizione di attesa».

Con questo contributo si intendono affrontare due altri aspetti del problema, quello della capacità di «anticipare le possibili conseguenze del cambiamento» e quello della osservazione-valutazione degli effetti reali di determinate scelte di modificare regole e criteri di un certo sistema, come ad esempio è accaduto nel recente passato. Si tratta di aspetti particolarmente critici in un Paese come l'Italia, nel quale:

1) molti continuano a pensare, o comunque a decidere come se bastasse approvare alcune leggi per aver determinato o addirittura realizzato il cambiamento: si determina così un

modello per cui chi intende modificare le politiche o le linee di governo di un sistema di pubblici servizi (come è la sanità) si impegna soprattutto (e purtroppo spesso si limita) nel cambiamento delle leggi;

2) spesso le proposte e gli indirizzi di cambiamento hanno un forte contenuto ideologico, sono influenzati da apriorismi tecnici, organizzativi ed economici tipici di una cultura più deduttiva che induttiva, più sistematica che pragmatica e presentano una asimmetria strutturale in quanto esaltano i pregi dei futuri sistemi e i difetti del sistema attuale;

3) non di rado qualcuno «impara» dalla rilevazione ex post degli effetti del cambiamento, cose che «avrebbe dovuto» sapere «prima di decidere» e qualcun'altro propone come nuove conoscenze fatti e comportamenti che invece erano facilmente prevedibili e che semmai sarebbe stato opportuno governare e non subire.

Applicando il principio di metodologia della ricerca secondo cui per ogni processo di valutazione occorre definirne l'oggetto, il modello logico e gli strumenti di rilevazione e di analisi, si intende proporre alcune linee di indirizzo per la valutazione di quella componente del processo di cambiamento promosso dai decreti legislativi nn. 502/92 e 517/93 e successive modificazioni che sinteticamente va sotto

il nome di «aziendalizzazione» della sanità.

Si può essere a favore o contrari al modello logico della «gestione aziendale», ma per tutti è comunque utile conoscere in quali condizioni si è cercato di applicare il nuovo modello e quali sono state le principali modificazioni dei comportamenti e dei risultati nei primi anni di applicazione.

Sulla base di queste considerazioni va sottolineato che i dati e le informazioni di cui si discute in seguito, espressivi dell'affermarsi della logica aziendale, devono essere interpretati e valutati alla luce di dati riguardanti:

1) la modifica, in senso restrittivo, del livello di «copertura assistenziale», ossia delle prestazioni che in precedenza erano garantite dal servizio pubblico e che ora sono a carico del paziente (con eventuale ricorso ad assicurazioni private o a fondi integrativi): senza esprimere un giudizio di merito che riguarda l'evoluzione dello «Stato sociale» è utile chiarire la correlazione che esiste tra contenimento della spesa ed estensione della copertura assistenziale;

2) l'eventuale peggioramento avvenuto in questi ultimi anni in cui ha prevalso la logica di «razionalizzazione della spesa», di alcuni indicatori diretti o indiretti dello stato di salute (sinteticamente indicatori di mortalità e morbilità «evitabili» qualora le politiche di contenimento della spesa fos-

sero state meno astratte e più attente alle caratteristiche dell'attività di tutela della salute: tali indicatori rientrano tra quelli di efficacia e di qualità dell'assistenza definiti dalle discipline mediche e in generale «della salute»;

3) il manifestarsi di quegli «eventi sentinella» (esempio focolai di epidemie, recidive di patologie, mancata prevenzione o mancata assistenza, fenomeni legati alla riduzione degli standard di garanzia in tema di salute, ecc.) che gli esperti collegano ad un generale indebolimento della «cultura della salute» causata da un eccessivo peso dato alla «cultura dell'efficienza e dell'economicità»;

4) spostamento alla sfera della «spesa privata» di una quota di «spesa pubblica», tendenza questa che può anche essere giudicata positiva (perché responsabilizzante), ma che non va confusa con il contenimento della spesa.

Fatte queste precisazioni si rileva che un primo aspetto interessante per l'indagine sul cambiamento riguarda il processo di scorporo degli ospedali e di loro costituzione in aziende autonome che si propone di determinare stimoli forti attraverso il recupero dell'efficienza e verso l'attivazione di un sistema di competizione nella produzione di prestazioni. A parte l'utilità del dato numerico sul totale delle aziende ospedaliere rispetto alle aziende territoriali, circa 1/3 a livello nazionale ma con alcune significative differenze tra Regioni, sono sicuramente utili dati quali:

— totale posti letto di ospedali rimasti all'interno delle aziende territoriali, di aziende ospedaliere pubbliche, di aziende private alle quali è stata concessa la proroga del convenzionamento in attesa del processo di accreditamento, di aziende private non convenzionate con il SSN: il diverso mix nelle varie Regioni, infatti, con-

sente di prefigurare lo scenario competitivo che si potrà avere nel prossimo futuro che, tra l'altro, dovrà tenere conto anche delle «dimensioni» delle aziende ospedaliere (pubbliche e private) presenti sul territorio;

— con riferimento alle sole aziende pubbliche un dato significativo è rappresentato dalla quota del personale operante a vario titolo all'interno delle aziende territoriali o all'interno delle aziende ospedaliere e diversa incidenza del personale amministrativo rispetto al personale dei ruoli sanitario e tecnico: la diversa incidenza di tale personale può infatti influenzare la prevalenza della cultura amministrativa rispetto alla cultura medica e sanitaria in genere, con riflessi anche nei rapporti tra aziende territoriali e aziende ospedaliere;

— dinamica della quota di «spesa ospedaliera» per confermare o smentire l'ipotesi che le nuove logiche del sistema possano determinare forti spinte all'aumento della quota di spesa ospedaliera rispetto alla spesa totale;

— non soddisfacente soluzione di alcuni tipici problemi connessi agli scorpori quali assegnazione alle aziende (ospedaliere e territoriali) degli edifici, delle attrezzature, apparecchiature, ecc. e gestione di certe attività di supporto (esempio centro elaborazione dati prima unitario e ora a supporto di due unità giuridicamente autonome), revisione di alcune procedure (si pensi a quelle di economato, provveditorato, gestione dei magazzini che in qualche modo richiedono una suddivisione e specializzazione).

Per quanto riguarda i processi di accorpamento delle USL può essere interessante rilevare in che misura all'atto giuridico, costituzione di una unica azienda, abbiano fatto effettivamente seguito modifiche strutturali quali:

— accentramento di alcuni servizi di supporto (amministrativi) o mantenimento come «uffici periferici» delle strutture delle vecchie USL;

— introduzione di forme di coordinamento e di semplificazione delle procedure amministrative;

— attuazione di forme di mobilità del personale;

— riqualificazione della dotazione di organico tramite l'utilizzo di eventuali spazi consentiti dal turn over (sostituzioni «con cambiamento di qualifica» nei casi in cui ciò era consentito per legge).

Un secondo aspetto qualificante della riforma dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 è legato all'introduzione dell'organo monocratico «Direttore generale» dotato di autonomi poteri gestionali. Al riguardo si ritengono utili valutazioni relative ad aspetti quali:

— numero dei Direttori generali che si sono succeduti in ognuna delle aziende;

— periodo medio di permanenza di ogni direttore;

— caratteristiche dei Direttori generali in ogni Regione quali, ad esempio, provenienza dal settore pubblico o privato, precedenti esperienze (esempio formazione di tipo amministrativo o sanitario, con esperienza in campo contabile o nel settore del personale, ecc.);

— cause delle sostituzioni dei Direttori generali, ad esempio provvedimenti del Giudice amministrativo, decisioni autonome delle Regioni, dimissioni volontarie.

La gestione dei complessi processi di accorpamento-scorporo proposti dai decreti legislativi 502 e 517, l'individuazione di una logica «aziendale» che significa sostanzialmente porre l'attenzione sulla capacità di rispondere alla domanda adattandosi alla sua evoluzione e sulla capacità di raggiungere un «equilibrio economi-

co complessivo» richiedeva una unitarietà di indirizzo a livello di vertice che è ancor più importante in periodi di forti incertezze (sui livelli di assistenza garantiti dal servizio pubblico, sui finanziamenti, sul rapporto pubblico-privato) come è quello attuale.

Dati sulle caratteristiche dei Direttori generali e informazioni riguardanti il loro turn over, possono consentire di valutare il livello di «innovazione» registrato nel settore sanitario e, soprattutto il grado di contraddittorietà rispetto alle esigenze delle organizzazioni complesse, quali sono le aziende sanitarie, di avere alcuni elementi di continuità nei periodi di forte turbolenza.

La verifica di un elevato turn over del top management porterebbe a formulare tre interessanti ipotesi da verificare nel futuro:

1) le aziende sanitarie «pubbliche» sono nate strutturalmente deboli poiché il turn over dei loro vertici non ha consentito il consolidamento di nuovi sistemi di gestione;

2) la vita delle aziende è più influenzata da vincoli e condizioni esterne (esempio pressioni sociali, livello dei finanziamenti) o da consolidati comportamenti interni che non dalla qualità del suo top management;

3) la natura delle «aziende» è tale per cui è possibile anche in tempi brevi introdurre logiche, criteri, regole di funzionamento che producono effetti anche se chi li ha introdotti non può gestire i processi di attuazione.

Qualora dalle analisi relative ai due anni trascorsi o dai dati che nei prossimi anni si potranno raccogliere, fosse possibile rilevare migliori risultati (sul piano economico e della qualità dei «servizi») nelle aziende caratterizzate da una maggiore stabilità del vertice manageriale (Direttore generale, gruppo dirigente) rispetto a quelle caratterizzate da un elevato

turn over, sarebbe confermata la prima ipotesi.

Qualora tale correlazione non fosse confermata, si dovrebbe ritenere valida la seconda ipotesi (nelle aziende in cui si fossero rilevati limitati cambiamenti sostanziali nel modo di funzionare) o la terza ipotesi (nei casi di rilevanti cambiamenti sostanziali avviati da qualche Direttore generale e poi realizzati da altri).

Interessanti indicazioni circa lo «scontro di culture» nei processi di cambiamento potrebbero venire da un approfondimento delle motivazioni esplicitate nei documenti ufficiali a sostegno delle sostituzioni dei Direttori generali che possono essere classificate in:

— motivazioni formali (sui processi di selezione e nomina, sui requisiti formali dei candidati, ecc.) che non entrano minimamente nel merito delle qualità manageriali: sono espressione di forti resistenze al cambiamento e della difficoltà di liberare il sistema sanitario dai «lacci e laccioli» di una forma ormai completamente separata dalla sostanza e quindi fine a se stessa;

— motivazioni che tentano di collegare le decisioni al mancato ottenimento di risultati positivi o al mancato raggiungimento degli obiettivi, ma lo fanno con argomentazioni deboli o a volte inconsistenti: questi casi pongono il «nodo politico», ma per certi aspetti anche tecnico, se debba o no esistere un rapporto fiduciario tra chi ha la responsabilità sul piano economico e della razionalità complessiva del sistema (la Regione) e chi gestisce le aziende, tra chi ha i poteri e le responsabilità che nel sistema privato sono attribuite alla «proprietà» (sempre la Regione) e chi esercita tali poteri gestendo le attività di produzione ed erogazione dei servizi;

— motivazioni riferite a giudizi di merito sulla qualità tecnico-manage-

riale condotte e fondate su solide e documentate argomentazioni di risultati giudicati non soddisfacenti: sarebbe espressione di un positivo processo di «selezione» di una nuova classe dirigente per la sanità.

Analoghi dati sul turn over e sulle motivazioni delle eventuali sostituzioni, riferiti ai Direttori sanitari e ai Direttori amministrativi che, come è noto, sono autonomamente scelti dal Direttore generale, sono utili per individuare le difficoltà di costituire «efficaci gruppi di alta direzione» e ciò a causa della oggettiva carenza del tipo di professionalità richiesta dalla nuova sanità.

Un terzo ambito di fenomeni da misurare è legato al nuovo sistema di finanziamento delle aziende ospedaliere (sistema DRG) e delle aziende territoriali (tendenzialmente pro-capite con aggiustamenti vari) poiché è noto dalle «teorie del comportamento economico» ed è confermato dalla esperienza dei Paesi che lo hanno adottato, il sistema di pagamento sulla base di «tariffe standard per caso trattato» che tale sistema stimola un aumento dei volumi di attività (ricoveri) e la concentrazione sui «casi» (DRG o altri) con il più conveniente rapporto tra tariffa e costi variabili del loro trattamento, sono utili le rilevazioni dei seguenti dati riferiti ai periodi immediatamente successivi alla adozione del sistema:

1) dinamica del numero dei ricoveri delle varie aziende ospedaliere pubbliche o private rispetto agli anni precedenti (per le aziende pubbliche rese autonome i dati di casi trattati sono quelli dei presidi in precedenza incorporati nelle USL);

2) grado di concentrazione dei ricoveri su alcuni DRG che possono esprimere l'esistenza di competenze distintive o di una specializzazione) o su ricoveri di un giorno (spesso strumentali per ottenere una data tariffa

che non è riconosciuta in assenza di ricovero);

3) dinamica (è facile presumere in aumento) della presenza di complicanze, di interventi e di altri elementi che determinano una classificazione di «maggiore complessità» e quindi una tariffa più elevata;

4) riduzione (in molti casi drasticamente) della durata di degenza per le stesse patologie, il che sta ad indicare che le scelte tecnico-assistenziali sono fortemente influenzate (nel bene o nel male) dai fattori economici e che si è profondamente modificata la qualità dell'assistenza per i pazienti (che devono passare periodi più brevi in ospedale);

5) ricoveri ripetuti a causa di dimissioni troppo rapide o programmati per ottenere un duplice pagamento per un unico caso, fenomeno che non è facile da rilevare con riferimento ad ogni azienda ospedaliera in considerazione dei frequenti incroci dei ricoveri ripetuti, ma che chiaramente è derivabile dall'aumento del tasso di ricoveri sulla popolazione riferito alle aziende territoriali o all'intera Regione: la stima quantitativa del fenomeno può essere ottenuta come differenza tra le proiezioni dei tassi di ricovero degli anni precedenti e tassi di ricoveri effettivamente riscontrati dopo l'introduzione del sistema DRG;

6) modificazione della distribuzione dei ricoveri tra aziende pubbliche e aziende private, modificazione dei flussi di pazienti (in entrata e in uscita) a livello interregionale e tra le aziende territoriali della stessa Regione, modificazioni dei «fatturati» delle aziende attribuibili al numero dei ricoveri o a una modificazione di mix: informazioni di questo tipo mettono in evidenza la diversa capacità di reazione e di adattamento al nuovo sistema da parte delle diverse aziende, capacità di adattamento che in alcuni casi può essere giudicata positiva, mentre

in altri casi può essere stata determinata solo dallo «sfruttamento opportunistico» della mancanza di controlli.

Al riguardo va segnalato il rischio che certe modifiche di classificazione dei pazienti «ai fini di ottenere un più elevato livello di entrate per le aziende ospedaliere» può portare a modificazioni del reale quadro epidemiologico della popolazione. Obiettivi di ordine economico possono avere riflessi sulla rappresentazione delle caratteristiche sanitarie della popolazione che non corrisponde al reale. Con riguardo ai nuovi sistemi di orientamento, sia delle aziende ospedaliere che di quelle territoriali, sono di grande utilità le considerazioni riferite a:

1) dinamica della spesa complessiva e del disavanzo rispetto al trend degli anni precedenti: tali dati possono evidenziare gli effetti di un sistema che responsabilizza le Regioni e, confrontati con i dati dei prossimi anni, potrà chiarire se l'eventuale rallentamento della spesa è di tipo strutturale (che si mantiene nel lungo periodo) o congiunturale (riduzione nel breve con effetto boomerang di aumento nel medio lungo periodo);

2) modificazione della struttura della spesa al fine di verificare la fondatezza o meno dell'ipotesi che il nuovo sistema, spingendo ad un aumento della spesa per ricovero e cura determina una riduzione delle altre componenti di spesa (prevenzione, medicina di comunità);

3) aziende caratterizzate da situazioni di sostanziale pareggio, con avanzi o disavanzi rilevanti: un approfondimento delle correlazioni tra dinamica delle attività e risultati economici potrebbero poi chiarire se tali risultati sono da attribuire alla modifica di finanziamento o ad effettive azioni di razionalizzazione e di recupero di efficienza;

4) quota delle entrate non derivanti da finanziamento Regionale che evidenzia un diverso livello di imprenditorialità da parte delle diverse aziende.

Un quarto ordine di aspetti da rilevare al fine di esprimere un giudizio sulla rapidità con cui si sta diffondendo il nuovo modello di servizio sanitario disegnato dai decreti legislativi 502 e 517 riguarda la diffusione dei sistemi di gestione. A tale fine sono utili dati quali:

1) numero di aziende che hanno adottato piani strategici, piani di riorganizzazione, piani di risanamento, piani di riequilibrio economico o strumenti simili: si sottolinea che, a parte l'analisi qualitativa dei contenuti, il modo in cui sono denominati tali piani è in qualche modo «evocativo» di differenti approcci all'innovazione, di differenti modi di interpretare il ruolo dei Direttori generali (visione progettuale di ampio respiro o focalizzazione sulle dimensioni economiche e finanziarie);

2) numero di aziende che hanno adottato la Carta dei servizi o che hanno avviato iniziative per una migliore rilevazione dei bisogni e della domanda (esprimono un reale orientamento al paziente);

3) numero di aziende che hanno realizzato, o almeno avviato, interventi di riorganizzazione della rete di offerta con riduzione di posti-letto per acuti (eventualmente sostituiti con altri servizi), chiusura di strutture non più giustificate nel piano funzionale, avvio di nuovi servizi, ecc.;

4) numero di aziende che hanno adottato sistemi di contabilità economico-patrimoniale, di contabilità analitica dei costi di budget per realizzare un effettivo controllo economico;

5) numero di aziende che hanno introdotto appositi uffici per «funzioni innovative» quali la valutazione e il

controllo di qualità (che va rafforzata nei periodi in cui diventano più forti i meccanismi di responsabilizzazione economica), lo sviluppo dell'area delle prestazioni a pagamento, la programmazione e il controllo, le relazioni con l'esterno, il sistema informativo (non solo informatico) a supporto delle decisioni;

6) il numero di persone con «profili professionali» innovativi assunte a vario titolo nelle aziende.

In conclusione si può dire che tutti questi dati consentono di valutare la velocità di diffusione del nuovo modello aziendale, ma soprattutto consentono di valutare eventuali difformità nelle diverse aree del paese.

Essi inoltre consentono di mettere in rilievo quelle punte avanzate la cui riproduzione potrebbe generare un generale innalzamento del grado di aziendalizzazione del servizio sanitario purché questo sia correlato ad un mantenimento di elevata qualità di tutela della salute.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

GLI EFFETTI DEL NUOVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO SULLE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA IN ALCUNI OSPEDALI DEL LAZIO

di P. Baroncini¹, E. Materia², P. Papini², A. Solipaca¹

¹ Istituto di studi per la programmazione economica (ISPE)

² Osservatorio epidemiologico della regione Lazio

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodologia della ricerca - 2.1. Gli istituti selezionati - 2.2. Gli indicatori analizzati - 2.3. Analisi delle componenti principali - 3. Risultati - 3.1. Numero di ricoveri - 3.2. Degenza media e giornate di degenza - 3.3. Classi di durata della degenza - 3.4. Ricoveri ripetuti - 3.5. Complessità della casistica e qualità della codifica - 3.6. Analisi multifattoriale - 3.7. Sintesi dei risultati - 4. Analisi a livello di istituto - 5. Conclusioni.

Acute care activity before and after the implementation of the DRG-based Prospective Payment System was evaluated in 32 hospitals of Lazio region by analysing variations in discharge data. The length of stay the cleaned more in those institutions previously financed on the basis of hospital days (clinics and private IRCCS) than in the others, thus reducing the variability among different types of hospital: the resources saved were anyway used for proportional increases in admissions. There was a striking rise of discharges after 2-3 days of hospital stay, and overall readmission increase accounted for more than one third of the excess in hospital admissions observed in 1995. The case-studies showed the emergence of a systematic manipulation in the reported case-mix related to DRG 341/343 in order to increase reimbursement (DRG creep), as well as an example of inpatient-outpatient substitution. Moreover, the growth of inappropriate hospital admissions in a dermatological institute was pointed out. In Lazio region efficiency gains are thus coupled with patent side effects of the new financing scheme, hampering the success of the managed health care reform. Surveillance should be strengthened for preventing windfall gains of some hospital and for avoiding the spread of opportunistic practices.

1. Introduzione

I decreti di riordino del Servizio sanitario nazionale (D.L.vi. n. 502/92 e n. 517/93) hanno come elemento qualificante l'attuazione del processo di aziendalizzazione delle Unità sanitarie locali (AUSL) e dei principali ospedali, orientato a inserire elementi di responsabilizzazione rispetto all'impiego delle risorse e di competitività tra erogatori.

Di tale processo fa parte anche il nuovo sistema di finanziamento degli istituti di ricovero in base a tariffe predeterminate per DRG (*diagnosis related groups*), in vigore dal gennaio 1995, che remunera i prodotti ospedalieri e non più il costo dei fattori produttivi (per gli ospedali pubblici) o delle giornate di degenza (per il settore privato convenzionato).

L'obiettivo che il Piano sanitario nazionale 1994-1996 si propone con l'adozione del sistema di pagamento prospettico è «di incentivare i livelli di efficienza dei singoli produttori di prestazioni sanitarie e di tendere ad un miglioramento generalizzato dei livelli qualitativi delle prestazioni erogate»; gli ospedali sono infatti incoraggiati a ridurre i costi di produzione e quindi la durata di degenza migliorando la propria efficienza operativa.

Esistono peraltro rischi connessi a questo schema di finanziamento che potrebbe dar luogo, soprattutto dopo la prima fase di avvio, ad effetti distortivi con impatto sulla qualità dell'assistenza e sulla spesa ospedaliera. Il forte incentivo per gli ospedali a ridurre i costi di produzione per caso trattato, accanto all'effetto positivo di ridurre gli sprechi, può comportare la riduzione

ne della qualità delle prestazioni erogate e favorire dimissioni intempestive. Un altro effetto atteso è rappresentato dall'aumento del numero dei ricoveri che, se da un lato, può favorire la riduzione delle liste d'attesa, dall'altro, può facilitare il ricorso a ricoveri non necessari, pregiudicando l'obiettivo della riforma di razionalizzare l'uso delle strutture ospedaliere. Tale obiettivo potrebbe invece essere raggiunto eliminando i posti letto «in esubero», una volta salvaguardato il rapporto efficienza-appropriatezza. Po-

Si ringrazia il dott. Carlo A. Perucci per il generoso supporto dato alla ricerca, il dott. Massimo Arcà per i preziosi suggerimenti e la revisione del manoscritto, la dott.ssa Irene Silvestri e il dott. Giuliano Russo per l'elaborazione dei dati.

trebbero inoltre aumentare i ricoveri ripetuti per effetto della pratica opportunistica di frazionare il profilo di cura o come conseguenza della diminuita qualità dell'assistenza.

L'incremento della complessità della casistica trattata negli ospedali, misurabile attraverso specifici indicatori (peso medio, indice di *case-mix*), può essere favorito, come osservato in altri paesi, dal finanziamento basato sui DRG. Questo fenomeno deriva dal progressivo maggior dettaglio nella compilazione e codifica della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), in base alla quale ogni episodio di ricovero viene assegnato ad uno specifico DRG. Gli indicatori di complessità riflettono anche un reale mutamento nella patologia trattata, e possono esprimere, almeno in parte, il tentativo di aggirare il rischio finanziario tramite l'utilizzo di codici associati a DRG più remunerativi.

Partendo da tali premesse gli obiettivi della ricerca sono stati:

- verificare gli effetti del nuovo sistema di finanziamento sulle modalità di erogazione dell'assistenza negli ospedali per acuti, in relazione alle diverse tipologie di istituti di cura, durante il primo anno di sperimentazione;

- evidenziare l'eventuale comparso di «effetti distorsivi» nell'erogazione delle prestazioni assistenziali e identificare gruppi di DRG ad alto rischio di manipolazione opportunistica;

- raccogliere indicazioni metodologiche per lo sviluppo dei controlli esterni sull'attività ospedaliera.

2. Metodologia della ricerca

2.1. Gli istituti selezionati

La base dello studio è costituita dai records individuali di tutte le dimissioni, trasmesse all'Osservatorio epidemiologico regionale (OER) da 32

istituti di ricovero del Lazio, suddivisi secondo la condizione amministrativa (tabella 1). Sono state inoltre incluse nello studio, come gruppo di controllo, quattro case di cura private non convenzionate con il SSN. Sono state invece escluse le dimissioni dai reparti di riabilitazione e lungodegenza e le dimissioni dei neonati dagli stessi istituti in cui è avvenuto il parto, in quanto oggetto di un separato flusso informativo.

Gli istituti sono stati scelti in base alla condizione amministrativa, alla dimensione, alla localizzazione e al tipo di finanziamento antecedente al 1995, fattori che possono aver influito sulla risposta al nuovo sistema di finanziamento. Non è stato possibile eseguire un campionamento stratificato per la mancata trasmissione da parte di molti istituti di dati affidabili relativi al 1994. Quando non si è potuto disporre dei dati relativi all'intero 1994 si è proceduto a stime ottenute estendendo a tutto l'anno il dato parziale. Il totale annuale è stato confrontato con i flussi ministeriali dei modelli HSP 22-23 per verificarne la validità (1).

Gli istituti selezionati rappresentano il 26% degli istituti pubblici e privati convenzionati nella Regione e il numero dei dimessi è pari a circa il 30% del totale regionale relativo al 1995.

Per quanto attiene alla dimensione degli istituti selezionati:

- il 30% dei 17 ospedali (pubblici e assimilati) (2) documenta un numero di ricoveri annui compresi tra i 1.000 e

i 4.000, mentre il 70% ha dimensione medio-grande (i ricoveri sono compresi tra i 7.000 e i 20.000 e in un caso superano i 38.000);

- il 60% delle case di cura private (convenzionate e non) documenta un numero di ricoveri annui mediamente inferiori ai 2.500, mentre per l'altro 40% i ricoveri variano tra i 3.000 e gli 8.000, con l'eccezione di una casa di cura convenzionata che ha 11.000 ricoveri.

Degli istituti scelti, 26 sono situati nel Comune di Roma, 4 nella provincia di Roma e 6 in altre province.

È possibile inoltre distinguere gli istituti selezionati sulla base del tipo di finanziamento anteriore al 1995. I 12 istituti che erano remunerati a bilancio comprendono:

- 7 presidi di AUSL;
- 1 azienda ospedaliera;
- 2 istituti appartenenti ad 1 azienda universitaria privata;
- 2 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici.

I 20 istituti che erano remunerati a diaria sono così suddivisi:

- 15 case di cura convenzionate;
- 2 ospedali classificati;
- 1 presidio di AUSL;
- 2 IRCCS privati.

2.2. Gli indicatori analizzati

Sono stati utilizzati i seguenti gruppi di indicatori:

- attività ospedaliera: ricoveri per tipo di degenza (ordinari e *day hospi-*

Tabella 1 - Numero di istituti di ricovero presenti e selezionati nella Regione per condizione amministrativa

| | Totale | Selezionati | Frazione sondata % |
|---|------------|-------------|--------------------|
| Presidi di AUSL | 64 | 8 | 13 |
| Aziende ospedaliere e universitarie | 11 | 3 | 27 |
| IRCCS | 6 | 4 | 67 |
| Ospedali classificati | 7 | 2 | 29 |
| Case di cura convenzionate | 37 | 15 | 41 |
| Totale | 125 | 32 | 26 |

tal), ricoveri ordinari per classe di durata della degenza (0-1 giorno, *standard*, anomali o oltre soglia), giornate totali di degenza, degenza media;

— complessità della casistica e qualità della scheda di dimissione ospedaliera: peso medio dei DRG, secondo la scala italiana (Ministero della sanità, 1994), rango del DRG mediano, percentuale cumulata dei 30 DRG più frequenti, frequenza dei DRG chirurgici, frequenza dei DRG anomali (DRG 469, 470), frequenza dei DRG incoerenti (DRG 476, 477, 478) con diagnosi principali non congrue con le procedure chirurgiche.

Sono state inoltre calcolate le frequenze dei ricoveri di 2-3 giorni (3) e i ricoveri ripetuti nello stesso istituto espressi come tasso grezzo di riospedalizzazione (numero di episodi di ricovero successivi al primo sul totale dei ricoveri) e come numero di ricoveri per paziente (numero totale di ricoveri per istituto sul numero totale di pazienti per istituto).

Sono state analizzate le variazioni degli indicatori tra il 1994 e il 1995, per gruppi di istituti.

2.3. Analisi delle componenti principali

L'analisi delle componenti principali è stata eseguita per confrontare le differenze nei comportamenti degli istituti nei due anni di riferimento.

Questa metodologia si fonda sulla sintesi delle informazioni a disposizione, ottenuta tramite una combinazione lineare del complesso degli indicatori. Lo scopo è di rendere possibile una visione generale del fenomeno studiato, riducendo l'informazione iniziale e nel contempo riproducendo, quanto più possibile, la sua variabilità. La tecnica consiste nel proiettare una nuvola di punti (riferiti ai singoli istituti), rappresentabile su uno spazio di dimensioni pari al numero di indicatori utilizzati, su uno spazio di dimensioni ridotte uguale al numero delle componenti principali scelte. Tale procedimento comporta la perdita di una parte dell'informazione iniziale ma ha il vantaggio di rendere possibile una visione generale del fenomeno in osservazione.

Per analizzare le relazioni tra la dimensione delle strutture, l'efficienza e la complessità della casistica trattata nelle diverse categorie di istituti, sono stati utilizzati i seguenti indicatori: il volume dell'attività di ricovero svolta negli istituti, il numero medio di giornate di degenza, la classe di durata della degenza (0-1 giorno e oltre soglia) e il peso medio. I 36 istituti sono stati inseriti nell'analisi con i valori degli indicatori riferiti ad entrambi gli anni esaminati.

I risultati vengono presentati tramite la matrice dei pesi fattoriali degli indicatori sulle prime quattro compo-

nenti principali scelte. Con i pesi fattoriali si interpretano le quattro componenti principali, etichettandole con le variabili che hanno maggiormente contribuito alla loro costruzione.

Vengono inoltre mostrate graficamente le posizioni delle diverse tipologie di istituti rispetto alle componenti principali identificate.

3. Risultati

3.1. Numero di ricoveri

Nel 1995 si è verificato negli istituti esaminati un aumento del numero di ricoveri ordinari (+ 11,8%) e in *day hospital* (+ 125,6%). L'incremento stimato è di circa 46.000 dimessi pari al 20,2% rispetto al 1994; di questi circa 25.000 sono ricoveri ordinari, mentre circa 21.000 sono ricoveri in *day hospital* (tabella 2).

Il maggior volume di attività ospedaliera ordinaria riguarda, anche se in modo diversificato, tutte le tipologie di istituti: l'aumento varia dal 2,5% nei presidi di AUSL al 23,4% negli IRCCS (tabella 2). Solo i presidi di AUSL di piccole dimensioni vanno in controtendenza con una diminuzione dei ricoveri ordinari, mentre i presidi di dimensioni medio grandi registrano aumenti compresi tra + 4,6 e + 8,3%. Tra le case di cura convenzionate le percentuali di variazione sono molto disomogenee, variano infatti da - 1,2 a

Tabella 2 - Numero di ricoveri ordinari e in *day hospital* per anno

| | 1994 | | 1995 | | Differenza % | |
|---|----------------|---------------|----------------|---------------|--------------|--------------|
| | Ordinari | Day hospital | Ordinari | Day hospital | Ordinari | Day hospital |
| Presidi di AUSL..... | 60.107 | 693 | 61.626 | 3.890 | 2,5 | 461,3 |
| Aziende ospedaliere e universitarie | 52322 | 3.238 | 62.045 | 7.182 | 18,6 | 121,8 |
| IRCCS..... | 29.721 | 12.779 | 36.685 | 26.627 | 23,4 | 108,4 |
| Ospedali classificati | 19.941 | — | 22.779 | — | 14,2 | — |
| Case di cura convenzionate..... | 48.762 | — | 52.657 | — | 8,0 | — |
| Totale | 210.852 | 16.710 | 235.792 | 37.699 | 11,8 | 125,6 |
| Case di cura private..... | 7.999 | 954 | 7.196 | 714 | - 10,0 | - 25,2 |

+ 25,6%. L'aumento è invece più omogeneo tra le aziende ospedaliere e universitarie, gli IRCCS e gli ospedali classificati che hanno in genere dimensioni medio grandi.

È interessante notare che per le case di cura private non convenzionate si registra un decremento del numero dei ricoveri intorno al 10%.

Per quanto attiene all'attività di *day hospital* si verifica un notevole aumento in termini assoluti soprattutto negli IRCCS; tuttavia, un solo IRCCS di grandi dimensioni è responsabile del 66% di questo aumento.

3.2. Degenza media e giornate di degenza

La degenza media nel 1995 diminuisce del 12,1% rispetto al 1994, mentre il numero complessivo delle

giornate di degenza ordinaria si riduce dell'1,7% (tabella 3).

Il risparmio di giornate di degenza (39.241) ottenuto tramite contrazione della durata media della degenza è stato impiegato per nuovi ricoveri; questo fenomeno è particolarmente marcato negli IRCCS e nelle aziende ospedaliere e universitarie che nel 1995 hanno diminuito la durata media della degenza e hanno contemporaneamente, per il forte aumento del numero di ricoveri, aumentato il numero complessivo delle giornate di degenza (tabella 3). A questo proposito, è stata riscontrata una significativa correlazione lineare tra numero di ricoveri e riduzione della degenza media negli istituti selezionati ($R = 0,41, p < 0,02$).

Nei presidi di AUSL si sono verificati decrementi modesti sia per quanto riguarda il totale delle giornate di degenza (-0,9%) che per la degenza me-

dia (-3,3%). Per le case di cura convenzionate si registra invece una consistente flessione della degenza media, che pur permettendo un aumento del numero di ricoveri dell'8%, ha consentito un risparmio del 10,4% delle giornate complessive di degenza.

Dal confronto con le condizioni di partenza nel 1994 è possibile affermare che l'entità della riduzione della degenza media è funzione della durata media della degenza, prima dell'introduzione del nuovo sistema di finanziamento. Inoltre si osserva che si è andati verso una diminuzione della variabilità con una relativa omogeneizzazione verso i livelli di degenza media più bassi, che nel 1994 appartenevano ai presidi di AUSL (tabella 3).

Se si analizzano gli istituti secondo il tipo di finanziamento in vigore nel 1994 (tabella 4) risulta evidente come gli istituti finanziati a diaria riescano a

Tabella 3 - Numero di giornate di degenza media dei ricoveri ordinari per anno

| | 1994 | | 1995 | | Differenza % | |
|--|---------------------|---------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | Giornate di degenza | Degenza media | Giornate di degenza | Degenza media | Giornate di degenza | Degenza media |
| Presidi di AUSL..... | 524.457 | 8,7 | 519.813 | 8,4 | -0,9 | -3,3 |
| Aziende ospedaliere e universitarie..... | 691.713 | 13,2 | 723.298 | 11,7 | 4,6 | -11,8 |
| IRCCS..... | 321.589 | 10,8 | 327.467 | 8,8 | 1,8 | -18,4 |
| Ospedali classificati..... | 208.122 | 10,4 | 195.361 | 8,6 | -6,1 | -17,8 |
| Case di cura convenzionate..... | 572.790 | 11,7 | 513.491 | 9,8 | -10,4 | -17,0 |
| Totale..... | 2.318.671 | 11,0 | 2.279.430 | 9,7 | -1,7 | -12,1 |
| Case di cura private..... | 38.063 | 4,8 | 31.766 | 4,4 | -16,5 | -7,2 |

Tabella 4 - Numero di ricoveri e degenza media negli istituti di ricovero distinti per modalità di finanziamento in vigore fino al 1994

| | 1994 | 1995 | Differenza % |
|--------------------------|---------|---------|--------------|
| <i>Ricoveri ordinari</i> | | | |
| A bilancio (1)..... | 117.986 | 130.068 | 10,2 |
| A diaria (2)..... | 92.867 | 105.724 | 13,8 |
| <i>Degenza media</i> | | | |
| A bilancio (1)..... | 10,9 | 10,0 | -8,1 |
| A diaria (2)..... | 11,1 | 9,3 | -16,2 |

(1) N. 12 istituti: 7 Presidi AUSL, 1 Azienda ospedaliera, 2 istituti di 1 Azienda universitaria e 2 IRCCS.

(2) N. 20 istituti: 1 Presidio AUSL, 2 IRCCS, 2 Ospedali classificati e 15 Case di cura convenzionate.

ridurre la durata media di degenza e ad aumentare il numero di ricoveri in misura maggiore rispetto a quelli remunerati a bilancio.

Tra gli istituti remunerati a diaria gli ospedali classificati e gli IRCCS privati realizzano un aumento dei ricoveri pari al 20%, mentre per le case di cura convenzionate l'aumento è pari all'8%.

3.3. Classi di durata della degenza

Il dato più rilevante per quanto attiene le classi di degenza è l'aumento generalizzato dei ricoveri di 2-3 giorni per tutte le tipologie di istituti, particolarmente marcato per gli IRCCS, gli ospedali classificati e le case di cura convenzionate (figura 1).

A questo proposito è interessante osservare che per il 1995 le durate di degenza con frequenza più elevata sono comprese tra 2 e 4 giorni, con valore modale a 3 giorni (figura 2).

La curva di distribuzione della durata di degenza relativa al 1995 si mantiene al di sopra di quella del 1994 fino all'ottavo giorno di degenza e dal decimo giorno in poi le due curve s'invertono. I ricoveri fino a 8 giorni di degenza sono stati pertanto più numerosi nel 1995 rispetto al 1994, mentre quelli con più di 10 giorni di degenza sono stati più numerosi nel 1994. Nel complesso lo spostamento a sinistra della distribuzione delle giornate di degenza sembra aver determinato l'aumento dei ricoveri di 2-3 giorni. Nella figura 2 si osserva che nel 1995 l'incremento massimo della pendenza della distribuzione si ha tra 1 e 2 giorni.

Inoltre la figura 3 mostra che nel 1995 si verifica una diminuzione dei ricoveri con degenza di 0-1 giorno, in particolare nei presidi di AUSL e nelle aziende ospedaliere. Questi istituti sono quelli più spesso dotati di servizi di emergenza-urgenza, e quindi con un più alto numero di ricoveri brevi.

Va ricordato a questo proposito che le tariffe disincentivano i ricoveri di 0-1 giorno, e potrebbe pertanto emergere la tendenza a trattenere i pazienti fino al conseguimento della tariffa piena (2 giorni).

I ricoveri anomali decrescono in tutti i tipi di ospedali in misura pari al

2,5% fino al 3,4%, ad eccezione dei presidi di AUSL dove la riduzione è più contenuta (0,9%) (figura 4).

3.4. Ricoveri ripetuti

Nel 1995 si verifica un aumento dei ricoveri multipli e del numero di rico-

Figura 1 - Ricoveri ordinari per tipologia di istituto: percentuale di ricoveri con durata di degenza di 2-3 giorni

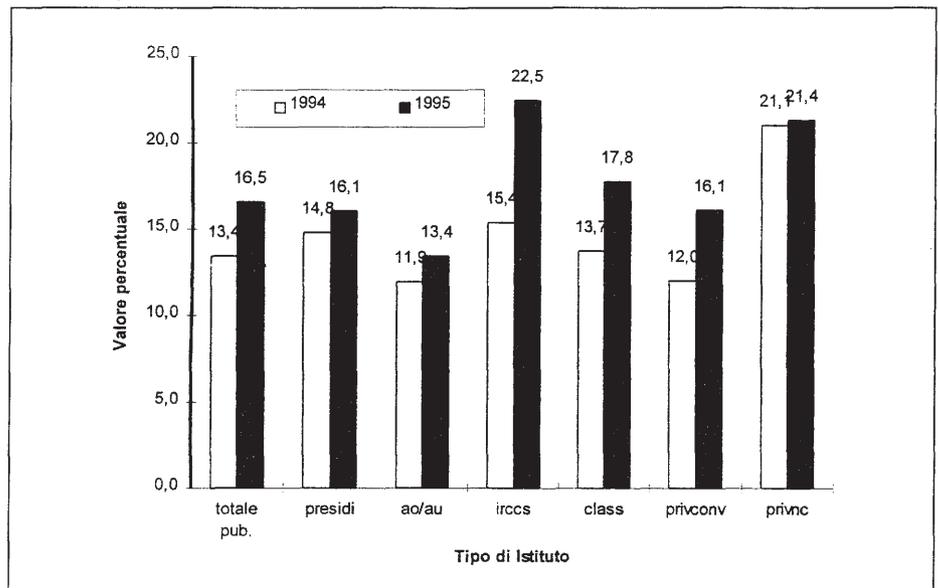


Figura 2 - Distribuzione percentuale della durata di degenza in tutti gli istituti

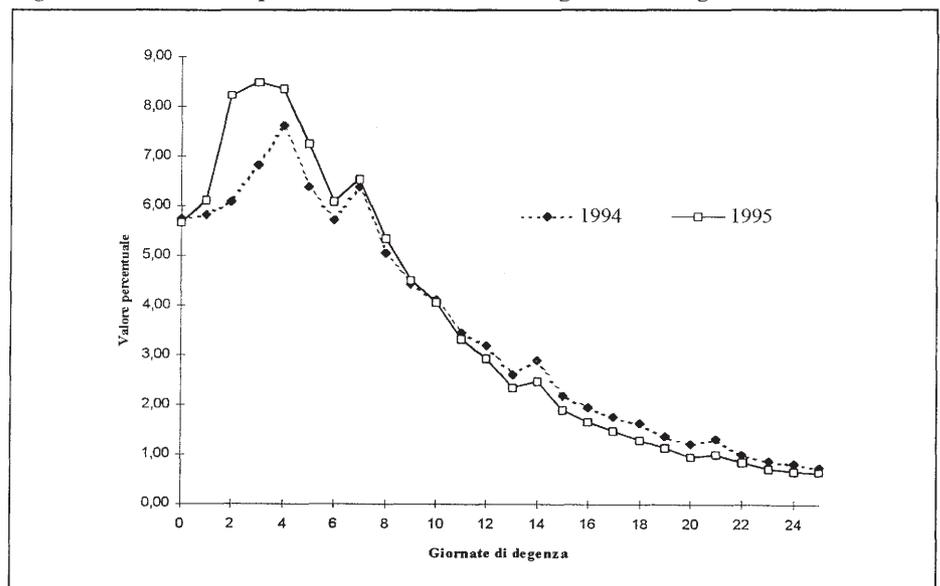


Figura 3 - Ricoveri ordinari per tipologie di istituto: percentuale sul totale dei ricoveri con durata di degenza 0-1 giorno

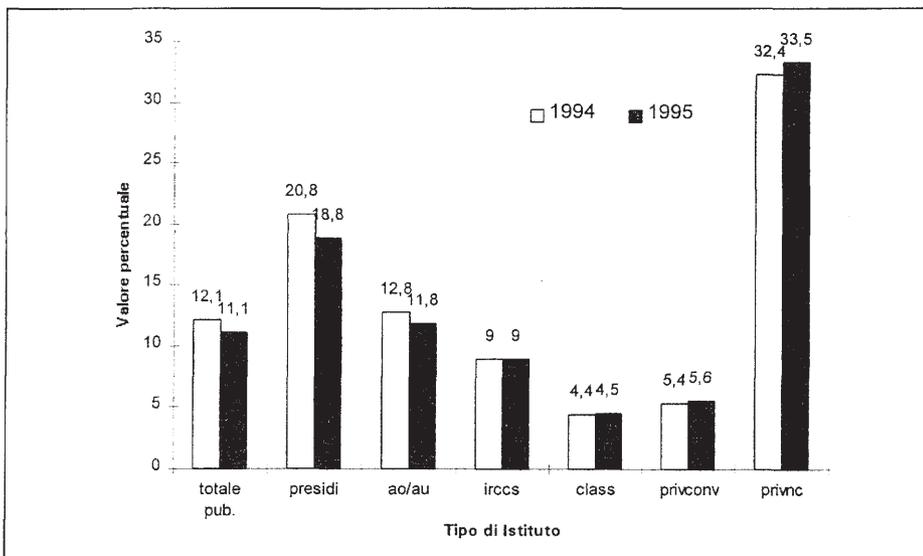


Figura 4 - Ricoveri ordinari per tipologie di istituto: percentuale sul totale dei ricoveri con durata di degenza superiore al valore di soglia

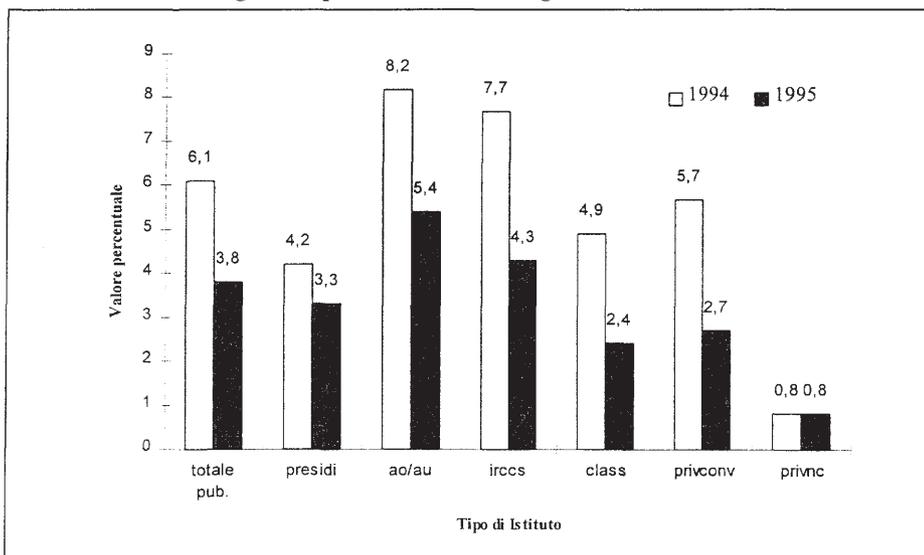


Tabella 5 - Ricoveri ordinari: tasso grezzo di riospedalizzazione, numero di ricoveri per paziente e rapporto fra le variazioni (1994-1995) dei ricoveri multipli e di quelli totali

| Tipo di istituto | Tasso di riospedalizzazione | | Numero ricoveri/paziente | | Δ ric. mult./ Δ ric. tot. (in %) |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--|
| | 1994 | 1995 | 1994 | 1995 | |
| Istituti pubblici e assimilati | 14,8 | 17,1 | 1,17 | 1,21 | 32,5 |
| Casi di cura convenzionate | 16,6 | 18,0 | 1,20 | 1,22 | 35,4 |
| Totale..... | 15,3 | 17,4 | 1,18 | 1,21 | 33,1 |

veri medio per paziente sia negli istituti pubblici e assimilati che nei convenzionati (tabella 5). Nonostante gli scostamenti degli indicatori utilizzati non appaiano molto marcati, i ricoveri ripetuti sono responsabili del 33% dell'incremento dei ricoveri, riscontrato nel 1995.

3.5. Complessità della casistica e qualità della codifica

La qualità della codifica delle schede di dimissione ospedaliera risulta molto migliorata nel 1995 rispetto al 1994, come dimostrano tutti gli indicatori di complessità e qualità della codifica riportati nella tabella 6.

La maggiore accuratezza e specificità clinica della codifica è evidenziata dalla riduzione del numero di dimissioni attribuite ai DRG anomali e ai DRG incoerenti, dall'aumento del numero di DRG che descrivono il 50% dei casi e dalla contemporanea diminuzione della concentrazione dei ricoveri nei primi 30 DRG più frequenti.

Il peso medio, un indice di complessità assoluto le cui variazioni riflettono, in questa fase di avvio del sistema informativo ospedaliero, la qualità della documentazione più che reali modifiche della casistica trattata, aumenta in tutte le categorie di istituti (tabella 7). Il massimo incremento si verifica per i presidi di AUSL, il minimo per gli IRCCS e gli ospedali classificati.

Tabella 6 - Indicatori di complessità della casistica e qualità della codifica per anno

| | 1994 | 1995 |
|---|------|------|
| Peso medio | 0,97 | 1,06 |
| Rango del DRG mediano | 40° | 54° |
| % cumulata dei 30 DRG più frequenti | 42,8 | 35,3 |
| % DRG anomali (469 e 470) | 3,4 | 1,0 |
| % DRG incoerenti (468, 476 e 477) | 2,3 | 1,2 |

Tabella 7 - Peso medio dei DRG negli istituti di ricovero distinti per condizione amministrativa e per anno

| Condizione amministrativa | Peso medio | | Differenza % |
|---|-------------|-------------|--------------|
| | 1994 | 1995 | |
| Presidi di AUSL | 0,80 | 0,93 | 16,0% |
| Aziende ospedaliere e universitarie | 1,16 | 1,26 | 8,8% |
| IRCCS | 0,96 | 0,99 | 3,7% |
| Ospedali classificati | 0,97 | 1,02 | 5,7% |
| Case di cura convenzionate | 0,92 | 1,0 | 8,3% |
| Totale | 0,97 | 1,06 | 9,8% |
| Case di cura private | 1,18 | 1,16 | -1,2% |

Va poi rivolta attenzione agli episodi di ricovero attribuiti ai DRG chirurgici il cui incremento, riscontrato tra il 1994 e il 1995, dipende principalmente dal miglioramento della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (figura 5).

Si è comunque verificato anche un aumento reale dei ricoveri chirurgici come conseguenza della riduzione della durata di degenza che per i DRG chirurgici è stata più marcata di quella riscontrata per la totalità dei DRG (-1,9 giorni per i DRG chirurgici e

-1,3 giorni per il totale dei DRG) (tabelle 8 e 3).

Fanno eccezione i presidi di AUSL per i quali, a fronte di un forte aumento degli episodi di ricovero assegnati ai DRG chirurgici (+49,4%), si riscontra un aumento della loro durata media di degenza (+2,2%). A tale proposito va segnalato per i presidi un cospicuo aumento dei DRG chirurgici (+25,5%) in regime di *day hospital*. Pertanto, l'aumento della degenza media chirurgica per i presidi può essere imputato alla diminu-

zione dei DRG chirurgici di breve durata in regime ordinario dovuta ad un loro trasferimento in regime di *day hospital*.

3.6. Analisi multifattoriale

La tabella 9 presenta una sintesi dei risultati dell'analisi delle componenti principali condotta sui dati, riferiti agli anni 1994 e 1995, relativi ai 36 istituti esaminati.

Per l'interpretazione delle singole componenti principali si seguirà l'approccio «fattorialista», cioè ogni componente principale verrà identificata tramite le variabili che hanno con essa la correlazione più alta, rappresentata quest'ultima dai pesi fattoriali. Per brevità verranno presentati qui di seguito solo 2 piani fattoriali che sono stati ritenuti più interessanti tra quelli individuati. La scelta dell'asse cartesiano su cui rappresentare le diverse compo-

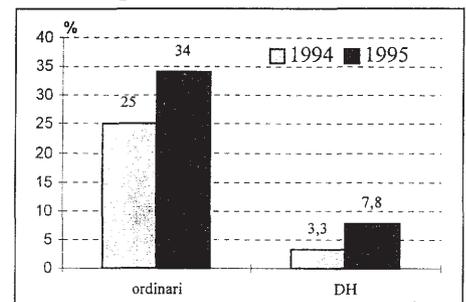
Figura 5 - Percentuale DRG chirurgici nei ricoveri ordinari e in *day hospital*, per anno

Tabella 8 - Ricoveri ordinari DRG chirurgici: degenza media e percentuale sul totale dei DRG

| | 1994 | | 1995 | | Differenza % | |
|---|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | Degenza media | % Chir. | Degenza media | % Chir. | Degenza media | % Chir. |
| Presidi di AUSL | 9,5 | 16,7 | 9,7 | 25,0 | 2,2 | 49,4 |
| Aziende ospedaliere e universitarie | 15,4 | 31,7 | 13,6 | 35,4 | -11,8 | 11,8 |
| IRCCS | 12,7 | 24,3 | 10,3 | 32,6 | -18,9 | 34,0 |
| Ospedali classificati | 11,4 | 35,3 | 9,5 | 47,8 | -17,3 | 35,5 |
| Case di cura convenzionate | 11,9 | 35,1 | 9,6 | 43,2 | -20,0 | 23,2 |
| Totale | 12,7 | 25,0 | 10,8 | 34,0 | -15,2 | 35,7 |
| Case di cura private | 5,0 | 63,1 | 4,4 | 66,2 | -12,3 | 3,1 |

Tabella 9 - Matrice dei pesi fattoriali delle prime quattro componenti principali

| Indicatori | Componenti principali | | | |
|--------------------------|-----------------------|-------|-------|-------|
| | 1° | 2° | 3° | 4° |
| Totale ricoveri acuti | 0,04 | 0,99 | -0,04 | 0,02 |
| Totale ricoveri ordinari | 0,10 | 0,90 | -0,04 | 0,05 |
| Attività day hospital | -0,11 | 0,77 | -0,01 | -0,06 |
| Degenza media ordinari | 0,63 | -0,12 | 0,70 | -0,18 |
| Degenza media standard | 0,62 | -0,10 | 0,57 | -0,15 |
| Degenza media anomali | -0,14 | -0,02 | 0,91 | 0,03 |
| Degenza media chirurgica | 0,80 | 0,15 | 0,16 | 0,11 |
| % Ricoveri brevi | -0,87 | 0,07 | 0,09 | 0,28 |
| % Ricoveri anomali | 0,50 | 0,02 | 0,74 | -0,14 |
| % Ricoveri chirurgici | -0,26 | -0,10 | -0,28 | 0,82 |
| Ind. complessità media | 0,02 | 0,07 | 0,07 | 0,94 |

Varianza spiegata = 82%.

nenti principali è dipesa da criteri di leggibilità, in quanto la rotazione del sistema di riferimento non comporta alcun problema logico o interpretativo.

La prima componente principale è caratterizzata dalla percentuale dei ricoveri brevi (segno negativo) e dalla degenza media chirurgica; la seconda componente rappresenta il volume di attività svolta dagli istituti; la terza tiene conto dei ricoveri anomali sia rispetto alla loro incidenza sul totale del-

l'attività che alla loro durata media; infine la quarta componente principale è caratterizzata dalla complessità media dell'attività svolta. La degenza media è rappresentata sia dalla prima che dalla terza componente principale, ma non caratterizza pienamente nessuna delle quattro componenti.

I grafici che seguono sintetizzano i principali elementi che hanno caratterizzato il vecchio e il nuovo sistema di finanziamento; gli istituti sono stati ri-

portati con una etichetta che rappresenta la loro tipologia.

Nei grafici 6 e 7 è stato preso in considerazione il piano costituito dalla 1^a (ricoveri brevi e degenza media chirurgica) e dalla 4^a (complessità media dell'attività) componente principale, sul quale sono state proiettate le posizioni degli istituti rispettivamente nel 1994 e nel 1995. Tenendo conto dell'interpretazione data in precedenza agli assi, dal confronto dei grafici si nota, passando dal 1994 al 1995, una maggiore omogeneità degli istituti rispetto al numero di ricoveri brevi e alla degenza chirurgica. Infatti, nel 1994 si disegnano tre *cluster* sostanzialmente costituiti dai presidi (etichetta n. 1 nei grafici), dagli istituti convenzionati (etichetta n. 7 nei grafici) e dagli istituti privati (etichetta n. 6 nei grafici); nel 1995 i *cluster* formati dai presidi e dai convenzionati si compattano mentre gli istituti privati continuano a costituire un *cluster* a sé stante, segno di un consolidato comportamento differenziato. Osservando attentamente le prime due nuvole di punti, si nota chiaramente che esse si sono mosse in direzioni opposte: gli istituti convenzionati hanno aumentato i ricoveri brevi e diminuito la degenza dei chirurgici, i presidi hanno al contrario diminuito i ricoveri brevi e aumentato la degenza media dei DRG chirurgici. Si osserva, infine, un generale aumento della complessità della casistica negli istituti pubblici non presente in quelli privati.

I grafici 8 e 9 prendono in considerazione il piano che rappresenta i ricoveri anomali per durata di degenza e le dimensioni degli istituti. Il dato che se ne trae è la omogeneizzazione delle strutture rispetto al numero dei ricoveri anomali, dovuta soprattutto alla sensibile riduzione delle degenze anomale nelle strutture convenzionate (etichetta n. 7 nei grafici). Da notare che,

Figura 6 - Anno 1994

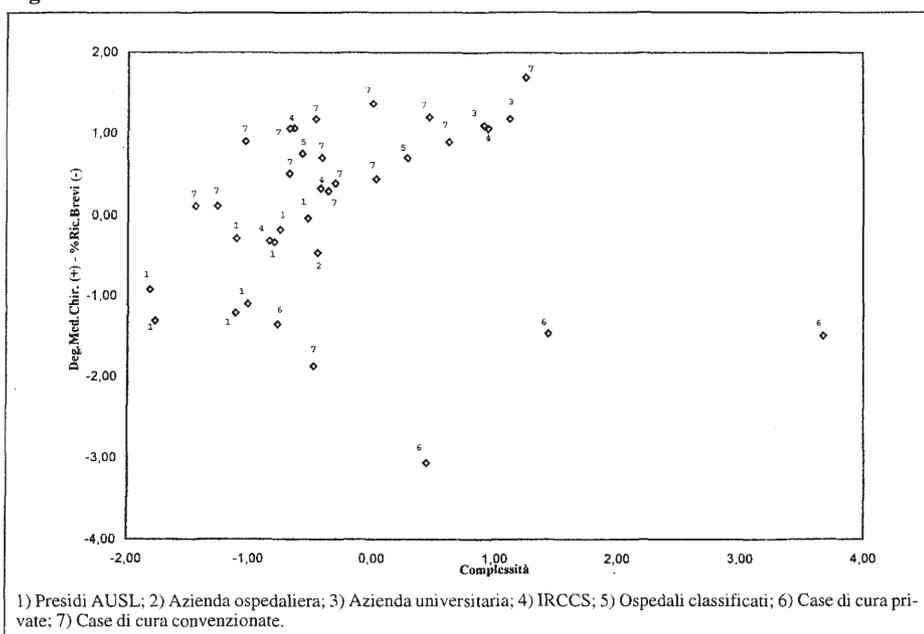


Figura 7 - Anno 1995

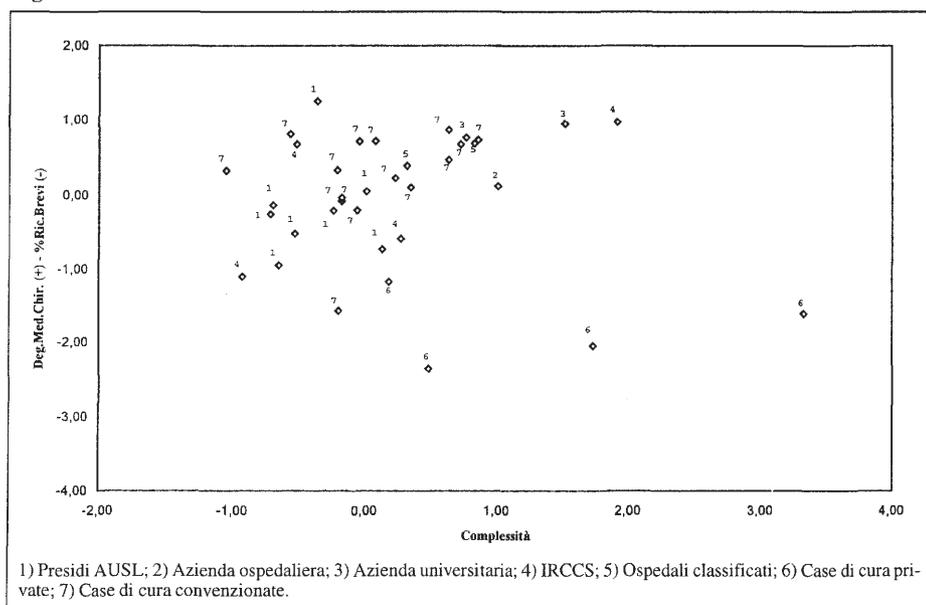
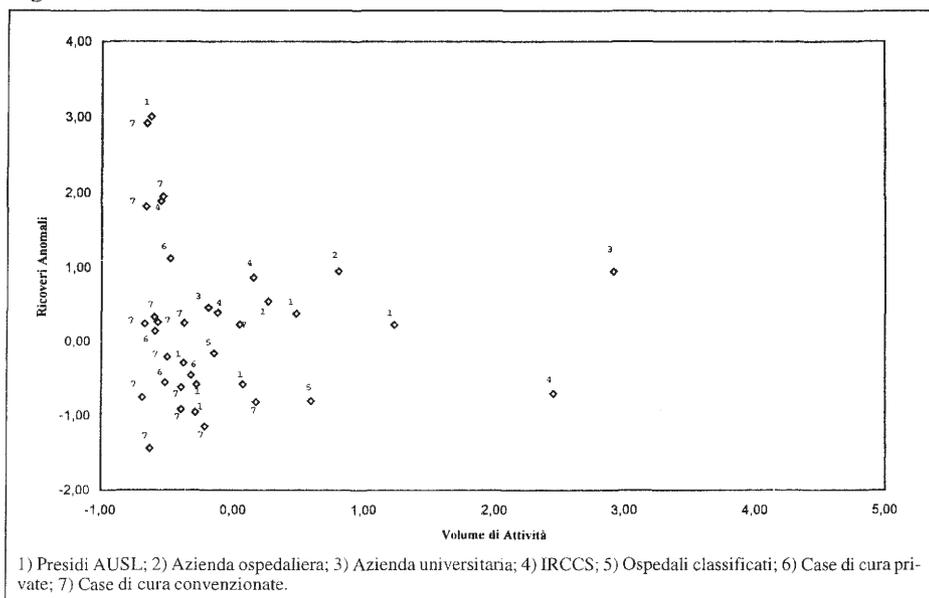


Figura 8 - Anno 1994



contrariamente a quanto avvenuto sul piano fattoriale precedente, gli istituti privati hanno comportamenti omogenei con le strutture pubbliche.

3.7. Sintesi dei risultati

Dai risultati presentati sulle modifiche indotte tra il 1994 e il 1995 dal

nuovo sistema di finanziamento sul comportamento degli ospedali esaminati nella Regione Lazio si possono evidenziare i seguenti punti:

— generale diminuzione nel 1995 della degenza media con riduzione della variabilità esistente nel 1994 tra le varie tipologie di istituti, e più forte decremento tra gli istituti remunerati a

diaria rispetto a quelli remunerati a bilancio fino al 1994;

— aumento del numero dei ricoveri sia ordinari che in *day hospital* per tutte le categorie di istituti, diminuzione dei ricoveri solo nelle case di cura private non convenzionate;

— aumento dei ricoveri di 2-3 giorni e più in generale dei ricoveri fino all'ottavo giorno di degenza e diminuzione dei ricoveri superiori ai 10 giorni e dei ricoveri anomali per durata della degenza;

— aumento dei ricoveri ripetuti;

— aumento della complessità della casistica dovuta in massima parte al miglioramento della codifica delle schede di dimissione ospedaliera.

4. Analisi a livello di istituto

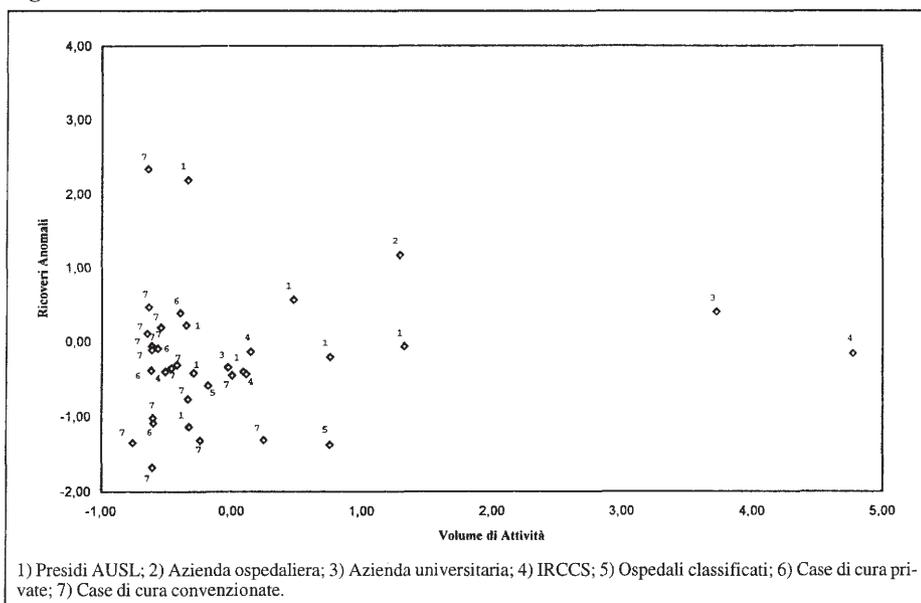
Vengono riportati di seguito tre casi di studio nei quali l'uso combinato degli indicatori globali di attività ospedaliera e di indicatori DRG-specifici ha permesso di descrivere sia il tipo di risposta dell'istituto erogatore agli incentivi del nuovo sistema di finanziamento e di individuare l'emergere di comportamenti opportunistici.

Caso di studio A

Presso l'ospedale A, nel corso del 1995, si è verificato un aumento consistente dei ricoveri ordinari e in *day hospital* (tabella 10).

Il DRG 467 («Altri fattori che influenzano lo stato di salute») compare tra i DRG a più alto volume di ricoveri nel corso nel 1995, con una percentuale di dimissioni attribuite a questo DRG che aumenta dall'1.8 al 3.6% del totale, soprattutto per effetto dei ricoveri in *day hospital* (da 94 a 1.237). Le diagnosi principali più frequentemente associate a questo DRG, riportate in tabella 11, fanno parte della categoria «rischi potenziali di malattia in relazione alla anamnesi personale e fami-

Figura 9 - Anno 1995



liare» (categorie ICD9:V10/V19) o «visite ed esami speciali: altri esami» (V72.8).

Pur facendo salva la possibilità di errori sistematici della codifica, peraltro poco probabile vista la relativa ac-

curatezza nell'utilizzo dei diversi codici V, gli episodi di ricovero attribuiti al DRG 467 sarebbero stati determinati dalla necessità di eseguire accertamenti diagnostici, più che da stati di malattia acuta in atto. È quindi proba-

Tabella 10 - Ospedale A. Numero di ricoveri per tipo di degenza e anno

| | 1994 (*) | 1995 | Differenza % |
|--------------------|---------------|---------------|--------------|
| Ordinari..... | 15.688 | 19.473 | + 24 |
| Day hospital | 11.058 | 24.300 | + 120 |
| Totale..... | 26.746 | 43.773 | + 64 |

(*) Stima dei dimessi, calcolata sulla base dei dati del secondo semestre.

Tabella 11 - Ospedale A. Diagnosi principali più frequenti associate al DRG 467. Tutti i ricoveri. Anno 1995

| Codice ICD-9 | Descrizione | Frequenza |
|--------------|---|-----------|
| V12.2 | Anamnesi personale di disturbi endocrini, metabolici e immunitari | 166 |
| V12.0 | Anamnesi personale di malattie infettive e parassitarie | 148 |
| V12.6 | Anamnesi personale di malattie dell'apparato respiratorio | 139 |
| V13.7 | Anamnesi personale di problemi perinatali | 115 |
| V72.8 | Visite ed esami speciali: altri esami non specificati | 95 |
| V12.7 | Anamnesi personale di malattie dell'apparato digerente | 64 |
| V71.8 | Osservazione per sospetto di altre condizioni morbose specificate | 64 |
| V12.4 | Anamnesi personale di disturbi del sistema nervoso e degli organi dei sensi | 61 |
| V64.1 | Intervento chirurgico o di altra natura non eseguito per controindicazione | 61 |
| V12.3 | Anamnesi personale di malattie del sangue e degli organi ematopoietici | 48 |

bile che il *day hospital* sia stato utilizzato inappropriatamente per erogare prestazioni di tipo ambulatoriale. Il *day hospital* risulta avere un effetto additivo e non sostitutivo nei confronti dei ricoveri ordinari.

Nello stesso ospedale A, si è verificato nel corso del 1995 un aumento degli episodi di ricovero attribuiti al DRG 341 («interventi sul pene») (dal 2.1 al 3.1% del totale dei ricoveri) e un parallelo decremento proporzionale del DRG 343 («circoncisione età < 18») (dal 3.5 al 2.8 %, tabella 12). I DRG 341 e 343 sono associati a tariffe pari rispettivamente a 7.0 e a 1.8 milioni per il ricovero ordinario.

Gli episodi di ricovero con diagnosi principale di «fimosi» vengono assegnati al DRG 343 quando viene segnalata la procedura «circoncisione» nella scheda di dimissione ospedaliera. Nel caso in cui venga segnalata anche la procedura di «sbrigliamento di sinchie peniene», gerarchicamente superiore a quella di circoncisione, la dimissione viene invece assegnata al DRG 341 invece che al DRG 343. Quest'ultima procedura è stata segnalata 115 volte nelle schede di dimissione dell'ospedale A attribuite al DRG 341 nel 1995 e nessuna volta nell'anno precedente. Nel 1994 infatti erano assegnati a questo DRG più remunerativo solo interventi per malformazioni congenite dell'uretra peniena (epispadia o ipospadia).

La durata media della degenza dei ricoveri per fimosi e, per approssimazione, il consumo di risorse assistenziali, non varia con l'attribuzione al DRG 341 o al DRG 343; viceversa il valore modale delle distribuzioni delle durate di degenza degli episodi di ricovero assegnati al DRG 341 differiscono a seconda che si tratti di fimosi o di ipospadia/epispadia (figura 10). L'attribuzione al DRG 341 dei casi di fimosi sembra quindi essere determinata dalla manipolazione dei codici di

Tabella 12 - Ospedale A. Variazioni degli episodi di ricovero ordinario attribuiti ai DRG 341 e 343

| DRG | Tipo | Descrizione | 1994 (*) | | | 1995 | | |
|-----|------|------------------------------|----------|-----|-----|------|-----|-----|
| | | | Casi | % | DM | Casi | % | DM |
| 341 | C | Interventi sul pene..... | 168 | 2.1 | 9.3 | 599 | 3.1 | 5.4 |
| 343 | C | Circoncisione età < 18 | 272 | 3.5 | 4.0 | 547 | 2.8 | 2.6 |

(*) Secondo semestre.
DM = degenza media.

diagnosi e procedure per ottenere DRG più lucrativi (*drg creep*).

Controlli analitici delle cartelle cliniche e dei registri di sala operatoria sono necessari per confrontare la corrispondenza di quanto descritto nelle cartelle e registri di camera operatoria con le procedure segnalate nella SDO. È evidente l'importanza di sorvegliare gli scarti tra DRG della stessa «famiglia clinica» per identificare SDO e cartelle cliniche da sottoporre a revisione mirata.

Caso di studio B

Nell'ospedale B, a prevalente indirizzo monospécialistico dermatologi-

co, non dotato di *day hospital* e remunerato a diaria fino al 1994, l'espansione del numero dei ricoveri (da 6.543 a 8.920, + 35%) non si è accompagnata a modifiche sostanziali della casistica riportata (e quindi al profilo di produzione dell'ospedale) (tabella 13). Un aumento dei ricoveri si verifica infatti per tutti i principali DRG, anche se gli incrementi maggiori si verificano per i DRG «complicati» e per i DRG di chirurgia dermatologica, per effetto della migliore qualità della scheda di dimissione ospedaliera. È interessante osservare come la somma delle giornate di degenza complessive per i DRG omologhi (272/273; 283/284) è simile nei due anni, indi-

cando una sostanziale stabilità nell'allocatione delle risorse ai diversi profili assistenziali.

Alla coppia di DRG 283/284 («mattie minori della pelle» rispettivamente con o senza complicanze o comorbidità) viene complessivamente attribuito il 40.1% di tutti gli episodi di ricovero avvenuti nel 1995. La tabella 14 mostra che le dermatiti da contatto e atopiche, l'orticaria, l'acne e l'alopecia, patologie che usualmente non richiedono l'intensità di risorse assistenziali tipica del ricovero ordinario in ospedale per acuti, siano le diagnosi principali più frequentemente segnalate per le dimissioni associate al DRG 284.

I dati suggeriscono che l'entità della diminuzione delle durate medie di degenza per i DRG esaminati dipenda dal valore della degenze medie nel 1994 molto elevato in rapporto alla scarsa complessità della casistica.

Caso di studio C

Nell'ospedale dermatologico C, tra il 1994 e il 1995 si verifica lo spostamento di parte delle prestazioni assistenziali dai reparti di degenza ordinaria al *day hospital* (tabella 15). L'aumento del numero dei ricoveri verificatosi nel 1995 è a carico del *day hospital*, per il quale viene documentato un raddoppio del numero medio degli accessi per caso, mentre in regime ordinario si verifica una marcata ridu-

Figura 10 - Ospedale A 1995, ricoveri ordinari. DRG 341 (interventi sul pene). Distribuzione delle durate di degenza per diagnosi principale

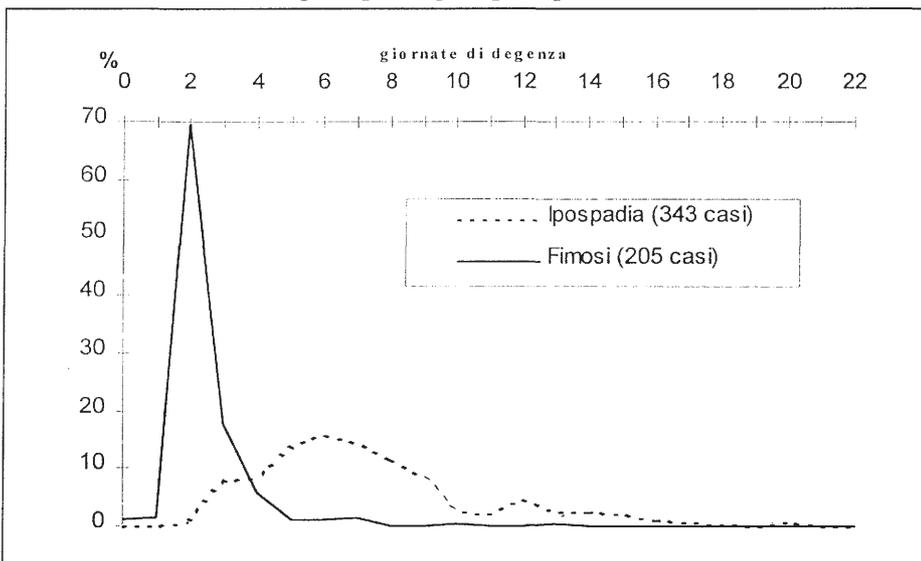


Tabella 13 - Ospedale B. Numero di ricoveri, giornate di degenza e durata media della degenza dei principali DRG di interesse dermatologico

| DRG | Tipo | Descrizione | 1994 | | | | 1995 | | | |
|-----|------|---|-------|------|--------|------|-------|------|--------|------|
| | | | Casi | | Ggdd | DM | Casi | | Ggdd | DM |
| | | | n. | % | | | n° | % | | |
| 241 | M | Malattie connettivo senza cc..... | 255 | 3.9 | 4.452 | 17.4 | 380 | 4.3 | 4.198 | 11.0 |
| 271 | M | Ulcere della pelle..... | 304 | 4.6 | 9.798 | 32.2 | 526 | 5.9 | 11.178 | 21.2 |
| 272 | M | Malattie maggiori della pelle con cc..... | 70 | 1.0 | 1.310 | 18.7 | 164 | 1.8 | 2.460 | 15.0 |
| 273 | M | Malattie maggiori della pelle senza cc..... | 1.053 | 16.1 | 15.943 | 15.1 | 1.279 | 14.3 | 13.955 | 10.9 |
| 283 | M | Malattie minori della pelle con cc..... | 175 | 2.7 | 2.705 | 15.4 | 338 | 3.8 | 4.043 | 12.0 |
| 284 | M | Malattie minori della pelle senza cc..... | 2.611 | 39.9 | 32.144 | 12.3 | 3.238 | 36.3 | 29.100 | 9.0 |
| 266 | C | Trapianti di pelle senza cc..... | 245 | 3.7 | 3.224 | 13.1 | 362 | 4.1 | 4.956 | 13.7 |
| 270 | C | Interventi su pelle sottocute senza cc..... | 154 | 2.4 | 1.968 | 12.8 | 370 | 4.1 | 4.077 | 11.0 |

Ggdd = giornate di degenza totali.
DM = degenza media.

Tabella 14 - Ospedale A. Diagnosi principali segnalate più frequentemente nella documentazione dei ricoveri assegnati al DRG 284

| Diagnosi princ. Codice ICD-9 | Descrizione | 1994 | 1995 |
|------------------------------|--|------|------|
| 692 | Dermatite da contatto ed altri eczemi..... | 465 | 900 |
| 708 | Orticaria..... | 131 | 331 |
| 691 | Dermatite atopica..... | 128 | 260 |
| 7061 | Acne..... | 172 | 212 |
| 7040 | Alopecia..... | 102 | 126 |
| 698 | Prurito..... | 68 | 122 |

zione della durata media della degenza.

In tabella 16 viene mostrato come gli episodi di ricovero ordinari attribuiti ai DRG medici diminuiscano nel 1995, non solo per effetto della migliore codifica che comporta l'assegnazione dei casi ai corrispondenti omologhi chirurgici, ma anche per il contemporaneo spostamento al *day*

Tabella 15 - Ospedale C. Numero di ricoveri, giornate di degenza totali, durata media della degenza (o media degli accessi per ciclo di *day hospital*) per anno e tipo di degenza

| Tipo di degenza | 1994 | | | 1995 | | |
|--------------------|--------------|-------------------|---------------------|-------|-------------------|---------------------|
| | N. | Degenza media (*) | Giornate di degenza | N. | Degenza media (*) | Giornate di degenza |
| Ordinari..... | 1.116 | 17.5 | 19.547 | 1.063 | 12.2 | 12.968 |
| Day hospital..... | 505 | 4.6 | 2.551 | 876 | 8.6 | 13.011 |
| Totale..... | 1.621 | — | 22.098 | 1.939 | — | 25.979 |

(*) Per il *day hospital* coincide con il numero medio di accessi per ciclo.

Tabella 16 - Ospedale C. Numero dei ricoveri attribuiti ai principali DRG dermatologici

| DRG | Tipo | Descrizione | 1994 | | 1995 | |
|-----|------|--|----------|--------------|----------|--------------|
| | | | Ordinari | Day hospital | Ordinari | Day hospital |
| 271 | M | Ulcere della pelle..... | 32 | 9 | 18 | 14 |
| 273 | M | Malattie maggiori pelle senza cc..... | 314 | 122 | 163 | 227 |
| 284 | M | Malattie minori della pelle senza cc..... | 406 | 214 | 173 | 292 |
| 266 | C | Trapianti di pelle senza cc..... | 155 | 58 | 422 | 146 |
| 270 | C | Altri interventi su pelle e sottocute..... | 11 | 6 | 25 | 35 |

hospital. I dati suggeriscono quindi che parte dell'assistenza dermatologica possa essere svolta in regime di assistenza diurna.

Nell'ospedale C, differentemente dall'ospedale B, l'adozione del nuovo sistema di finanziamento si accompagna quindi alla riorganizzazione funzionale dei processi produttivi con spostamento di risorse assistenziali dalla degenza ordinaria al *day hospital*.

5. Conclusioni

I risultati dello studio suggeriscono che gli istituti esaminati, la cui risposta ai nuovi incentivi economici è stata valutata confrontando l'andamento dei principali indicatori di attività ospedaliera prima e dopo l'entrata in vigore del nuovo sistema di finanziamento a prestazione, si sono limitati ad utilizzare le risorse assistenziali liberate contraendo la durata della degenza per aumentare i ricoveri. Questo effetto è accentuato soprattutto per gli IRCCS e le aziende universitarie ed ospedaliere (rappresentate peraltro nello studio solo da tre istituti di cui due appartenenti alla medesima azienda universitaria), e per tutti gli istituti che erano remunerati a diaria fino al 1994. Se il nuovo sistema contiene un forte incentivo per gli istituti di ricovero a contenere i costi per caso trattato (Zukermann S. *et al.*, 1988) e quindi, *in primis*, a ridurre la durata del ricovero, incentivi di segno opposto agivano con il finanziamento a diaria favorendo il prolungamento della degenza. È interessante osservare che l'analisi multifattoriale ha confermato che la differenza tra gruppi di istituti per quanto riguarda la degenza media tenda ad assottigliarsi nel corso del 1995, per effetto della ormai raggiunta univocità degli incentivi economici per le diverse tipologie di istituti.

Tra gli istituti remunerati a diaria, gli ospedali classificati e gli IRCCS privati hanno comunque realizzato un aumento dei ricoveri (+ 20%) più che doppio rispetto a quello delle case di cura convenzionate (8%). È possibile che gli IRCCS siano dotati di una maggiore flessibilità di gestione che consente loro una simile espansione dei ricoveri o anche che esercitino una maggiore capacità di attrazione sulla domanda. Va peraltro segnalato che la delibera della Giunta Regione Lazio relativa alle tariffe per le dimissioni ospedaliere 1995, anche se emanata solo nel dicembre del 1995, stabiliva solo per le case di cura convenzionate abbattimenti progressivi della remunerazione in caso di superamento dei volumi di attività 1994 e un tetto massimo del 10% per l'aumento di fatturato tra il 1994 e il 1995.

Nei presidi di AUSL, dove sia la diminuzione delle degenze che l'aumento dell'attività di ricovero sono stati di modica entità, si è registrato un miglioramento degli indicatori di qualità della SDO più sensibile che negli altri ospedali. È probabile che gli altri gruppi di istituti abbiano risposto più tempestivamente all'annuncio dell'introduzione del nuovo sistema di finanziamento, curando l'adeguamento del sistema informativo ospedaliero e la qualità della SDO già nel corso del 1994. Analisi comparative della qualità della scheda di dimissione ospedaliera nel Lazio riportate altrove (Materia E., Arca M., Ferro S., Papini P. *et al.*, 1996) sembrano confermare questa ipotesi.

Se l'aumento del numero dei ricoveri rappresenta, in assenza di controlli dell'attività ospedaliera, la risposta più ovvia agli incentivi del nuovo sistema di remunerazione basato sull'episodio di ricovero come unità di pagamento, il suo impatto è preoccupante per le implicazioni sul-

la spesa, per la crescita dei tassi di ospedalizzazione e per le conseguenze sull'appropriatezza dei ricoveri. Il Ministero della sanità, in armonia con le risoluzioni contenute nella Carta di Lubiana (British Medical Journal, 1996), sta promuovendo su scala nazionale un programma di ristrutturazione della rete ospedaliera che prevede la riduzione dei posti letto e lo spostamento di servizi dagli ospedali alle comunità. Nel Lazio, l'effetto del nuovo sistema di finanziamento sul volume dei ricoveri tende a ostacolare la realizzazione di questi obiettivi.

I risultati dello studio dimostrano che i ricoveri multipli sono aumentati in tutti i tipi di istituti e che più di un terzo del *surplus* di ricoveri verificatosi nel corso del 1995 rispetto al 1994 è da attribuirsi a episodi di riospedalizzazione. È probabile stia riemergendo il fenomeno della frammentazione dei profili di cura o che, in alternativa, i ricoveri ripetuti sono provocati da dimissioni intempestive, in assenza di modifiche sostanziali dell'assistenza extraospedaliera.

I casi di studio suggeriscono che alla riduzione della degenza media si accompagni una diminuzione dell'appropriatezza del ricovero. La stessa associazione è stata evidenziata in uno studio eseguito in Spagna (Alonso I. *et al.*, 1996) in un contesto privo di controlli dell'attività, utilizzando il protocollo di valutazione dell'appropriatezza.

Nei sistemi di pagamento prospettico l'aumento dei ricoveri non si verifica in maniera indifferenziata, ma sono i DRG ad alto differenziale tra ricavi e costi medi di produzione a registrare gli aumenti più marcati (Soderstrom N.S., 1990). È ragionevole che questi coincidano con i DRG ad elevata frequenza di ricoveri non appropriati (Trianni G., Lavazza L., Pallazzi G.P., Stella F. *et al.*, 1996), che

ciò non necessitano dell'intensità assistenziale caratteristica dell'ospedale per acuti. È il caso dell'istituto dermatologico B, riportato tra i casi di studio, dove all'aumento del numero dei ricoveri fa riscontro una alta proporzione di DRG ad alto tasso di inappropriata (DRG 284, 266, 270) (Roos N.P., Freeman J.L., 1989; Taroni F. *et al.*, 1996). Nel 1996, i reparti di dermatologia della regione hanno infatti incrementato i ricavi fino al 50% (Materia E. *et al.*, 1997), un vero colpo di fortuna in termini finanziari («windfall gains») (Zukermann S. *et al.*, 1988).

La diminuzione della degenza media (un indicatore che richiama l'appropriata del consumo di risorse ospedaliere e quindi l'efficienza operativa) rappresenta un effetto auspicato dell'adozione del sistema di pagamento prospettico. È noto che la riduzione della durata media della degenza non si è associata nel Nord America ad esiti sfavorevoli per i pazienti (Harrison M.L. *et al.*, 1995; Manheim L.M. *et al.*, 199.; Clearly P.D. *et al.*, 1991), ed è anzi in grado di ridurre il rischio ospedaliero di iatrogenesi (Brennan T.A. *et al.*, 1991). La diminuzione della durata della degenza comporta peraltro un aumento dell'intensità assistenziale media giornaliera, che solo istituti dotati di notevole flessibilità organizzativa possono sostenere senza effetti negativi sulla qualità dell'assistenza. È quindi comprensibile come gli istituti meno efficienti tendano a trasformare il sovrautilizzo dell'ospedale per degenze troppo lunghe quando erano finanziati a diaria in un sovrautilizzo per ricoveri inappropriati con il nuovo sistema di remunerazione.

I dati relativi all'attività ospedaliera 1996 nel Lazio (Osservatorio epidemiologico Regione Lazio, 1997) ed il confronto con il 1995, confermano i risultati della ricerca, sia per quanto ri-

guarda il concomitante aumento dei ricoveri ordinari e di *day hospital* in corso nella regione, sia per il comportamento dei soggetti erogatori privati convenzionati, in particolare gli IRCCS e degli ospedali classificati, che continuano a documentare consistenti aumenti del numero dei ricoveri.

È auspicabile che il monitoraggio dei profili assistenziali e lo *screening* dei comportamenti tesi ad aggirare il rischio finanziario e di quelli potenzialmente nocivi della qualità dell'assistenza avvenga sistematicamente utilizzando sia gli automatismi consentiti dai sistemi informativi che i controlli analitici delle cartelle cliniche. I sistemi di controllo dell'attività ospedaliera devono divenire parte integrante della gestione del nuovo sistema di pagamento prospettico ed essere in grado di annullare l'effetto dei comportamenti opportunistici (Osservatorio epidemiologico Regione Lazio, 1997). L'impiego di indicatori multipli per analizzare il comportamento degli istituti utilizzato nella ricerca si è rivelato funzionale sia a descrivere il comportamento dei soggetti erogatori che a identificare specifiche situazioni sospette.

Alla luce dei risultati dello studio, appare necessaria la politica dei tetti di volume, e razionale l'incentivazione delle attività ambulatoriali e il potenziamento dei controlli ospedalieri che la Regione Lazio sta perseguendo per contenere l'aumento dei tassi di ospedalizzazione e per disincentivare i ricoveri non necessari.

(1) È stato tollerato un margine di discordanza dei volumi di attività del 5%.

(2) Sono considerati ospedali assimilati ai pubblici gli istituti universitari privati, gli IRCCS privati e gli ospedali classificati.

(3) Le tariffe ospedaliere sono articolate secondo diverse tipologie di assistenza e sono

state fissate in modo da incentivare o disincentivare le diverse tipologie di ricovero; gli ospedali hanno l'incentivo economico:

— ad aumentare le prestazioni chirurgiche nei ricoveri ordinari e in *day hospital*;

— ad aumentare i ricoveri brevi (2-3 giorni) e più in generale a diminuire le giornate di degenza;

— a diminuire i ricoveri con degenza superiore allo *standard* fissato per quel tipo di patologia (ricoveri oltre soglia).

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO J., MUNOZ A., ANTÒ J.M. (1996), *Using length of stay and inactive days in the hospital to assess appropriateness of utilization in Barcelona, Spain*, J Epidemiol Commun Health, 50:196-201.
- ANONIMOUS (1996), *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*, Br Med J, 312: 1664-1665.
- BRENNAN T.A., LEAPE L.L., LAIRD N.M. ET AL. (1991), *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study*, N Engl J Med, 324: 370.
- CLEARLY P.D., GREENFIELD S., MULLEY AB. ET AL. (1991), *Variation in length of stay and outcomes for six medical and surgical conditions in Massachusetts and California*, JAMA, 266: 73-79.
- HARRISON M.L., GRAFF L., ROOS N.P., BROWNELL M.D. (1995), *Discharging patients earlier from Winnipeg Hospitals: does it adversely affect quality of care?*, Can Med Assoc J, 153 (6): 745-751.
- MANHEIM L.M., FEINGLASS J., SHORTELL S.M. ET AL. (199.), *Regional variation in Medicare mortality*, Inquiry, 29: 55-56.
- MATERIA E., ARCA M., FERRO S., PAPINI P., ET AL. (1996), *Analisi degli archivi informatici e controlli esterni per la verifica di qualità della scheda di dimissione ospedaliera nella Regione Lazio*, DRG n. 4, settembre.
- MATERIA E., PAPINI P., CESARONI G., ZANDA R. (1997), *Dermatologia e DRG: strategie produttive a confronto*, Atti del Convegno Annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia. Trieste, 9-11 aprile 1997.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1994), *D.M. 14 dicembre 1994. Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*, G.U. n. 300.
- OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONE LAZIO (1997), *RAD 1996: rapporto sull'attività di assistenza ospedaliera nel Lazio*, Roma, giugno 1997.

- ROOS N.P., FREEMAN J.L. (1989), *Potential for inpatient-outpatient substitution with diagnosis-related groups*, Health Care Financing Review, 10 (4): 31-38.
- SODERSTROM N.S. (1990), *Are reporting errors under PPS random or systematic?*, Inquiry, 27: 234-241.
- TARONI F., ROSSI F., BRAGA M., REPETTO F., ET AL. (1996), *Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera*, Agenzia per i servizi sanitari regionali, Roma, settembre.
- TRIANNI G., LAVAZZA L., PALAZZI G.P., STELLA F., ET AL. (1996), *AEP e DRG: integrazione di metodi per valutazioni di efficienza in ospedale*, DRG n. 3, giugno.
- ZUKERMANN S., FEDER J., HADLEY J. (1988), *Hospital responses to Medicare's Prospective Payment System*, Bull NY Acad Med, 64 (1), 52-62.

LA VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA IN CAMPO SANITARIO E SOCIALE

di Silvia De Martino¹, Patrizia Paganini²

¹ Università di Venezia

² Consulente di organizzazione e formazione

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Obiettivi e metodologia della ricerca - 3. L'analisi sul campo - 3.1. Storia dell'iniziativa formativa - 3.2. La realizzazione dell'intervento formativo - 3.3. Aspettative della committenza e motivazione dei partecipanti - 3.4. Valutazione *ex-post*: analisi delle criticità più rilevanti - 4. Analisi e valutazione del progetto formativo esaminato: la formazione come politica pubblica - 4.1. Il ciclo delle politiche pubbliche - 4.2. Il sistema di azione - 5. Conclusioni.

This article reports a series of considerations coming out from an activity of research — experimentation, whose purpose is the definition of a system of analysis and evaluation of the training activities able to support operatively the decision — making and evaluation processes of the people who manage the training departments inside the health organisations. The methodological proposal is based on the idea of considering the training as a public policy, featured, in the specific case of Health, by:

— *a context with a high institutional innovation, with a plurality of persons who act in the different phases of the process;*

— *a process complexity which develops in various phases and actions: spotting of the problem and analysis of the client, working out of the project and its realization, evaluation of the results.*

In this point of view, it is crucial to identify the basic conditions which determine the context where the training policy takes place, by analysing the institutional characteristics and the decisional dynamics, as well as the different action modalities of the persons involved and their explicit and latent purposes. By means of the analysis of one case-study, the article tries to identify a number of qualitative factors, which allow the definition of an evaluation instrument based on the different phases of the training process.

1. Premessa

Le considerazioni riportate sono tratte da una attività di ricerca-sperimentazione sul tema della valutazione promossa dall'Ufficio formazione del personale sanitario presso l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna, dove da tempo, oltre ad attivare e organizzare una pluralità di interventi formativi sia al proprio interno sia verso organizzazioni esterne (in particolare aziende USL), si vanno sperimentando metodologie di monitoraggio e valutazione delle attività formative che, in analogia con quanto accade in altri settori, permettano di potere verificare i risultati delle iniziative formative svolte e formularne di nuove.

L'obiettivo della ricerca di cui proponiamo qui una sintesi era quello di

dotare l'Ufficio formazione del personale sanitario regionale di un sistema di analisi e valutazione dei processi formativi in grado di supportare operativamente i processi decisionali e valutativi sia di coloro che gestiscono i presidi formativi all'interno delle diverse organizzazioni/clienti dell'Ufficio regionale (Uffici formazione di Aziende Usl, ma anche i diversi servizi dell'Assessorato che attivano interventi formativi in proprio) sia, naturalmente, degli operatori dello stesso Ufficio regionale committente.

2. Obiettivi e metodologia della ricerca

Partendo dalla considerazione che il responsabile di progetti formativi e/o di valutazione della formazione,

soprattutto per quello che riguarda il campo socio-sanitario, si deve confrontare con un contesto di riferimento complesso, la proposta fatta è quella di utilizzare un approccio metodologico basato sull'idea che la formazione sia una politica pubblica, caratterizzata cioè da:

— una pluralità di attori che intervengono nelle diverse fasi della formazione e che si muovono quindi con razionalità diverse e logiche di azione spesso contraddittorie;

— una complessità di processo che si articola in varie fasi ed azioni: l'individuazione del fabbisogno, la ricerca delle risorse, la progettazione, l'implementazione e la valutazione.

In questa ottica diviene cruciale contestualizzare le diverse fasi del ciclo della formazione — analisi dei bi-

sogni, progettazione, implementazione e valutazione — identificando le diverse logiche di azione degli attori in gioco e gli obiettivi espliciti e latenti di questi ultimi (ovvero, utilizzando un altro linguaggio, ricostruire ed analizzare l'arena politica dove avviene il processo).

Tale riflessione potrebbe/dovrebbe indurre gli attori in gioco ad adottare modelli di analisi, progettazione e valutazione della formazione che tengano conto dei vincoli e delle risorse che il contesto presenta: in un parola, che siano fattibili.

In concreto il percorso di ricerca adottato è quello tipico della ricerca-sperimentazione, di cui una delle peculiarità è il forte coinvolgimento degli attori chiave coinvolti.

In particolare il processo di ricerca si è articolato nelle seguenti fasi:

— costituzione di un gruppo di lavoro, coordinato dal committente regionale, formato da responsabili della funzione formazione e/o esperti in ambito regionale e dai consulenti incaricati del progetto, il cui compito era quello di definire nello specifico gli orientamenti del progetto e individuare i casi di studio. In particolare per quello che riguardava la scelta dei casi da analizzare, i criteri che il gruppo aveva elaborato erano relativi all'individuazione di interventi promossi a livello regionale in grado di rappresentare realtà diverse, ma comunque caratterizzate da obiettivi di innovazione e di qualificazione. Di fatto quello che interessava non era tanto il successo o meno dell'iniziativa formativa, quanto piuttosto la possibilità di effettuare una valutazione degli effetti del processo attivato sulle organizzazioni.

Una volta definiti i casi da esaminare l'attività, affidata operativamente ai consulenti esterni, è proseguita attraverso:

— il censimento e l'analisi della documentazione esistente;

— la predisposizione degli strumenti per le interviste in profondità ai diversi attori in gioco: committenti, formatori e partecipanti. In considerazione delle strategie che caratterizzano azioni e aspettative dei diversi soggetti menzionati si è provveduto a predisporre tracce di interviste differenziate per ciascuno dei gruppi di attori coinvolti.

Le aree tematiche esplorate nel corso dei colloqui sono sinteticamente riconducibili a:

— identificazione degli attori in gioco ed esplicitazione, per ciascuno di questi, del sistema di attese che li caratterizzava;

— analisi della rete di implementazione del processo e principali modalità di funzionamento;

— grado di soddisfazione delle aspettative (esplicitate e latenti) per ciascuna delle tipologie di attori-chiave individuate (committenti, formatori, partecipanti);

— analisi delle modalità di valutazione, formali od informali, adottate;

— modalità di utilizzo del personale coinvolto nel processo formativo da parte dell'organizzazione di appartenenza.

L'approccio utilizzato per riuscire a ricostruire il sistema di attese/risultati per ciascuno degli interventi esaminati è stato quello dell'analisi strategica, dove l'attenzione viene focalizzata soprattutto su:

— obiettivi reali della politica formativa;

— obiettivi reali degli attori chiave (ed eventuali modificazioni *in itinere*);

— creazione di nuove strutture organizzative (reti formali o informali, gruppi di lavoro, etc.) in grado di realizzare maggiore integrazione nel sistema;

— miglioramento degli «outcomes» (qualità, tempestività, accessibilità ai servizi, etc.).

Anche in considerazione degli obiettivi del progetto di ricerca la logica con cui si è ritenuto opportuno operare rispetto alla problematica della valutazione è stata quella tipica della ricerca valutativa, focalizzando l'attenzione soprattutto su:

— il cambiamento dei comportamenti: si tratta di un aspetto della valutazione centrato in particolare sui partecipanti, di cui si intende cogliere i processi di cambiamento prodotti dall'intervento formativo, in riferimento soprattutto agli aspetti di apprendimento, cognitivi e culturali (del soggetto rispetto al compito e al *role-set*);

— l'impatto della formazione sull'organizzazione, cioè come i processi organizzativi sono influenzati da (ed a loro volta influenzano) la formazione: il cambiamento dell'organizzazione costituisce senza dubbio un indicatore complesso, disaggregabile tuttavia in indicatori più semplici, ma comunque qualitativi.

3. L'analisi sul campo

In questo articolo, per evidenti ragioni di sintesi, verrà esaminato uno solo dei casi, proposto per due ordini di ragioni:

— la prima di natura metodologica/operativa, in quanto si tratta di un intervento in cui è stato possibile reperire una abbondante documentazione cartacea, consentendo quindi un report più accurato e completo;

— la seconda fa invece riferimento all'importanza che questa iniziativa ha rivestito e tuttora continua a rivestire nelle politiche formative della Regione (il corso è infatti arrivato alla terza edizione ed è stato recentemente aperto anche a partecipanti di altre Regioni).

L'iniziativa esaminata è il primo Master in gestione e organizzazione dei servizi sanitari, promosso dalla Regione Emilia-Romagna con l'obiettivo di «formare ruoli apicali a suppor-

to dei processi di innovazione in atto all'interno del Sistema sanitario regionale».

Per l'analisi del caso sono state fatte complessivamente 12 interviste, di cui:

— 4 ai committenti (tra queste due ai dirigenti della Regione che hanno partecipato alla progettazione e alla realizzazione dell'iniziativa e due tra i Direttori generali — allora Amministratori straordinari — di Aziende Usl componenti anch'essi fin dall'inizio del gruppo di progettazione);

— 2 ai formatori (di cui una al Direttore del corso e l'altra ad un docente che in seguito ha avuto anche il compito di curare la selezione dei partecipanti);

— 6 ai partecipanti, scelti sulla base dell'ambito professionale di appartenenza, in modo da avere una rappresentanza di tutte le principali componenti professionali presenti nella sanità regionale (medici, amministrativi e tecnici).

3.1. Storia dell'iniziativa formativa

Agli inizi degli anni '90 il processo di revisione della legge 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale sembrava arrivato ad un punto decisivo: si parlava con sempre maggiore insistenza di «riforma della riforma», di aziendalizzazione delle Usl, della necessità di gestire i servizi sanitari secondo una ottica di efficacia e di efficienza.

D'altra parte in Regione già da tempo questi temi erano oggetto di approfondite analisi e di interrogativi da parte di coloro che, pur con ruoli diversi, operavano all'interno del servizio sanitario.

Anche grazie ad una serie di attività e di esperienze (quali ad esempio quella relativa all'introduzione del controllo di gestione nelle Usl, nel corso della quale fu fatta una massic-

cia attività di formazione/intervento) si può quindi affermare che nell'ambito regionale già da tempo esistevano in modo sufficientemente diffuso i presupposti culturali per promuovere azioni di formazione per la dirigenza (e d'altra parte molti erano i dirigenti sia dell'Assessorato sia delle Usl che avevano seguito corsi di management all'esterno presso Società di formazione e/o Università). Quando, nel 1991, le modalità di riorganizzazione della sanità pubblica cominciarono a diventare evidenti attraverso il progetto di aziendalizzazione delle Usl, il tema di un *management* in grado di gestire secondo regole e modalità nuove era quindi già considerato uno snodo di fondamentale importanza nel processo di trasformazione in atto. A conferma di questo, infatti, nel Piano sanitario regionale 1990-1992 veniva formalizzato uno specifico impegno della Regione nella promozione di interventi di formazione sul lavoro per i dirigenti del Servizio sanitario regionale, con l'obiettivo di «una qualificazione dei processi di innovazione e cambiamento in corso».

Questo per quello che riguarda il «clima» in cui nacque il progetto, che trovò inoltre fin da subito una forte legittimazione politica nell'Assessore regionale alla sanità del momento, il quale «sponsorizzò» in modo molto deciso questa iniziativa, adoperandosi anche per allacciare quella rete di relazioni a livello politico-istituzionale indispensabili per una operazione così complessa e anche economicamente onerosa (basti pensare che il primo anno il costo è stato complessivamente di circa 600 milioni, sostenuto in parte dalla Regione e in parte direttamente dalle Usl).

Il progetto del Master, come accennato in precedenza, nacque dall'attività di un gruppo di lavoro formato da persone assai differenti per ruolo svolto e organizzazione di appartenenza, il

cui compito era «di elaborare progetti di supporto ai processi di innovazione attivati».

Al gruppo partecipavano dirigenti dell'Assessorato alla sanità della regione, dirigenti Usl e anche alcuni Amministratori straordinari: queste persone avevano però in comune una cultura del cambiamento forte e sostanzialmente omogenea, maturata attraverso diverse esperienze e sperimentazioni svolte negli anni precedenti.

Fu quindi questo gruppo di lavoro, sostenuto fin dall'inizio come detto in precedenza dall'Assessore regionale, ad elaborare e definire gli obiettivi generali del progetto, che si proponeva di «formare una dirigenza qualificata per il sistema sanitario regionale, in grado di supportare efficacemente i processi di trasformazione in essere e di diventare essa stessa veicolo di innovazione e cambiamento all'interno delle organizzazioni di appartenenza».

Secondo quanto emerge dall'analisi delle interviste e dalla lettura dei documenti visionati il progetto intendeva in particolare raggiungere due obiettivi:

— creare una cultura del lavoro comune e integrata tra i diversi ambiti professionali esistenti all'interno del sistema sanitario, con particolare attenzione alle problematiche interprofessionali da sempre esistenti tra le professionalità mediche e quelle amministrative;

— elaborare nuovi modelli gestionali in grado di rispondere alle trasformazioni in corso anche attraverso l'analisi di sistemi socio-sanitari diversi da quello regionale e nazionale.

Una volta determinati gli obiettivi generali del progetto e gli orientamenti complessivi che dovevano caratterizzarlo, al gruppo di lavoro si poneva il problema della definizione delle modalità di realizzazione del progetto, e, ancora prima, la scelta dell'Agenzia

formativa che questo progetto avrebbe dovuto realizzare.

Di fatto la scelta fatta fu di non affidare deleghe a società di consulenza e/o esperti, ma di attivare un «gruppo di progetto» costituito, oltre che da coloro che avevano fino a quel momento partecipato alla fase definizione iniziale del progetto, da alcuni docenti (4) dell'Università di Montreal.

Da quanto risulta dai colloqui svolti la scelta fu determinata da motivazioni legate soprattutto alle conoscenze che alcuni dei componenti del gruppo di progetto avevano delle attività svolte nel campo della definizione degli strumenti di misurazione per i servizi socio-sanitari da alcuni docenti di questa Università (tra l'altro uno dei componenti del gruppo aveva avuto occasione di frequentare un Master presso quella Università, riportandone una impressione altamente positiva).

In realtà, a nostro parere, questa scelta pare determinata anche e soprattutto dall'intento della Regione di promuovere una operazione con forti contenuti anche a livello di immagine, che le consentisse di accreditarsi quale «capofila» di un processo di innovazione di livello nazionale. E non caso infatti già nella delibera di istituzione la stessa Regione palesava l'intenzione di fare riconoscere dal Ministero della sanità il Master quale sede formativa accreditata per rilasciare titoli obbligatori per l'accesso alla dirigenza sanitaria secondo quanto previsto dalla legge delega per il riordino del Servizio sanitario nazionale.

Una volta fatta la scelta dell'Università canadese iniziò una fase di relazioni tra la Regione e tutta una serie di istituzioni interessate, sfociata poi in una convenzione tra Regione, Università di Montreal e le 4 Università italiane presenti in Regione con facoltà di medicina. In questa fase fu di grande importanza l'interesse e l'impegno per questo progetto dell'Asses-

sore, a cui spettò il compito di formalizzare questa rete di relazioni fino alla stipulazione di un verbale di intenti tra i diversi soggetti interessati (Università di Montreal, Regione Emilia-Romagna, Università di Bologna, Ferrara, Modena e Parma) dove si conveniva di approfondire i rapporti di cooperazione nel campo dell'insegnamento e della ricerca.

In realtà le relazioni con le Università italiane sono state sostanzialmente formali, richieste soprattutto dall'Università canadese per motivazioni di carattere politico-istituzionale, ma mai approdate ad un rapporto di effettiva collaborazione nell'ambito del progetto del Master (pochissimi, infatti, nell'articolazione del corso, sono stati i moduli curati da docenti delle Università italiane).

Una volta definito il sistema di relazioni a livello formale, il rapporto diretto è stato tra il gruppo di lavoro regionale e 4 docenti dell'Università canadese, esperti in problematiche manageriali e strumenti di gestione in ambito sanitario, tra i quali fu poi scelto il Direttore del corso.

Il mandato che la Regione diede al gruppo di docenti canadesi era piuttosto chiaro: secondo quanto afferma il Direttore del corso, infatti, l'obiettivo era quello di «cambiare mentalità» e «di implementare una cultura condivisa e diversa del *management*».

I docenti canadesi inoltre avevano la percezione esatta dell'importanza che questa iniziativa rivestiva per la Regione Emilia-Romagna, che si giocava molto in termini di immagine con gli interlocutori interni ed esterni del sistema istituzionale, ed erano consapevoli che se questa prima esperienza non fosse stata positiva non sarebbe proseguita.

Il «patto formativo», sempre a parere del Direttore del corso (che, oltre a rivestire questo ruolo ha gestito come docente uno dei moduli più impegnati-

vi del corso) era da fin dall'inizio molto chiaro anche rispetto ai diversi ruoli giocati nel processo di cambiamento in corso, laddove era chiara a tutti, anche ai committenti, l'importanza dell'iniziativa in esame quale elemento di supporto a tale processo, senza peraltro ritenere che potesse essere l'unico.

In realtà va sottolineato come in questo caso il patto formativo non venne stipulato tra un committente e una agenzia, ma definito all'interno di un gruppo di lavoro di cui alcuni componenti erano nel contempo committenti e attuatori del progetto.

Infatti la progettazione formativa vera e propria del corso fu in realtà frutto del lavoro di un comitato didattico costituito da diversi soggetti (funzionari regionali, amministratori straordinari, dirigenti Usl, docenti), tra cui due dei docenti canadesi.

Tale comitato didattico costituiva quindi il legame tra il contesto, l'ambiente di riferimento e i docenti (non tutti conoscitori del sistema sanitario nazionale), piuttosto che la sede di una attività di progettazione specifica ed articolata, lasciata ai singoli responsabili dei vari corsi nei quali si è poi sviluppato l'intervento formativo.

Tutti gli intervistati inoltre concordano nel ritenere il clima relazionale all'interno del gruppo di lavoro molto buono; come afferma infatti il Direttore del corso «i rapporti erano non di collaborazione formale, che pure esisteva, ma di collaborazione tra professionisti...» e ancora, sempre lo stesso intervistato «... l'impressione era di essere piuttosto liberi... di certo noi non avremmo mai accettato di lavorare in un quadro imposto...».

3.2. La realizzazione dell'intervento formativo

Per quello che riguarda le modalità di attuazione del corso le principali caratteristiche sono:

— la lunghezza: la durata è infatti di 6 mesi a tempo pieno, durante il quale si alternano periodi di aula a momenti di stage;

— l'approccio multidisciplinare, mutuando contributi dalle scienze sociali, dall'igiene pubblica, dall'epidemiologia, dall'economia sanitaria, dalle scienze dell'organizzazione e dell'informazione;

— l'attività di *stage*, realizzata all'interno delle strutture di appartenenza dei partecipanti, che prevede l'elaborazione di un progetto di cambiamento concordato con i responsabili della struttura e/o l'Amministratore straordinario.

Il programma della prima edizione era articolato in 25 corsi (di questi un paio non si sono tenuti), della durata dai 3 ai 5 giorni ciascuno.

Per la partecipazione al corso fu fatto un bando pubblico di invito per la presentazione delle domande di ammissione.

Le domande dovevano venire inoltrate all'Amministratore straordinario della Usl di appartenenza (corredate della documentazione necessaria), al quale spettava il compito di preselezionare i partecipanti; in seguito la procedura prevista affidava all'Assessorato alla sanità (sulla base dei criteri di selezione stilati dal comitato didattico, tra cui un numero massimo per Provincia e la suddivisione tra operatori di provenienza ospedaliera ed extra-ospedaliera) la definizione dei nominativi dei partecipanti (25).

In realtà nel primo anno non ci fu quasi necessità di attivare questa seconda procedura di selezione, visto il numero non elevato di domande pervenute dalle Usl.

Negli anni seguenti il processo di selezione dei partecipanti, ritenuto uno degli elementi di maggiore importanza per la riuscita del corso è andato affinandosi soprattutto rispetto ad una

serie di competenze di base necessarie per affrontare questo percorso. Inoltre a partire dal secondo anno è stata fatta la scelta di affidare ad una società specializzata questa attività; l'amministratore delegato di tale società inoltre è anche docente del corso e quindi profondo conoscitore degli obiettivi dell'iniziativa formativa e perciò delle competenze necessarie per affrontarla.

La scelta di affidare proprio a questa società l'attività di selezione (in generale si preferisce ricorrere a soggetti del tutto al di fuori del processo formativo) offre anche, a nostro parere, la possibilità di evidenziare il livello di coesione del Comitato didattico, frutto, a nostro parere, della condivisione degli obiettivi — espliciti e latenti — alla base dell'iniziativa, consentendo una logica di azione fondata quindi soprattutto su un sistema di valori di tipo «politico» (in senso lato) piuttosto che strettamente «professionale».

Per i primi masteristi il problema legato all'assenza di una selezione vera e propria è stato comunque superato dalla forte motivazione e dal forte orientamento verso l'innovazione che ha caratterizzato questo gruppo, ritenuto di livello molto elevato dai docenti intervistati.

Uno dei problemi che si posero nella fase iniziale del progetto fu poi quello di definire in modo piuttosto preciso l'utenza del corso, soprattutto in relazione ai requisiti di collocazione nell'articolazione gerarchica. L'idea, dopo una serie di riflessioni, fu quella di individuare nei dirigenti subapicali i soggetti destinatari del corso, ma senza indicare dei ruoli e dei livelli formali quali requisiti per la selezione.

Il processo formativo prevedeva anche una intensa attività di valutazione (come sostiene sempre il direttore del corso «questa (la valutazione) è in-

sita nel processo», fatta a diversi livelli:

— di apprendimento, svolta dai singoli docenti al termine dei rispettivi moduli secondo modalità e metodologie proprie;

— di gradimento, anche questa fatta alla fine di ogni singolo modulo, per cui fu elaborato un questionario utilizzato per tutti i corsi. Tale questionario, tra l'altro, era strutturato per valutare non solo il gradimento del corso e dei singoli docenti (attraverso una misurazione numerica dei punteggi), ma anche per valutare altri importanti elementi del processo formativo, quali: grado di coerenza dei contenuti con gli obiettivi e con le aspettative; durata del corso; trasferibilità dei contenuti; metodologia didattica e materiali di documentazione; clima dell'aula/grado di partecipazione; conformità della valutazione di apprendimento con gli obiettivi; nuove esigenze sorte dal corso.

Inoltre fu fatta una valutazione di *follow-up* sulle ricadute attraverso una serie di interviste (a distanza di circa 6 mesi dalla conclusione del corso) ad Amministratori straordinari e a dirigenti Usl (individuati tra i responsabili funzionali dei partecipanti).

Per quanto riguarda gli strumenti di valutazione, va segnalato come questi vennero poi «risistemati» sia *in itinere* durante la prima edizione, sia in seguito nelle edizioni seguenti, puntando sempre più l'attenzione sui diversi elementi del processo formativo; inoltre nella progettazione della seconda edizione molti dei suggerimenti e dei problemi scaturiti dalla valutazione dei partecipanti durante la prima esperienza divennero materia di riprogettazione e di ridefinizione dell'attività corsuale, soprattutto per quello che riguarda gli aspetti di carattere organizzativo (logistica, materiali di documentazione, etc.).

3.3. *Aspettative della committenza e motivazione dei partecipanti*

In questo processo formativo è opportuno distinguere, a nostro parere, due livelli di committenza, ciascuno definito da obiettivi peculiari che avrebbero potuto dare luogo a logiche di azione anche contrastanti, ma che invece sono riusciti a definire un quadro di azione soddisfacente per entrambi.

Il primo costituito dall'Assessorato regionale, in primo luogo dall'Assessore che, come si diceva in precedenza sponsorizzò in modo forte l'iniziativa fin da subito, perché convinto della necessità di accompagnare il processo di cambiamento che stava avviandosi a livello istituzionale con una forte azione formativa per la creazione di un *management* vero, allora carente nella sanità regionale, e anche perché colse l'opportunità di un ritorno forte in termini di immagine per la Regione se fosse riuscita a conseguire questo obiettivo. Sempre all'interno dell'Assessorato regionale un forte ruolo di «commitment» è stato poi giocato dal gruppo di dirigenti regionali che ha promosso e realizzato il progetto e ha svolto un ruolo determinante non solo nella fase di individuazione del bisogno e nella definizione delle modalità di risposta, ma anche nella fase della realizzazione e della gestione, partecipando ad attività di *tutorship* e di docenza all'interno del corso.

Il secondo livello di committenza, di fondamentale importanza soprattutto per quello che riguarda l'impatto della attività formativa, è invece costituito dalla dirigenza apicale delle Usl (allora individuabile sostanzialmente nella figura dell'Amministratore straordinario, ora Direttore generale).

Si tratta di un livello di sicuro non meno importante di quello rappresentato dalla Regione non solo perché alla Usl di provenienza dei partecipanti viene richiesto un forte investimento

in termini sia economici sia di risorse, ma anche perché sono i Direttori generali a selezionare le domande degli operatori per la partecipazione al corso e soprattutto perché spetta in gran parte a loro il compito di creare le condizioni organizzative per la valorizzazione e il pieno utilizzo dell'impegnativo percorso formativo fatto ai partecipanti.

Per quello che riguarda invece i partecipanti, le interviste fatte hanno evidenziato come le aspettative si differenzino sensibilmente tra coloro che hanno frequentato il primo Master e gli iscritti degli anni seguenti.

I primi masteristi infatti erano, almeno inizialmente, animati da aspettative relative al processo di cambiamento in atto e alla volontà di parteciparvi, con un ruolo non di secondo piano (come sostiene una delle intervistate «eravamo degli innovatori, per orientamento culturale e per caratteristiche personali»). Gli utenti degli altri anni, invece, avevano e hanno tuttora, molte aspettative soprattutto rispetto a possibili facilitazioni nel percorso di carriera.

Tali aspettative, d'altra parte, durante il percorso formativo avevano cominciato a sorgere anche tra i primi iscritti in ragione non solo dell'impegno richiesto dall'attività corsuale, ma anche per via di «messaggi» che arrivavano da parte della committenza relativamente all'intenzione di far riconoscere il Master dal Ministero della sanità quale sede formativa accreditata per rilasciare titoli obbligatori per l'accesso alla dirigenza.

3.4. *Valutazione ex-post: analisi delle criticità più rilevanti*

Le valutazioni espresse dagli intervistati sull'attività corsuale oggetto di analisi sono generalmente molto positive da parte di tutti i soggetti intervistati.

In particolare committenti e formatori (ma anche gli stessi partecipanti) concordano sul raggiungimento degli obiettivi di cambiamento che erano alla base del corso, sia rispetto all'acquisizione di un diverso approccio culturale da parte dei masteristi, sia rispetto all'integrazione tra culture (amministrativa e sanitaria) profondamente diverse.

Rispetto a quest'ultimo punto va infatti segnalato come il gruppo dei partecipanti del primo Master ha maturato una coesione tale per cui non solo continuano a vedersi e a contattarsi tuttora, ma hanno fondato una Associazione (a cui possono aderire tutti i masteristi) il cui scopo è quello di continuare le relazioni di scambio e di impegnarsi per una adeguata valorizzazione dell'esperienza svolta.

Nello specifico gli aspetti positivi del corso, a parere degli intervistati, sono stati anche:

- avere acquisito competenze nuove a livello professionale, anche attraverso la visione di modelli e metodologie di analisi internazionali;

- avere acquisito competenze relative al lavorare in gruppo, comunicare, fare progetti.

Aspetti problematici sono stati individuati, sia dai formatori sia dai partecipanti, nella carenza di tempo per riuscire a «metabolizzare» con un lavoro individuale di rielaborazione tutte le conoscenze trasmesse durante il corso e nella carenza di *tutoring*, svolto in modo informale dagli stessi funzionari regionali responsabili del corso, ma in realtà assente come figura di collegamento anche formale tra il gruppo dei partecipanti e l'aula. (Durante il secondo anno in alcuni corsi venne inserita la figura del *tutor* e affidata ai masteristi dell'anno precedente, con una valutazione molto positiva da parte dei partecipanti).

Alcuni dei partecipanti, così come alcuni dirigenti Usl, ritengono inoltre

il corso troppo lungo per essere una formazione sul lavoro e più indicato, per le modalità organizzative, a diventare un corso di inserimento per figure di responsabilità nel settore. Legato a questo viene rilevato come anche la continuità del corso costituisca un nodo di criticità, sia per i partecipanti, che rischiano di «perdere» i contatti con l'organizzazione di appartenenza, sia per le aziende, che «perdono» in pratica le risorse impegnate nella formazione per circa sei mesi continuativi.

Altri elementi ritenuti problematici (articolazione dei diversi corsi, luoghi, etc.) sono stati ridefiniti nelle edizioni seguenti.

Alcuni degli intervistati hanno poi osservato che lo *stage* assolverebbe meglio la sua funzione se fosse fatto in contesti diversi da quelli lavorativi, anche per permettere ai partecipanti di conoscere (e raffrontare) modelli organizzativi diversi.

In realtà gli aspetti realmente critici di questa attività formativa sono sostanzialmente riferiti a nostro parere non tanto ad aspetti relativi al processo formativo, quanto a due elementi di sviluppo.

Il primo riguarda la riconoscibilità del titolo anche a livello formale nel percorso di carriera dei partecipanti. Si tratta di un aspetto ritenuto di fondamentale importanza dai masteristi intervistati che rilevano come in realtà la mancanza di riconoscimenti formali nei confronti di coloro che hanno svolto questa faticosa iniziativa si possa trasformare in un forte elemento di demotivazione da parte degli operatori una volta rientrati nella struttura. Infatti non in tutte le organizzazioni ci sono le opportunità, ma anche le capacità da parte del gruppo dirigente apicale, di valorizzare attraverso incarichi e progetti queste competenze (e anche laddove questo avviene risulta piuttosto difficile poi dare reale visibi-

lità e legittimazione a queste iniziative in mancanza di una formalizzazione dei ruoli) e la mancanza di un riconoscimento anche formale può avere effetti veramente negativi sui partecipanti.

Il secondo aspetto, peraltro strettamente collegato al primo, riguarda il rischio che, in carenza di risorse umane e professionali adatte a questa impegnativa attività, si abbassi la «qualità» dei partecipanti, elemento fondamentale per la riuscita del corso, e quindi la stessa attività formativa diventi meno significativa.

Si tratta quindi di pensare ad una utenza nuova, costituita da operatori di aziende fuori Regione, come si è cominciato a fare, ancora in misura irrilevante, ma comunque significativa, nell'ultima edizione in corso.

La scommessa, insomma, secondo uno dei nostri intervistati sta nel fare di questo corso un nodo fondamentale di una rete di progetti per l'innovazione e l'eccellenza in ambito sanitario, così come per altro si proponeva fin dall'inizio tutto la Regione.

In realtà va detto che tale aspettativa fino ad ora è stata soddisfatta solo parzialmente, ed uno dei principali motivi a nostro parere risiede proprio nel mancato accreditamento da parte del Ministero della sanità.

4. Analisi e valutazione del progetto formativo esaminato: la formazione come politica pubblica

Nella letteratura riguardante l'analisi delle politiche pubbliche è ormai opinione largamente condivisa che il processo decisionale e realizzativo non sia lineare e che alla decisione «razionale» debbano conseguire «naturalmente» gli atti e i comportamenti scelti nonché gli effetti voluti.

Il vero problema è che, per una serie di ragioni che si tenteranno di esaminare, non esistono che pochi processi

«lineari», mentre abbondano i casi di politiche non lanciate, arenate, che non hanno portato gli effetti perseguiti, e così via.

Esistono alcune condizioni di base che creano il contesto in cui si svolge una politica:

— la natura interorganizzativa di una politica pubblica: che si tratti di sanità, fisco o ambiente, la politica stessa è gestita da una pluralità di istituzioni, organizzazioni, gruppi di interesse, aventi caratteristiche, natura, scopi, ambiti di intervento, competenze molto diversificate: tra tali Enti non esistono rapporti «forti», per esempio di tipo gerarchico, ma si tratta di un reticolo a legame debole (Weick, 1984);

— il sistema organizzativo che presiede la *policy* stessa è un problema di fenomenologia organizzativa da ricostruire empiricamente *ex post*, e non delimitabile a priori (Hjern e Porter, 1981);

— le relazioni tra i soggetti e i confini del campo d'azione all'interno del quale muovono i soggetti è esso stesso oggetto della ricerca, in particolare per quanto riguarda i ruoli-chiave che, spesso, in reticoli interorganizzativi a legame debole, sono quelli che si situano alle frontiere con l'esterno o nei punti-chiave del reticolo che filtrano, in modo strategico, le informazioni che arrivano poi all'interno del sistema (Zan 1984).

Per affrontare questo complesso nodo metodologico e pratico, ci sembra essenziale dotarci di strumenti teorici e metodologici efficaci: il riferimento prevalente sarà all'approccio sviluppatoda alcuni studiosi e ricercatori (Dente, 1990; Meny e Thoenig, 1991; Freddi, 1982) sia rispetto alla tematica delle politiche pubbliche, sia alla metodologia analitica e diagnostica dell'analisi strategica dei sistemi socio-organizzativi ed interorganizzativi. L'integrazione fra questi due approcci consente di comprendere le ca-

ratteristiche istituzionali e le dinamiche decisionali, nonché le modalità con cui gli attori individuali e collettivi, all'interno della situazione considerata, gestiscono le relazioni di interdipendenza che necessariamente nascono attorno a problemi gestiti da molte e diverse organizzazioni. Tale analisi dovrebbe porre il decisore nelle condizioni di poter anticipare effetti, voluti e non voluti, delle azioni che intervengono o sono intervenute sul sistema stesso.

Nel caso di una politica, per esempio formativa, tale approccio tende ad una valutazione, *ex-ante* o *ex-post*, a seconda che si tratti di una politica da lanciare o già attivata.

Nel primo caso, l'analisi strategica tenderà ad anticipare le reazioni, positive o negative, degli attori-chiave del sistema, *decision-makers*, attori imprenditoriali, associativi, istituzionali, ecc., con la ricostruzione e diagnosi del sistema di funzionamento precedente alla politica.

Nel caso di una valutazione di una politica già lanciata, quindi di una valutazione *ex-post*, l'obiettivo dell'analisi strategica è quello di compiere una valutazione dell'efficacia degli impatti, non certo solo dell'efficienza come nel caso dell'analisi costi-benefici, e di delucidazione delle cause, spesso non esplicite, dell'eventuale insuccesso della politica stessa.

4.1. Il ciclo delle politiche pubbliche

Nell'approccio classico, una politica formativa consta di tre fasi:

1) l'elaborazione: che comprende l'analisi del problema, l'individuazione della committenza e la progettazione;

2) la messa in opera: che comprende la scelta dell'Agenzia che deve realizzare il progetto e la sua concreta gestione;

3) la valutazione di processo, di apprendimento e di impatto.

Quella che viene descritta è una sequenza lineare, che difficilmente si ritrova nella realtà, forse nemmeno nel caso esaminato, dove però è possibile invece ritrovare un livello soddisfacente di coerenza tra le fasi, segnale comunque di una progettazione attenta e ben articolata.

Spesso invece accade che in mancanza di una lettura e di una diagnosi del problema soddisfacente, la soluzione venga identificata «prima» del problema stesso, senza quindi la necessaria coerenza con il bisogno espresso/latente. Questo accade molto spesso nella formazione, spesso a torto ritenuta come una sorta di panacea per problemi e difficoltà di diversa natura, che richiederebbero quindi l'attivazione (anche) di altri strumenti di cambiamento.

1) La fase di elaborazione

A. Come il problema è giunto a maturazione, è stato inserito nell'agenda dei decisori: infatti esistono problemi di natura diversa, più o meno «caldi» più o meno attraversati da valenze politiche. Un primo tentativo di classificare le politiche a seconda della situazione in cui intervengono è la seguente:

— situazione di «crisi»: tale tipologia si verifica in presenza di un evento che crea uno *choc*, che coagula un consenso attorno ad un obiettivo ritenuto superiore agli interessi di parte;

— «di moda»: esistono dei problemi che «sono nell'aria», rappresentano bene lo spirito dei tempi: qualche anno fa era «di moda» parlare e proporre delle politiche di «Job creation»;

— a freddo, sono situazioni in cui i problemi vengono posti dagli esperti, in modo astratto, meno sostenuto da un'ideologia, una situazione di consenso emotivo; spesso però gli esperti

sono supportati da imprenditori politici, che sono motivati a introdurre nuove modalità e risorse nella gestione del problema in oggetto.

Questo ragionamento sulle diverse tipologie di situazione può produrre molte informazioni sul modo in cui il problema è stato identificato: il Master ha avuto una lunga «incubazione» ed è stato realizzato in una situazione di «crisi», nel senso che la turbolenza istituzionale in corso nella sanità lo ha fatto giungere a maturazione. Gli obiettivi strategici erano quelli di accompagnare con un progetto formativo forte il cambiamento in atto, attraverso una integrazione delle diverse professionalità presenti e l'introduzione di una cultura manageriale anche a valenza internazionale. Se a ciò si aggiunge una forte «imprenditorialità politica» come motore del progetto, comprendiamo meglio come fossero presenti sia le risorse professionali sia quelle di legittimazione per lanciare un progetto così ambizioso. Infatti, anche la diagnosi del problema e la definizione delle alternative di soluzione sono condizionati dalla «chiave di lettura» che viene prescelta.

Seppure in termini semplificati, potremmo dire che il Master è una politica formativa gestita da imprenditori politici: il rischio era che restasse un'effimera politica «di moda»: la presenza di una pluralità di soggetti legittimati e competenti lo ha in gran parte evitato.

B. L'elaborazione di una politica tiene anche conto di un altro fenomeno che si verifica frequentemente: il capovolgimento delle sequenze cognitive e decisionali. Infatti, la sequenza «razionale» che si articola in:

— manifestazione di un problema
— ricerca di una soluzione,
viene, nella realtà, sostituito da altre sequenze:

— esistono delle «soluzioni»
— cerchiamo un problema

o ancora, la multifunzionalità di una politica pubblica spesso appare una risorsa per gli attori in cerca di consensi.

Parafrasando March (1988) potremmo dire «qualsiasi corso di formazione può essere applicato a qualsiasi problema».

2) La messa in opera

La fase dell'implementazione è strettamente legata a quella della decisione, nel senso che le modalità di attuazione, gli attori e le organizzazioni da coinvolgere o che si attivano sono largamente condizionate dalle sequenze decisionali, dalla situazione e dagli attori che hanno preso parte alla fase di elaborazione.

In ogni caso, è importante sottolineare che il grado di successo di una politica dipende dal grado di conoscenza concreta del contesto interessato dalla politica, dalla capacità di prevedere comportamenti e reazioni rispetto all'intervento della politica che rappresenta comunque un elemento di perturbazione del sistema di funzionamento preesistente.

La prima operazione da fare è quella di identificare gli attori potenzialmente coinvolgibili.

Occorre, poi, essere in grado di anticipare le reazioni dei diversi attori che, quasi sempre, sono a loro volta parte di sistemi organizzativi complessi, con vincoli, risorse e obiettivi, con modalità di cooperazione o conflitto consolidati nel tempo: il successo di una politica dipende dai comportamenti, sia dei beneficiari della politica che degli oppositori. In tal senso un coinvolgimento, una ricerca di obiettivi comuni, un atteggiamento propositivo nei loro confronti può vincere resistenze e, soprattutto, far sì che i criteri e i requisiti desiderati dall'organizzazione proponente siano effettivamente rispettati nella messa in opera.

In questa fase è cruciale il coordinamento: infatti, le organizzazioni che vi partecipano sono numerose e portatrici di razionalità differenziate se non contrapposte. Tale molteplicità spesso produce inefficienze, dovute alla scarsa gestione delle interfacce fra Enti e organizzazioni, nonché conflitti di competenza, sulla valutazione delle priorità, sulle capacità.

Nel caso esaminato il successo della politica formativa poggia su un preciso requisito, ovvero un gruppo di progettazione articolato, in cui erano rappresentati gli attori-chiave: Regione, Aziende USL.

Inoltre l'iniziativa era stata ulteriormente legittimata dalla costituzione di un livello formale attraverso la firma di un protocollo di intesa tra Regione e Università canadese e italiane.

In questa iniziativa il gruppo operativo costituiva insieme il committente e il realizzatore, garantendo una forte coerenza tra la fase progettuale e quella della realizzazione.

La messa in opera di una politica è, in realtà, spesso concepita come una funzione di assemblaggio dei pezzi, secondo una logica di produzione: in tale logica è rilevante un'analisi delle risorse necessarie, una stima del rapporto costi/benefici, dei sistemi di controllo dell'*output* tipo controllo di gestione.

Ma una politica pubblica ha una pluralità di dimensioni e di effetti, e non può essere ridotta alla sola dimensione della produzione.

In questa seconda logica, è cruciale chiarire quali obiettivi si vuole raggiungere e tenere sotto controllo in itinere, il rapporto obiettivi/effetti, con sistemi di controllo centrati non solo sull'efficienza, ma sull'efficacia e sugli impatti complessivi della politica stessa. Creare una nuova cultura manageriale nelle UsL attraverso un forte impegno richiesto ai partecipanti e alle aziende UsL è un modo chiaro di

porre il problema. Su questo obiettivo infatti si era costituita la rete di attori, coordinata dall'Assessore (imprenditore politico) ed era chiaro a tutti che la posta in gioco era molto importante per la Regione, soprattutto a livello di immagine.

3) La valutazione

Si può valutare una politica pubblica da due punti di vista:

— la realizzazione: in tal caso si prenderanno in considerazione parametri quantitativi: costi, tempi, ecc.;

— l'impatto: in questo secondo caso, invece, si utilizzeranno prevalentemente, anche se non esclusivamente, criteri qualitativi. Infatti l'impatto è difficilmente quantificabile per tre ordini di ragioni:

a) gli obiettivi spesso non sono esplicitati, se non in termini generici e non operativi;

b) gli indicatori di risultato non sono individuati;

c) è molto difficile ricostruire la situazione che si sarebbe verificata senza la politica in esame.

Non è certo un caso che non esistano tali condizioni: se gli obiettivi non sono espliciti, se la loro enunciazione è solo in termini di principi generali, la ragione è che in tal modo è più facile trovare consensi; se gli indicatori non sono individuati, è perché così è più difficile attivare dei meccanismi di controllo e quindi di maggiore trasparenza del sistema interorganizzativo che implementa la politica.

Pertanto, per fare una efficace valutazione di una politica, occorre risalire agli obiettivi latenti:

— in una valutazione *ex-ante*, occorre fare un'analisi dei lavori e dei dibattiti preparatori per capire quali sono i giochi fra gli attori;

— in una valutazione *ex-post*, invece, occorre fare un'analisi dei risultati,

delle modalità di implementazione, per risalire agli obiettivi latenti.

Poiché i prodotti e gli impatti di una politica producono, o dovrebbero produrre, cambiamento sociale, occorre dotarsi di un approccio empirico riguardante il cambiamento in una parte del sistema sociale.

Le domande che occorre porsi, per risalire alla teoria del cambiamento insita nella politica pubblica considerata, e poter quindi valutarne gli effetti, sono le seguenti:

— Quale lo stato «naturale» delle cose senza la data politica?

— Quali sono gli eventi suscettibili di modificare tale situazione?

— Se l'autorità pubblica ha deciso di fare un dato intervento, che cosa ne conseguirà, per quali soggetti, perché?

Il decisore pubblico è portatore di una legittimazione che rende le sue azioni e i suoi interventi particolarmente rilevanti, ma che, d'altra parte, fa diventare sempre più necessaria la capacità di anticipare la concatenazione di eventi tra tali azioni e gli effetti sull'ambiente pertinente.

Utilizzando il paradigma classico, è difficile, in sede di valutazione, rispondere alle domande formulate.

Infatti, se la teoria del cambiamento contenuta nella politica non è esplicita, è difficile poi metterla in discussione; è più semplice valutare che «le condizioni non sono mature».

Identificare ed esplicitare la teoria del cambiamento che sottende ogni decisione pubblica è compito fondamentale dell'analisi strategica.

Appare chiaro, allora, il rapporto stretto fra obiettivi, espliciti e latenti, di una politica e criteri di valutazione.

Gli obiettivi che una politica si pone possono essere spiegati alla luce di criteri:

— di quantità prodotta, per esempio, di giornate-formazione, di prestazioni, di case, di posti di lavoro;

— di qualità: migliorare i sistemi di lavoro, le condizioni ambientali, la sicurezza.

Tali criteri possono poi essere più o meno vincolanti, più o meno lassisti. Tale modulazione influenza profondamente gli effetti della politica: si pensi per esempio, restando nell'ambito della formazione, alle tante iniziative attivate con finalità più di immagine che di concreto supporto al cambiamento.

4.2. Il sistema di azione

Una volta definita la natura della politica in oggetto, si pone il problema della griglia di analisi con cui si affronta lo studio della politica stessa: l'analisi strategica suggerisce di considerare la politica non come un oggetto statico, ma come un sistema di azione sociale, ponendo quindi l'accento sul modo con cui i decisori agiscono, come definiscono i problemi, come affrontano gli attori coinvolti ecc.

Occorre concepire la politica come una perturbazione del sistema d'azione esistente: essa si scontra con interessi particolari, ognuno dei quali persegue propri fini che possono non essere compatibili tra loro e con i fini della politica in oggetto (Bardach, 1977).

Il successo di una politica dipende in buona misura dalla efficace interpretazione del sistema d'azione interessato e d'altra parte da una corretta anticipazione delle reazioni degli attori di questo sistema alla perturbazione costituita dalla politica stessa.

Le istituzioni pubbliche non prendono sufficientemente in considerazione questi aspetti, tanto più che spesso, privilegiando un approccio normativo e formale, si trovano non già al centro, ma alla periferia del sistema che vorrebbero modificare o preservare.

Per quello che riguarda il caso in esame la «teoria del cambiamento sociale» che sta dietro al Master è di ampio ed ambizioso respiro. Si trattava di un progetto con una forte immagine internazionale e con un notevole grado di coinvolgimento degli attori locali importanti, dalle Università alle Usl, per modificare la cultura manageriale presente, puntando su soggetti ad alto potenziale per avere un impatto sull'organizzazione reale. Obiettivo latente, ma non troppo, era quello di candidare la Regione Emilia-Romagna a prima regione sede di una «scuola di *management* sanitario»: questa operazione di immagine e di sostanza, ben pilotata e confezionata ha raggiunto alcuni degli obiettivi, espliciti e latenti che si proponeva, compreso un «circolo virtuoso», a breve, della soddisfazione tra decisori, progettisti, formatori, partecipanti, Direttori delle Usl.

Gli elementi di criticità risiedono da un lato nel mancato accreditamento da parte del Ministero della sanità, che rende meno «appetibile» la partecipazione al Master, e dall'altro nelle modalità di sviluppo e in particolare nella possibilità di mantenere un sistema di costi/benefici soddisfacente per i diversi soggetti, in primo luogo gli stessi partecipanti, ma anche la committenza interna delle Aziende Usl. Infatti l'iniziativa attualmente si presenta come impegnativa e costosa a fronte di benefici incerti e non sempre consistenti: solo le prime leve di masteristi hanno potuto beneficiare di corsie preferenziali per un reale progressione di carriera, cogliendo «l'attimo fuggente» della aziendalizzazione, mentre per gli attuali partecipanti le prospettive paiono indubbiamente più problematiche.

5. Conclusioni

Questo articolo rappresenta il tentativo di applicare un approccio

di *policy evaluation* ad un caso di politica formativa in ambito pubblico.

I risultati di tale tentativo, pur nei limiti di un caso concreto, ci sembrano essere essenzialmente quelli di vedere più livelli e dimensioni nell'attività di valutazione.

In particolare è possibile interrogarsi più approfonditamente rispetto al raggiungimento dei tre seguenti livelli di valutazione:

a) La valutazione rispetto agli obiettivi espliciti

In particolare, nel caso della valutazione a posteriori esistono tre forme di controllo sugli obiettivi espliciti:

— sul rispetto delle regole e delle norme prestabilite in termini di regolarità e legittimità;

— sui costi/benefici attraverso l'analisi dei risultati, delle realizzazioni, delle *performances* in termini di volumi di attività: il volume di prestazioni erogate, di numero di giornate di formazione fatte e numero di partecipanti, senza alcun riferimento a livelli di qualità e di soluzione dei problemi posti;

— sugli impatti attraverso l'analisi del rapporto fra aspettative e risultati. In termini di efficacia questa modalità confligge con alcune delle cose dette all'inizio di questo scritto: esiste una non esplicitazione volontaria degli obiettivi, una loro espressione vaga e ambigua, che rende difficile sia rapportarli agli effetti sia individuare degli indicatori quantitativi efficaci.

Infine, è molto difficile, ma occorrerebbe iniziare a muoversi anche in questa direzione, ricostruire la situazione ipotetica che si sarebbe potuta verificare in assenza della politica stessa attraverso l'implementazione di gruppi, casi, situazioni di controllo.

b) La valutazione degli effetti imprevisti

Si è già detto che un'azione oltre a produrre effetti può avere risultati anche diversi dagli obiettivi espressi, siano essi positivi o negativi per il decisore.

Esistono effetti non previsti che però si dimostrano positivi, come ad esempio nel caso del corso Master la creazione di una rete informale, poi sfociata in associazione, dei masteristi che, oltre a costituire un punto di scambio e di riferimento per i partecipanti è risultata anche una risorsa per la stessa Regione, che ha utilizzato questa rete per alcune iniziative (tra tutte la *tutorship* all'interno delle successive edizioni del Master).

Dunque, una politica, essendo un elemento di perturbazione del contesto considerato, la cui natura è difficile prevedere, può teoricamente avere un numero illimitato di effetti imprevisti.

c) La valutazione degli obiettivi latenti

In questo terreno così ambiguo e poco padroneggiabile, il valutatore non deve limitarsi a prendere per buoni gli obiettivi dichiarati: l'esplicitazione degli obiettivi non è sempre uno dei valori fondativi della vita delle organizzazioni pubbliche o private.

Una politica può essere di successo, anche se non sembra aver raggiunto i suoi obiettivi espliciti (oppure viceversa): dunque la ricostruzione degli obiettivi latenti è necessaria per fare una corretta valutazione della politica stessa.

Occorre prendere in esame:

— le fasi istruttorie della decisione;

— le azioni suscitate e messe in campo da parte di tutti gli *stakeholders* del sistema in gioco;

— le poste in gioco dei decisori, rispetto al problema.

Occorre, in altre parole, esplicitare la teoria del cambiamento sociale che sottende la politica: spesso tale teoria non è molto elaborata, ma pone comunque i confini delle linee di azione entro cui muoversi.

Ad esempio, per quello che riguarda i casi esaminati, è stata ben esplicitata: nel corso Master ci si proponeva, attraverso un forte «commitment», di formare dei portatori di nuovi valori, degli agenti del cambiamento, secondo una teoria del cambiamento sociale fondata sull'importanza dell'apprendimento individuale e organizzativo per attivare processi di innovazione.

Occorre dunque, per valutare correttamente gli effetti di una politica, spiegare i comportamenti degli attori, le loro motivazioni, i loro interessi.

Il risultato di una politica è il frutto delle negoziazioni, degli arrangiamenti e dei conflitti fra attori che si trovano in una situazione di interdipendenza reciproca rispetto al problema in oggetto. Non prendere in considerazione questi giochi, ma limitarsi a valutare la quantità o la tipologia degli impatti, rende la valutazione inefficace per l'apprendimento e l'evoluzione delle modalità decisionali e operative.

Si tratta quindi di cominciare ad andare oltre all'approccio «top-down» che prevale ancora oggi nelle diverse fasi del ciclo delle politiche pubbliche, ivi compresa la formazione, per cominciare invece ad operare in una logica più «bottom-up», riconoscendo l'importanza e l'autonomia del fenomeno organizzativo.

Non operare in una logica di questo tipo, infatti, può comportare una serie di problemi non poco rilevanti, a cominciare dall'incremento di possibilità di effetti negativi per le politiche attuate.

Anche per quello che riguarda il corso Master si pone (oltre alle altre criticità già evidenziate) un problema di questo tipo per quello che riguarda

il ruolo di «committenza reale» delle aziende Usl, che va salvaguardato ed anzi rafforzato; in caso contrario, infatti, sentendosi solo «agenti pagatori», ma non influenti sul processo decisionale, il rischio è quello che le Aziende non riescano (oppure non intendano) utilizzare appieno le risorse formate su obiettivi non adeguatamente condivisi.

In conclusione quello che si può trarre dall'applicazione di un approccio di valutazione *ex-post* alle politiche formative è l'individuazione di fattori quantitativi e qualitativi che consentano una messa a punto di uno strumento tarato sulle diverse dimensioni della valutazione di cui abbiamo parlato in precedenza. Attraverso tale strumento è possibile impostare un ap-

proccio di valutazione *ex-ante* che può consentire una corretta configurazione dell'intervento formativo in termini di *problem setting* e di controllo di gestione.

BIBLIOGRAFIA

- BARDACH E. (1977), *What happens after a bill becomes a law*, M.I.T. Press, Cambridge.
- DENTE B. (1990), *Politiche pubbliche*, Maggioli, Rimini.
- DUPUY F., THOENIG J.C. (1985), *L'Administration en miettes*, Fayard, Paris.
- EDELMAN M. (1964), *The symbolic Uses of Politics*, Univ. of Illinois Press, Urbana.
- FREDDI G. (A CURA DI) (1982), *Scienza dell'Amministrazione e politiche pubbliche*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- GIBERT P. (1989), *L'analyse de politique*, testo per la Scuola di Management Pubblico C.N.F.P.T., Fontainebleau.

- HJERN B. E PORTER D. (1982), *Implementation structures: a new unit of administrative analysis*, Organization Studies, n.2/3.
- JONES CH. O. (1970), *An introduction to the study of public policy*, Duxberry press, Belmont.
- LOWI T.J. (1964), *American Business, Public Policy*, Case studies and political theory, World Politics, 16.
- MARCH J. (1988), *Decisions and Organizations*, Oxford Basil Blackwell.
- MENY Y. THOENIG J.C. (1991), *Le politiche pubbliche*, Il Mulino, Bologna.
- ONDOLI C., SIMONETTA M. (1992), *La formazione nelle amministrazioni pubbliche*, in Manuale di gestione del personale, a cura di G. Costa, UTET, Milano.
- SUBIRATS J. (1989), *Analisis de politicas publicas y eficacia de la Administration*, MAP, Barcelona.
- ZAN S. (1989), *L'analisi interorganizzativa per lo studio delle politiche pubbliche*, Rivista trimestrale di Scienza dell'amministrazione, n. 4.

I FLUSSI INFORMATIVI RELATIVI AI FARMACI ACQUISTATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di Claudio Jommi

Osservatorio farmaci CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il quadro delle politiche del farmaco in Italia - 3. Quali informazioni a supporto delle politiche pubbliche del farmaco? - 4. Il quadro generale dei flussi informativi istituzionali sui farmaci acquistati dal SSN - 5. I flussi informativi non istituzionali - 6. Il futuro dei flussi informativi.

Since 1994 the Italian pharmaceutical industry has been concerned with an intensification of cost containment measures, a diversification of regulatory policy and, especially in the last years, a greater participation of all the actors (Industry, Pharmacists, Physicians, Consumers' Associations) in the policy definition, implementation and evaluation. In this context, it is crucial, for the Regulatory Authority, to collect and disseminate good quality, timely and analytic information about National Health Service (SSN) pharmaceutical expenditure. The study analyses the present SSN drugs expenditure information system. The collection of data is not transparent enough, due to the weakness of the institutional information system and the presence of parallel non-institutional better quality information flows. Such a situation has not allowed to produce omogeneous data on SSN drugs expenditure; consequently, it has been difficult to provide valid and timely input to pharmaceutical policy. It is hoped that, in the next future, the SSN drugs expenditure information system becomes more rational, transparent and timely: this is a necessary objective for regulatory authorities and would be a benefit for all SSN actors.

1. Premessa

Il settore farmaceutico è stato interessato dal 1994 da una serie di misure volte al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata: dall'imposizione di tetti di spesa, alla ridefinizione del Prontuario terapeutico nazionale, alle modifiche nelle politiche di regolazione del prezzo dei farmaci, al maggiore ricorso a politiche di razionalizzazione dei consumi farmaceutici, correlato ad una maggiore responsabilizzazione del medico di medicina generale, alle previste (D.L. n. 323/96), ma non ancora attuate, politiche di incentivo alla produzione e prescrizione di farmaci generici (1).

L'implementazione di tali politiche ha comportato, e comporterà sempre più, una diversificazione negli strumenti di regolazione del settore e, in prospettiva, un maggiore coinvolgi-

mento di tutti gli attori del sistema (autorità regolatorie, aziende farmaceutiche, farmacie, operatori sanitari, associazioni dei pazienti) nella definizione delle politiche di governo della spesa farmaceutica.

Inoltre, la crisi dell'industria farmaceutica italiana e l'insofferenza verso i sempre più frequenti provvedimenti-tampone, finalizzati al mantenimento della spesa entro i limiti fissati, hanno messo in luce, ormai da alcuni anni, l'esigenza di definire una politica di medio-lungo periodo, che intervenga strutturalmente sul settore ai fini del suo sviluppo, mantenendo, nel contempo, il controllo sulla spesa.

La complessità dei compiti richiesti all'autorità regolatoria nel prossimo futuro, in termini di definizione, realizzazione e controllo di efficacia delle politiche di governo del settore farmaceutico, l'introduzione esplicita di

elementi contrattuali nella definizione di alcune variabili chiave della politi-

Il presente contributo è il risultato di un lavoro di ricerca, reso difficoltoso dalla scarsità di letteratura in materia di fonti dei dati ed organizzazione dei flussi informativi sulla spesa farmaceutica. Di conseguenza, l'autore si è avvalso, tra l'altro, di informazioni rese disponibili da esperti del settore. A tale proposito si desidera ringraziare, per il supporto nella conduzione dello studio e per le preziose informazioni fornite:

— i colleghi del CeRGAS, in particolare il prof. Marco Meneguzzo, con la collaborazione del quale è stata redatta una prima bozza del presente documento, il dott. Giovanni Fattore ed il dott. Attilio Gugiatti;

— la dott.ssa Rosa Lamponi del Dipartimento di programmazione del Ministero della sanità;

— il dott. Giuseppe Impellizzeri, Direttore generale di Federfarma;

— la dott.ssa Anna Maria Grion, del Servizio farmaceutico della U.L.S.S. di Padova.

che di regolazione, quali, ad esempio, il prezzo dei farmaci innovativi autorizzati al commercio con procedura centralizzata europea, come previsto dalla delibera CIPE 109/97, l'esigenza di estendere l'attività di monitoraggio della spesa farmaceutica agli acquisti diretti delle ASL (Aziende sanitarie locali, ovvero Aziende USSL e Aziende ospedaliere), richiedono un adeguato sistema informativo sulla spesa farmaceutica a carico del SSN (Servizio sanitario nazionale).

La «bontà» di un sistema informativo si misura in termini di qualità e tempestività delle informazioni, di coerenza con gli obiettivi e di trasparenza dei dati, garantita, a giudizio dell'autore, da una loro istituzionalizzazione.

L'attuale sistema informativo del Dipartimento di programmazione del Ministero della sanità (Sistema informativo sanitario - SIS), istituito in parte nel 1980 (Rendiconti finanziari, strutturati secondo il modello previsto dal D.P.R. n. 595/80) ed in parte nel 1984 (Modelli di rilevazione delle attività economiche e gestionali delle ASL) e di recente ampliato con l'attivazione dei flussi informativi correlati all'introduzione nelle ASL della contabilità economico-patrimoniale, non presenta del tutto, fatta eccezione per la trasparenza, le caratteristiche sopra evidenziate.

Le carenze del SIS e la maggiore tempestività e parziale coerenza con i processi di diversificazione delle politiche del farmaco dei dati provenienti da fonti non istituzionali, ha generato la presenza di informazioni eterogenee, spesso lette ed interpretate in chiave politica e caratterizzate da un non elevato livello di trasparenza.

Lo stato dei flussi informativi relativi alla spesa farmaceutica pubblica consente, quindi, a livello istituzionale, di rispondere solo in modo parziale all'esigenza di informazioni analiti-

che, tempestive e di qualità. In prospettiva, affinché le politiche di sviluppo del settore farmaceutico e di controllo della spesa siano efficacemente condotte dalle autorità regolatorie e ai fini di una reale partecipazione a tali politiche dei diversi soggetti interessati su basi informative omogenee, non si potrà evitare una riorganizzazione dei flussi informativi istituzionali.

2. Il quadro delle politiche del farmaco in Italia

La presenza di vincoli macroeconomici nazionali (riduzione del disavanzo e del debito pubblico) ed internazionali (adesione alla moneta unica europea) ha comportato negli ultimi anni una crescente attenzione verso le esigenze di contenimento della spesa

pubblica e, quindi, anche della spesa sanitaria a carico del SSN.

Tra le voci di spesa sanitaria pubblica, una di quelle maggiormente colpite è stata l'assistenza farmaceutica convenzionata, la cui incidenza percentuale sulla spesa sanitaria corrente è passata dal 18% del 1990 all'11% del 1996 (cfr. tabella 1). In presenza di un mercato stagnante, caratterizzato, a differenza degli altri principali paesi dell'UE (Unione Europea), da una spesa farmaceutica pro-capite praticamente costante (cfr. tabella 1), il grado di copertura pubblica della spesa farmaceutica complessiva si è sensibilmente ridotto: se nel 1990 la spesa farmaceutica a carico dei cittadini era pari al 25% del mercato complessivo dei farmaci, tale percentuale è aumentata costantemente nel tempo, fino ad arrivare al 48% nel 1996.

Tabella 1 - Indicatori della spesa farmaceutica nei paesi UE (1990-1996)

| Paese | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|
| <i>Spesa farmaceutica totale pro-capite (1990 = 100) (a)</i> | | | | | | | |
| I | 100 | 109 | 119 | 118 | 104 | 105 | 113 |
| F | 100 | 110 | 122 | 149 | 161 | 192 | 179 |
| D | 100 | 110 | 125 | 118 | 122 | 150 | 142 |
| UK | 100 | 114 | 127 | 152 | 169 | 191 | 195 |
| <i>Incidenza della spesa farmaceutica a carico del cittadino sulla spesa farmaceutica totale (b)</i> | | | | | | | |
| I (*) | 25% | 27% | 35% | 42% | 45% | 49% | 48% |
| F | 40% | 41% | 41% | 39% | 38% | 39% | 41% |
| D | 37% | 36% | 33% | 34% | 29% | 28% | 28% |
| UK | 37% | 36% | 37% | 37% | 39% | 39% | 39% |
| <i>Incidenza della spesa farmaceutica pubblica sulla spesa sanitaria pubblica corrente (c)</i> | | | | | | | |
| I | 18% | 16% | 15% | 13% | 11% | 11% | 11% |
| F | 14% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% | 14% |
| D | 19% | 20% | 21% | 18% | 17% | 17% | 17% |
| UK | 10% | 11% | 10% | 11% | 11% | 11% | 12% |

(*) Differenza tra mercato complessivo e spesa sostenuta dal SSN (al netto dello sconto a carico delle farmacie e del ticket).

Fonte: Per l'Italia:

(a) Farmindustria (Indicatori Farmaceutici, 1997);

(b) elaborazione su dati Assessorati regionali pubblicati sulla Relazione generale sulla situazione del Paese e Farmindustria (cfr. tabella 3);

(c) elaborazione su dati Relazione generale sulla situazione del Paese e Farmindustria.

Per gli altri paesi UE:

OCSE (OECD Health Data, 1996) e Farmindustria (Indicatori Farmaceutici, 1997).

Le politiche di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata sono arrivate al punto di prevedere per la stessa, a partire dal 1994, uno specifico tetto di spesa, che per il 1997 è stato fissato pari a 11.354 miliardi (D.L. n. 669/96).

Alla crescente attenzione per il settore farmaceutico, come comparto della spesa sanitaria pubblica da cui ottenere i maggiori risparmi di spesa, si è affiancato un graduale processo di diversificazione negli strumenti di regolazione del settore.

Se, infatti, prima del 1994 la regolazione del mercato farmaceutico si basava essenzialmente sulla determinazione d'imperio dei prezzi e l'imposizione di compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini, con l'introduzione di un nuovo soggetto regolatore (CUF, Commissione unica del farmaco) e l'affidamento delle politiche di determinazione dei prezzi al CIPE (Comitato interministeriale di programmazione economica), si è assistito:

— ad una razionalizzazione del Prontuario terapeutico nazionale, basata su considerazioni non solo farmacologiche (rapporto benefici-rischi e utilizzazione da parte degli ammalati), ma anche economiche (economicità del ciclo terapeutico) (provvedimento CUF 30 dicembre 1993 e successivi);

— all'introduzione, in linea di principio, di un modello di sorveglianza del prezzo dei farmaci etici, ovvero soggetti all'obbligo di prescrizione medica, rimborsati dal SSN, secondo cui le aziende sono libere di fissare il prezzo dei prodotti ma le autorità regolatorie si riservano la possibilità di fissare dei limiti per i prezzi; tale modello è stato introdotto con delibera CIPE 25 febbraio 1994, in cui è stata scelta come soglia massima per i prezzi *ex-fabrika* (prezzi praticati dalle aziende farmaceutiche prima della distribuzione) la media dei prezzi regi-

strati nei quattro più importanti paesi dell'UE per prodotti simili (prodotti con lo stesso principio attivo ed analoga forma farmaceutica); al «prezzo medio europeo» si è affiancato il principio «prezzi uguali per farmaci uguali», sancito dal D.L. n. 323/96, secondo cui il SSN rimborsa, per ogni gruppo di prodotti «uguali» (stesso principio attivo con uguale via di somministrazione e forma farmaceutica terapeuticamente comparabile e con documentata bioequivalenza) quello a prezzo per unità di principio attivo più basso;

— all'introduzione di elementi di razionalizzazione dell'attività prescrittiva dei medici di base; l'esigenza di affiancare alla responsabilizzazione del paziente, basata sulle compartecipazioni alla spesa, quella del medico di base è stata genericamente prevista dai decreti-legge di riforma del SSN, e attuata:

a) con rilevanza marginale, a livello centrale, con l'inserimento in prontuario di note alla prescrizione per alcuni farmaci,

b) in alcune realtà locali, attraverso l'introduzione di *budget* specifici per l'assistenza farmaceutica o generici per tutta l'attività prescrittiva del medico di base;

— all'auspicata, da più parti, introduzione di politiche di incentivo all'immissione in commercio di farmaci generici ed alla espansione del relativo mercato «pubblico» (incentivi alla prescrizione degli stessi da parte dei medici di medicina generale e diritto di sostituzione da parte del farmacista in caso di mancata specificazione nella ricetta del nome della specialità corrispondente);

— ad un coinvolgimento diretto dei farmacisti nelle politiche di contenimento della spesa attraverso l'introduzione, dal 1992, di uno sconto obbligatorio sui prodotti rimborsati dal SSN; tale sconto, inizialmente propor-

zionale alla spesa, è diventato, a partire dal 1997, progressivo rispetto al prezzo al pubblico dei farmaci, introducendo così, per la prima volta in Italia, dei margini alla distribuzione regressivi rispetto al prezzo di vendita.

La diversificazione degli strumenti di governo del settore farmaceutico, l'inefficacia, sotto il profilo del contenimento della spesa, delle politiche del farmaco adottate negli anni 80 e nei primi anni 90, basate su un modello di regolazione «stringente», non concertato con gli altri attori del settore (aziende farmaceutiche, distribuzione, medici, consumatori), fatta salva poi l'adozione di comportamenti collusivi sottobanco, e la crisi dell'industria farmaceutica nazionale, stanno spingendo verso l'adozione di politiche del farmaco caratterizzate:

a) da un maggiore coinvolgimento di tutti gli attori del settore nella definizione ed implementazione di tali politiche:

— i medici di medicina generale, come già osservato, dovrebbero essere sempre più coinvolti nelle politiche di razionalizzazione della spesa farmaceutica;

— i consumatori dovrebbero passare da soggetti passivi a soggetti partecipi delle politiche del farmaco, grazie al ruolo attivo di istituzioni quali il Tribunale dei diritti del malato e le associazioni dei consumatori (2);

— le aziende farmaceutiche dovrebbero già partecipare alla determinazione del prezzo dei farmaci innovativi: la delibera CIPE n. 109/97, introducendo per i farmaci innovativi, di cui al Regolamento CEE 2309/93 (farmaci registrati a livello centrale europeo), la contrattazione dei prezzi tra aziende e autorità regolatoria, prevede che le prime vengano direttamente coinvolte nella definizione di uno degli elementi più qualificanti della politica del farmaco, ovvero la remunerazione dell'attività di innovazione;

b) dall'adozione di una prospettiva di medio-lungo periodo, che preveda da una parte un graduale rilancio del settore farmaceutico e dall'altra il mantenimento del controllo sulla spesa a carico del SSN.

3. Quali informazioni a supporto delle politiche pubbliche del farmaco?

Dato il quadro attuale e futuro delle politiche di governo della spesa farmaceutica pubblica e, più in generale, del settore farmaceutico, il sistema informativo a supporto di tali politiche deve presentare alcune importanti caratteristiche.

Innanzitutto le informazioni devono essere di qualità, nel senso che o si procede alla raccolta di dati relativi alla popolazione nel suo complesso oppure, qualora si opti per una rilevazione campionaria, si dovrebbe scegliere un campione rappresentativo ed impegnarsi ad inferire in tempi rapidi, senza che la rapidità vada a scapito dei controlli di qualità, i dati relativi a tutta la realtà nazionale.

La seconda importante caratteristica è quella della tempestività. Le informazioni devono essere reperite in modo rapido, se si vuole che siano utili ai fini di programmazione e di controllo degli effetti delle politiche pubbliche. Ad esempio, nel momento in cui vengono fissati dei tetti annuali per la spesa farmaceutica convenzionata e si vuole monitorarne il *trend* a livello nazionale, la raccolta dei dati deve avvenire ogni mese, affinché sia possibile adottare misure di contenimento della spesa, nell'ipotesi in cui tale trend faccia prevedere uno splafonamento del tetto.

I flussi informativi devono essere poi trasparenti e tale requisito può essere garantito, a giudizio dell'autore, solo da una gestione degli stessi a livello istituzionale. Si tratta di un

aspetto cruciale, in relazione all'esigenza di:

— garantire la presenza di un solo dato ufficiale sulla spesa farmaceutica a carico del SSN; i limiti del SIS, l'esistenza di numerose fonti non istituzionali e il recepimento a livello istituzionale dei dati provenienti da tali fonti ha generato, in fase di previsione e a consuntivo, la presenza di dati diversi sulla spesa farmaceutica ed una conseguente riduzione del livello di credibilità dei soggetti preposti alla regolazione;

— assicurare che, una volta inseriti nel modello di governo della spesa farmaceutica elementi di contrattazione, questa avvenga sulla base di un bagaglio comune di informazioni;

— dare a soggetti autorevoli ed indipendenti, ovvero non coinvolti nella definizione delle politiche di regolazione, la possibilità di fornire elementi di valutazione tecnica di tali politiche;

— garantire dei riconoscimenti alle realtà locali maggiormente impegnate nell'attivazione di un adeguato sistema informativo finalizzato al monitoraggio della spesa farmaceutica, ed evitare, quindi, che tali realtà, dovendo sopportare, oltre ai costi amministrativi di implementazione dei flussi, anche quelli delle inefficienze altrui, siano svantaggiate rispetto a quelle che si dimostrano più refrattarie ad impegnarsi in tal senso.

Un ultimo importante aspetto riguarda la coerenza dei flussi informativi con gli obiettivi perseguiti dalle autorità regolatorie.

Da questo punto di vista, la complessità delle politiche adottate e la diversificazione degli strumenti richiedono la raccolta, soprattutto per la spesa farmaceutica convenzionata, di informazioni analitiche, ovvero di dati:

a) disaggregati almeno a livello di regione, anche se sarebbe più opportuno rilevare dati per singola ASL;

b) mensili, ai fini di un controllo tempestivo dell'andamento delle variabili chiave;

c) analitici per tipologia di prescrizione, ai fini di:

— elaborazioni disaggregate per classi di rimborsabilità, per categorie «omogenee» di prodotti (analisi per gruppo anatomico, terapeutico, terapeutico-chimico, per principio attivo), per condizioni brevettuali del principio attivo, ecc.;

— indagini specifiche per determinati prodotti, quali ad esempio quelli le cui confezioni risultano soggette a una nota CUF (note alla prescrizione e al controllo delle confezioni), o quelli con brevetto prossimo alla scadenza.

La raccolta di dati analitici per tipologia di prescrizione costituisce senza dubbio l'aspetto più problematico, in quanto richiede una gestione informatizzata delle ricette di cui le farmacie chiedono il rimborso alle ASL o alle regioni (3). Si tratta però di un'informazione cruciale, se si considera il grado di complessità e di diversificazione degli strumenti che le autorità regolatorie intendono adottare: se, ad esempio, si vuole incentivare la prescrizione di prodotti generici ed ipotizzare i possibili risparmi di spesa indotti, o valutare gli effetti del «delisting», ovvero del passaggio dalla condizione di totale o parziale rimborsabilità a quella di non rimborsabilità, non si può non disporre di informazioni sul mercato pubblico delle specialità di cui il prodotto generico è sostituito e dei farmaci «declassati».

4. Il quadro generale dei flussi informativi istituzionali sui farmaci acquistati dal SSN

4.1. La struttura del SIS

Il SIS, gestito dal Dipartimento di programmazione del Ministero della

sanità, si compone attualmente di tre settori:

a) il primo riguarda i rendiconti di contabilità finanziaria inviati trimestralmente dalle ASL e dalle Regioni (rendiconti riepilogativi o consolidati);

b) il secondo settore, attivato in seguito all'introduzione del sistema di finanziamento prospettico delle strutture ospedaliere ed in fase di implementazione, è costituito dalle Schede di dimissione ospedaliere;

c) il terzo, e più importante settore, è rappresentato dalla rilevazione delle attività economiche e gestionali delle ASL; i flussi informativi ad esso correlati, introdotti con il D.P.C.M. 17 maggio 1984, rinnovati ed ampliati con il D.M. 19 marzo 1988 e nuovamente riorganizzati con il D.M. 23 dicembre 1996, a seguito dell'attivazio-

ne di nuovi flussi informativi sulla contabilità economico-patrimoniale delle ASL, rilevano, in genere con cadenza annuale, i dati relativi:

— alla popolazione assistibile, al personale, all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro ed alla assistenza di base, nell'ambito della quale rientra l'assistenza farmaceutica convenzionata, delle ASL (modelli FLS);

— all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, pubblica e privata accreditata, ed all'assistenza residenziale e semiresidenziale (modelli STS);

— all'assistenza specialistica ospedaliera pubblica e privata accreditata (modelli HSP);

— all'assistenza riabilitativa nelle strutture convenzionate, secondo quanto previsto dall'art. 26 delle legge istitutiva del SSN (modelli RIA);

— al Conto economico, a preventivo e a fine esercizio, ed alle rilevazioni extra-contabili di alcuni specifici costi delle ASL (modelli CE).

La figura 1 fornisce un quadro complessivo del SIS, con riferimento ai farmaci acquistati dal SSN.

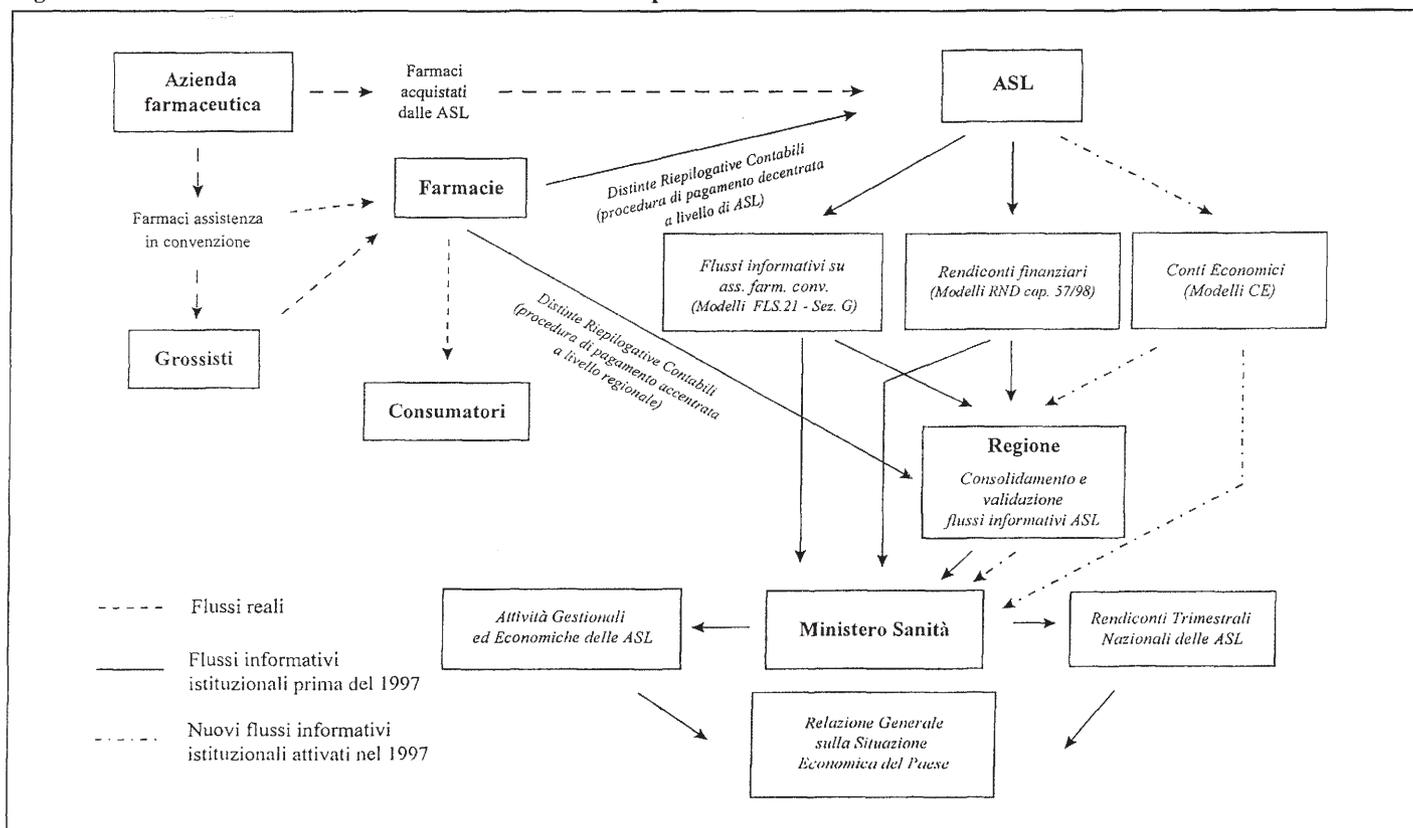
La fonte originaria delle informazioni relative alla spesa farmaceutica convenzionata è costituita dalle DRC (Distinte riepilogative contabili) presentate mensilmente dalle farmacie comunali e private alle ASL, ai fini del rimborso della spesa a carico del SSN da esse anticipata.

Tali distinte specificano:

— il numero di ricette, la cui spesa è totalmente o parzialmente a carico del SSN (4);

— l'importo lordo complessivo delle ricette [(a)];

Figura 1 - I flussi informativi istituzionali relativi ai farmaci acquistati dal Servizio sanitario nazionale



- le compartecipazioni alla spesa del cittadino [(b)];
- l'importo netto delle ricette [(c) = (a) - (b)];
- le trattenute (previdenziali, sindacali e convenzionali) [(d)];
- lo sconto a carico delle farmacie, introdotto nel 1992, calcolato sull'importo lordo [(e)];
- l'importo complessivo da liquidare alla farmacia [(f) = (c) - (d) - (e)] (5).

Le farmacie, oltre alle DRC, trasmettono alle ASL, ai fini di controllo, le singole ricette.

La fonte informativa originaria degli acquisti diretti di farmaci è invece rappresentata, come per tutti i beni acquistati direttamente dalle ASL, dagli ordini, che sanciscono l'inizio del processo di acquisto, e le fatture, che defi-

niscono il momento della liquidazione degli importi.

Nelle ASL (cfr. figura 2) gli uffici preposti alla gestione dell'assistenza farmaceutica convenzionata (gestione delle convenzioni, raccolta delle DRC, controllo delle ricette ed eventuale loro informatizzazione, ecc.) e degli acquisti diretti di farmaci sono, a seconda del modello organizzativo:

- l'Economato/Provveditorato (in questo caso la gestione dell'assistenza farmaceutica, diretta e convenzionata è associata a quella degli acquisti della maggior parte di beni e servizi);
- l'Ufficio farmaceutico (secondo tale modello esiste un ufficio preposto agli acquisti di farmaci, diretti e in convenzione);
- l'Ufficio assistenza farmaceutica convenzionata (se così, la gestione degli acquisti dei farmaci in conven-

zione è separata da quella dei farmaci acquistati direttamente dalle ASL);

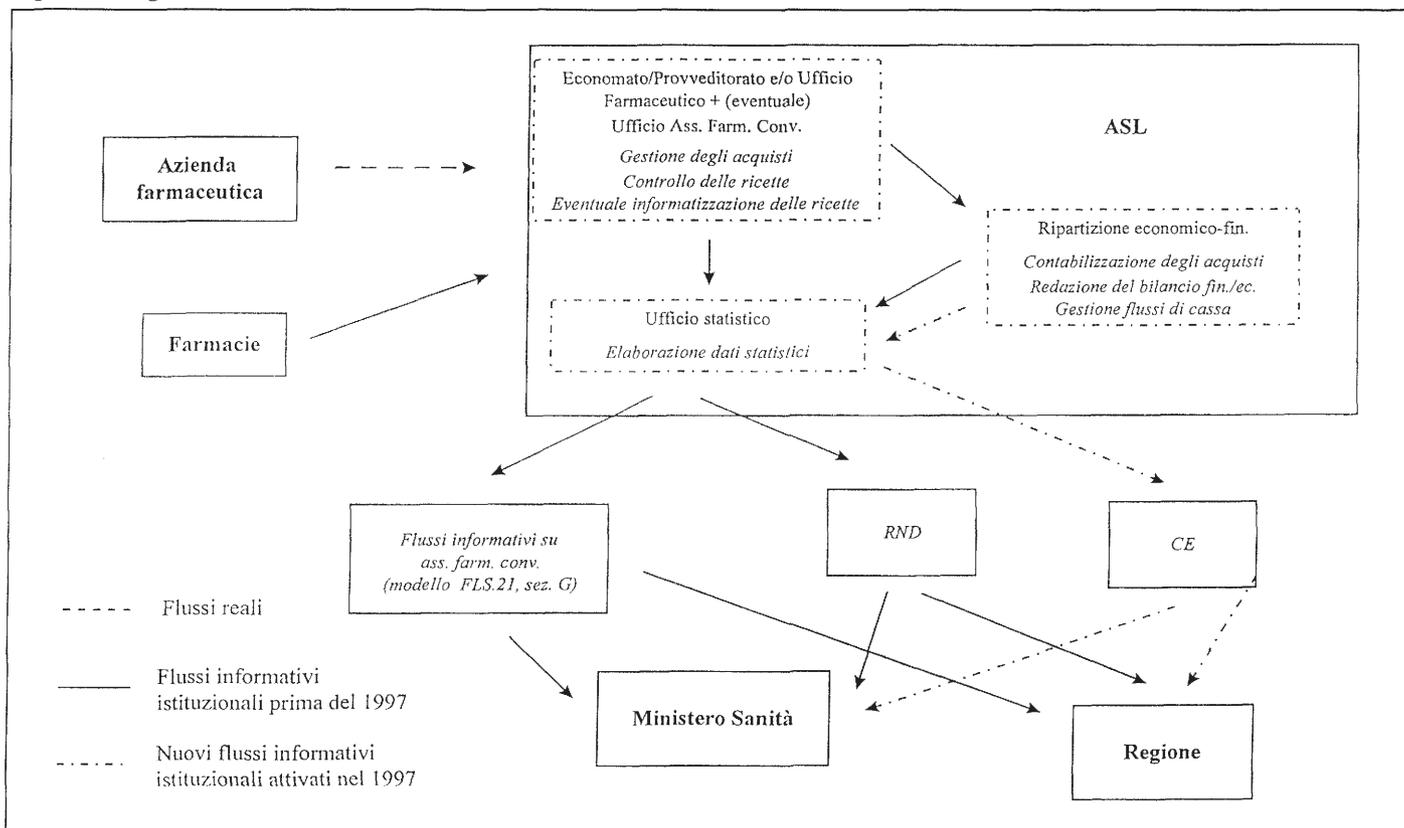
— l'Ufficio economico-finanziario, preposto alla contabilizzazione (finanziaria ed economica) degli acquisti, alla redazione del bilancio (finanziario ed economico) ed alla gestione della liquidità tramite le banche tesoriere;

— l'Ufficio statistico, con funzione di elaborazione dei dati ed attivazione dei flussi informativi verso le Regioni ed il Ministero della sanità.

Dalle ASL vengono quindi attivati i flussi informativi, contenenti i dati:

- provenienti dalle DRC (numero di ricette, numero di ricette esenti, spesa lorda, *ticket*), prima che le stesse vengano contabilizzate; tali dati vengono inseriti nella sezione G (Assistenza farmaceutica convenzionata) dei modelli FLS.21 (Attività di assi-

Figura 2 - La gestione delle informazioni nelle ASL



stenza sanitaria di base) e trasmessi annualmente alle Regioni ed al Ministero della sanità;

— dei Rendiconti finanziari (RND), inviati trimestralmente alle Regioni ed al Ministero della sanità; i capitoli a cui vengono imputate le spese per l'assistenza farmaceutica convenzionata e per i farmaci acquistati direttamente dalle ASL sono, rispettivamente, il 57 («Assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate») ed il 98 («Prodotti farmaceutici ed emoderivati»);

— dei Conti economici, in cui i costi dell'assistenza farmaceutica convenzionata e degli acquisti di farmaci costituiscono, secondo lo schema di bilancio previsto dal Ministero del tesoro (D.M. 20 ottobre 1995), dei costi, rispettivamente, per prestazioni di servizi («Servizi per assistenza sanitaria di base») e per acquisti di esercizio («Prodotti farmaceutici ed emoderivati»); i modelli di rilevazione in cui vengono specificamente rilevati i costi dell'assistenza farmaceutica convenzionata, distinguendoli dagli altri costi per l'assistenza sanitaria di base, sono i modelli CE.03 («Modelli di rilevazione di macrovoci economiche delle ASL»), mentre già nel modello generale CE.01 i prodotti farmaceutici, associati agli emoderivati, vengono rilevati separatamente dagli altri costi di esercizio, con una ulteriore, peraltro discutibile, separazione per destinazione interna di tali prodotti (viene infatti richiesto alle ASL di rilevare separatamente i costi per assistenza ospedaliera in presidi).

In sede regionale gli RND e i Conti economici vengono consolidati. Inoltre, le Regioni hanno l'obbligo di controllare e, quindi, validare i dati trasmessi loro e al Ministero dalle ASL, comunicando ad esse le eventuali rettifiche da apportare. Solo in seguito alla validazione delle informazioni da parte delle Regioni, il Ministero della

sanità può elaborare i dati raccolti attraverso il SIS.

I dati rilevati dal Dipartimento di programmazione del Ministero della sanità vengono pubblicati su due importanti documenti:

— i «Rendiconti trimestrali delle ASL» (documento trimestrale), contenente i dati di bilancio finanziario;

— l'«Attività economica e gestionale delle ASL» (documento annuale), con i dati rilevati nei modelli FLS, STS, HSP, RIA, RND (di fine anno) e CE.

4.2. Gli aspetti critici del SIS prima dell'introduzione della contabilità economico-patrimoniale

La tabella 2 illustra, in sintesi, i principali limiti del SIS prima dell'introduzione dei flussi sulla contabilità economico-patrimoniale, sui quali non è possibile, per il momento, dare un giudizio, in quanto attivati a partire dal 1997.

Gli RND vengono pubblicati con un anno-un anno e mezzo di ritardo rispetto al trimestre a cui si riferiscono (attualmente si dispone degli RND relativi al quarto trimestre dell'anno 1995). La responsabilità di tale ritardo è da ascrivere non solo al Ministero, ma anche alla lentezza con cui le informazioni vengono inviate dalle ASL e validate dalle Regioni.

Inoltre, i dati contenuti negli RND presentano alcuni aspetti confondenti. In primo luogo le logiche sottostanti alle politiche di acquisto e a quelle di

bilancio (di rendicontazione) sono diverse. La rendicontazione, condizionata, tra l'altro, dalle politiche di gestione della liquidità (sono frequenti, ad esempio, i mancati pagamenti di impegni assunti nell'esercizio in corso e l'accelerazione dei pagamenti a fine anno), non sempre collima temporalmente con gli acquisti; di conseguenza, i rendiconti trimestrali difficilmente riflettono il consumo effettivo di farmaci nel trimestre a cui si riferiscono. Questo aspetto ha evidenti ripercussioni, in termini di non elevata affidabilità delle previsioni annuali basate su dati trimestrali. Inoltre, l'imputazione ai capitoli di bilancio delle spese sostenute per l'acquisto di fattori della produzione non sempre è corretta; può infatti accadere che i capitoli 57 e 98 contengano voci diverse dai farmaci acquistati in convenzione e direttamente dalle ASL, così come non è raro che farmaci acquistati direttamente dalle ASL confluiscono in capitoli di spesa diversi dal 98 (ad esempio, i farmaci per assistenza psichiatrica e per i consultori vengono di frequente imputati ai capitoli di spesa relativi ai progetti obiettivi).

La cadenza di rilevazione degli RND è trimestrale, ma i dati trimestrali, per le ragioni sopra illustrate, non sempre possono essere utilizzati ai fini della valutazione del trend annuale.

Infine, gli RND forniscono un dato aggregato per unità elementare di bilancio (il capitolo di spesa): ciò non consente di rilevare informazioni specifiche per tipologia di prodotto acqui-

Tabella 2 - Caratteristiche del Sistema informativo sanitario

| | RND | FLS |
|--------------------|--|-----------------------------------|
| Qualità | Medio/Bassa | Potenzialmente elevata |
| Tempestività | Bassa | Bassa |
| Completezza | Farmaci acquistati in convenzione e direttamente dalle ASL | Farmaci acquistati in convenzione |
| Analiticità | Trimestrali/ASL/Aggregati | Annuali/ASL USL/Aggregati |

stato, direttamente o in convenzione, dalle ASL.

I flussi informativi che originano direttamente dalle DRC riportati sul Modello FLS.21, pur fornendo una visione parziale della spesa farmaceutica a carico del SSN, in quanto limitata alla sola spesa farmaceutica convenzionata, sono potenzialmente più utili, in quanto:

— di maggiore qualità rispetto agli RND: i dati, essendo rilevati prima che le DRC vengano contabilizzate, dovrebbero riflettere i consumi effettivi di farmaci nel periodo analizzato;

— più tempestivi e con cadenze temporali maggiormente ravvicinate, dato che le DRC vengono inviate mensilmente agli uffici competenti delle ASL;

— di maggiore contenuto informativo: viene infatti rilevata non solo la spesa a carico del SSN, ma anche la dimensione finanziaria del *ticket* ed il numero di ricette.

Tali vantaggi potenziali risultano però nella realtà in parte inficiati:

— dal fatto che la raccolta delle informazioni avvenga annualmente e non si abbia quindi un monitoraggio della spesa in corso d'anno;

— dai ritardi nei processi di elaborazione, motivati dalle stesse ragioni illustrate per gli RND;

— dal fatto che il Dipartimento di programmazione, in presenza di dati parziali, non proceda ad una loro elaborazione statistica, per poter inferire, dalle informazioni disponibili, il dato complessivo a livello nazionale: l'ultimo volume di «Attività gestionali ed economiche delle ASL» riporta i dati 1995 relativi all'84% delle Aziende USL riferiti, in media, a 11,3 mesi.

Le difficoltà incontrate dal Dipartimento di programmazione a raccogliere dalle ASL dati affidabili e tempestivi sulla spesa farmaceutica convenzionata attraverso il SIS e la circostanza che tali informazioni vengano

rilevate con cadenza annuale, hanno spinto il Dipartimento stesso a fare ricorso ad un flusso informativo, non formalizzato, proveniente dagli Assessorati regionali. Attraverso tale flusso vengono raccolte le stesse informazioni presenti sui modelli FLS.21 (spesa lorda, *ticket* e ricette), ma aggregate a livello regionale, con cadenza mensile e maggiore tempestività (il ritardo è di circa due mesi-due mesi e mezzo rispetto al mese di riferimento). Si tratta comunque di un flusso soggetto all'aleatorietà dei tempi e del livello di completezza con cui i dati pervengono alle Regioni e da queste vengono trasmesse, una volta controllate, al Ministero: spesso infatti il Dipartimento riesce ad avere informazioni, in particolare da alcune Regioni del Centro-Sud, soltanto trimestrali o addirittura annuali.

4.3. *Gli effetti dell'introduzione della contabilità economico-patrimoniale sul SIS*

L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale, prevista dai D.L. 502/92 e 517/93, ha avuto, e sta tuttora avendo, un notevole impatto sulle ASL, in termini di riorganizzazione dei sistemi di rilevazione, in relazione:

— all'adozione di nuove logiche di rilevazione, rispetto alla contabilità finanziaria;

— alla redazione di nuovi documenti contabili (bilancio economico pluriennale, bilancio economico preventivo annuale, bilancio economico consuntivo di esercizio, costituito da stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa);

— ai problemi di coesistenza della contabilità economica con quella finanziaria; il mantenimento di quest'ultima, previsto almeno fino al 1999, è stato giustificato, secondo alcuni non a ragione (Anessi Pessina,

1995), da esigenze di consolidamento dei conti pubblici e dal mantenimento di un sistema di controllo a preventivo sulla spesa pubblica.

Anche il SIS è stato riorganizzato: si è infatti già osservato come, a partire dal 1997, siano stati attivati nuovi flussi informativi (6).

Modesto è invece l'impatto sui dati relativi ai farmaci acquistati dal SSN. La contabilità economica consentirà di affiancare ai dati annuali di spesa, rilevati attraverso gli RND, quelli di costo: tale informazione dovrebbe portare ad una rilevazione più puntuale dei consumi annuali di farmaci acquistati direttamente dalle ASL, in relazione alla possibile presenza di rimanenze di magazzino; inoltre, per gli acquisti diretti è prevista una rilevazione specifica dei consumi ospedalieri nel modello CE.01.

Con l'introduzione dei nuovi flussi informativi, non viene però superato il limite principale del SIS che è quello di non fornire, con cadenza mensile, un dato tempestivo ed analitico della spesa farmaceutica convenzionata.

A ciò si deve aggiungere l'ipotesi che, per accelerare il processo di raccolta dei dati desunti dalla contabilità economico-patrimoniale e mettere a disposizione le informazioni in tempi più rapidi, vengano coinvolti nuovi centri di raccolta non istituzionali, con una presumibile ulteriore riduzione del già basso livello di trasparenza dei flussi informativi sulla spesa farmaceutica pubblica (cfr. § 5).

4.4. *I dati ufficiali sulla spesa farmaceutica pubblica*

Le informazioni raccolte dal Ministero della sanità e pubblicate sui rapporti del Dipartimento di programmazione confluiscono poi, insieme ad altri dati macroeconomici, nella Relazione generale sulla situazione economica del Paese, presentata entro il pri-

mo di aprile al Parlamento dal Ministro del bilancio e della programmazione economica e dal Ministro del tesoro.

Per quanto concerne gli acquisti di farmaci da parte del SSN, tale documento illustra:

— i dati di rendiconto delle ASL (specificatamente gli impegni di spesa): il livello di aggregazione delle informazioni è tale da non poter rilevare il dato sulla spesa per farmaci acquistati direttamente dalle ASL, che rientrano nella voce «Acquisto di beni e servizi»; al contrario, viene riportato singolarmente il dato di spesa farmaceutica convenzionata, a livello nazionale e regionale;

— i dati, provenienti dalle DRC, teoricamente desumibili dai modelli FLS.21, ma, a causa dei ritardi e delle incompletezze del SIS, raccolti attraverso il flusso informativo non formalizzato proveniente dagli Assessorati regionali, attivato dal Dipartimento di programmazione del Ministero della sanità (cfr. § 4.2);

— un terzo dato (oltre agli RND e a quelli forniti dagli Assessorati regionali) di spesa farmaceutica convenzionata, riportato nella tabella relativa alle «Prestazioni di protezione sociale», in cui vengono analizzate, per funzione e tipologia di prestazione, le tre componenti di spesa per il «Welfare State» (sanità, assistenza, previdenza); la fonte di tale dato non viene specificata, ma si osserva come, nonostante ciò, lo stesso venga spesso acriticamente utilizzato, a livello nazionale ed internazionale, come dato ufficiale relativo alla spesa farmaceutica a carico del SSN.

La tabella 3 illustra il *trend* della spesa farmaceutica a carico del SSN secondo le tre fonti.

In conclusione, a livello istituzionale:

— non esiste un dato certo relativo alla spesa farmaceutica pubblica (se

quindi è difficile effettuare previsioni utilizzando dati ufficiali, è altrettanto azzardato affermare che tali previsioni si siano verificate, non essendovi dati certi a consuntivo);

— del dato ufficialmente utilizzato a livello nazionale ed internazionale, riportato da Farindustria sulla pubblicazione annuale «Indicatori farmaceutici» (7) e, in genere, dalle pubblicazioni che si sono occupate di analisi dell'andamento della spesa farmaceutica, non si conosce la fonte, non essendovi, a conoscenza dell'autore, altri flussi informativi istituzionali, rispetto a quelli sopra individuati, sulla spesa farmaceutica pubblica e non essendo tale dato coincidente con quelli forniti dalle fonti non istituzionali (cfr. *infra*); lo stesso dato risulta costantemente inferiore rispetto agli altri due dati istituzionali ed anche a quelli forniti dalle fonti non istituzionali.

5. I flussi informativi non istituzionali

La debolezza delle fonti istituzionali e la posizione strategica, rispetto ai flussi informativi, di alcuni soggetti esterni alle autorità regolatorie del SSN, anche se a volte coinvolti nelle politiche di regolamentazione, ha generato la presenza di numerosi dati non istituzionali, che, in relazione alla

loro maggiore qualità, tempestività e, in alcuni casi, analiticità si sono imposti all'attenzione delle autorità regolatorie. Tali fonti non istituzionali hanno finito con il sostituire, soprattutto in fase previsiva e di controllo dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata, le fonti informative ufficiali.

La figura 3 fornisce un quadro complessivo dei flussi non istituzionali relativi ai farmaci acquistati dal SSN.

Il primo soggetto non istituzionale ad essersi collocato sul «mercato» delle informazioni relative al consumo di farmaci è IMS, società di indagini di mercato attiva a livello internazionale.

Tale società rileva, su un campione di soggetti addetti alla distribuzione (grossisti e farmacie), i flussi di farmaci in entrata alle farmacie e, su un campione di strutture ospedaliere (pubbliche, private accreditate e private non accreditate), i farmaci direttamente acquistati dalle stesse.

I dati, pubblicati sui rapporti IMF («Il mercato farmaceutico») ed IMFO («Il mercato farmaceutico ospedaliero»), hanno il pregio di essere:

— di elevata qualità, in quanto la scelta del campione di grossisti e farmacie e, anche se in misura minore, di presidi ospedalieri, risulta statisticamente validata;

— a cadenza temporale mensile;

Tabella 3 - La spesa farmaceutica convenzionata secondo la Relazione generale sulla situazione economica del Paese

| Fonte dei dati | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Rendiconti USSL (1)..... | 14.112 | 14.986 | 14.209 | 12.588 | 11.028 | 10.112 | 11.050 |
| Assessorati regionali (2)..... | 14.067 | 15.059 | 14.970 | 12.366 | 10.765 | 11.065 | 11.290 |
| Non specificata (3)..... | 12.941 | 13.585 | 13.123 | 11.750 | 9.772 | 9.670 | 10.588 |

Dal 1992 la spesa al netto del *ticket* non coincide con quella sostenuta dal SSN, in relazione alla presenza dello sconto a carico delle farmacie.

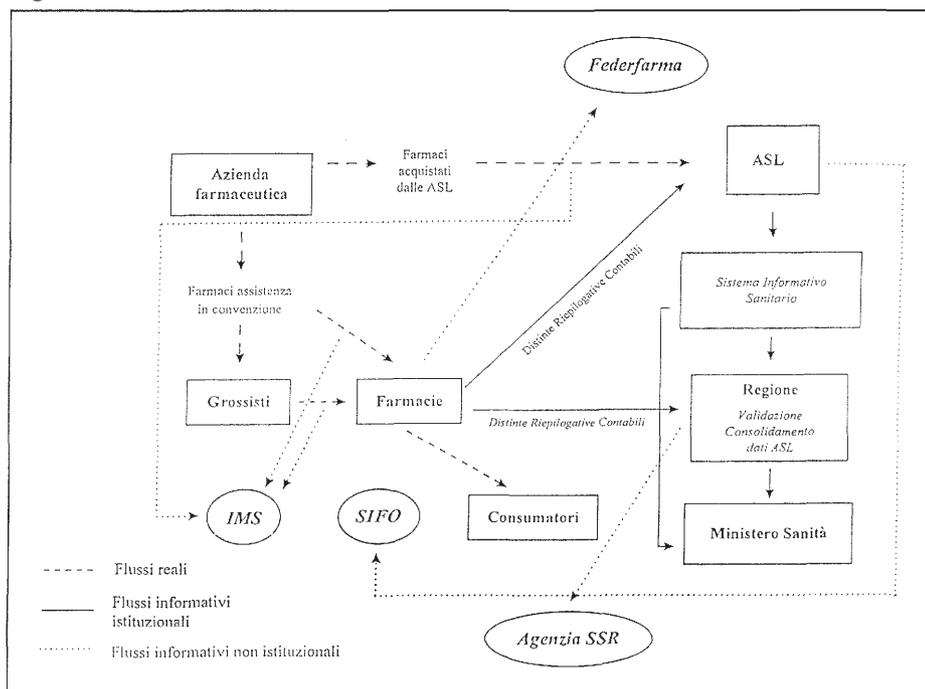
Fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese:

(1) tabella «Spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata. Spesa corrente delle USL per aggregati» economici, vari anni;

(2) tabella «Assistenza farmaceutica per Regione»;

(3) tabella «Prestazioni di protezione sociale».

Figura 3 - I flussi informativi non istituzionali



- analitici per singola confezione;
- rilevati tempestivamente (i volumi escono con un ritardo di un mese e mezzo-due su quello di riferimento).

Per contro, i flussi in entrata delle farmacie, nonostante i magazzini delle stesse presentino una durata media di giacenza delle scorte ridotta, non coincidono comunque con i consumi effettivi di farmaci. Inoltre, i dati IMS, riguardando il mercato (territoriale ed ospedaliero) nel suo complesso, non consentono di rilevare esattamente la spesa a carico del SSN. Per poter inferire dai dati IMF la spesa farmaceutica lorda convenzionata, è necessario scorporare, dalla spesa per farmaci totalmente o parzialmente rimborsabili dal SSN, quella, da stimare, legata al fenomeno dell'acquisto «privato» di farmaci rimborsabili (acquisto senza ricetta o con ricetta privata), a questa va poi sottratto lo sconto a carico delle farmacie ed il *ticket*, anch'essi da stimare.

In sostanza, quindi, i dati IMS, pur essendo di elevata qualità, tempestivi

e analiticità, non consentono di monitorare esattamente l'andamento della spesa farmaceutica pubblica.

Una seconda fonte informativa non istituzionale è costituita dall'Osservatorio farmaci della SIFO (Società italiana farmacisti ospedalieri) (8).

Tale osservatorio si è da tempo attrezzato per rilevare, in collaborazione con gli associati interni agli Uffici farmaceutici delle ASL, due tipologie di informazioni.

La prima riguarda la spesa farmaceutica convenzionata aggregata; la relativa fonte è ancora una volta costituita dalle DRC, fornite dalle ASL. La rilevazione dei dati è campionaria; alla fine del 1996, il campione di ASL corrispondeva al 55% circa della popolazione (Tempo Medico, 1996).

L'Osservatorio rileva anche i dati analitici di prescrizione per singola confezione su un campione ancora molto ristretto di ASL, con una popolazione corrispondente al 4% di quella nazionale (Tempo Medico, 1996); si tratta, come si è precedentemente os-

servato (cfr. § 3), di un'informazione critica, se si vogliono programmare e monitorare specifiche politiche di contenimento della spesa a carico del SSN, alla quale si potrà arrivare solo attraverso una diffusa rilevazione automatizzata delle ricette.

La terza fonte non istituzionale è rappresentata da Federfarma (Federazione delle farmacie private).

Attualmente Federfarma dispone di dati aggregati sulla spesa farmaceutica convenzionata, a livello provinciale (Federfarma è organizzata su base provinciale), provenienti dalle DRC e forniti da tutte le farmacie associate e da quelle comunali. La raccolta ed elaborazione dei dati avviene mensilmente ed il ritardo, rispetto al mese di riferimento, è di circa due mesi.

In sostanza, Federfarma, analogamente alla SIFO, riesce ad ottenere, dalla stessa fonte da cui originano i flussi informativi collegati ai modelli FLS.21, ma in tempi più rapidi e con riferimento a tutta la realtà nazionale (non si tratta quindi, a differenza dei dati ministeriali e di quelli SIFO, di informazioni campionarie) (9) i dati, che successivamente vengono pubblicati, con un ritardo di un anno ed incompleti, dal Dipartimento di programmazione del Ministero della sanità sul rapporto «Attività economiche e gestionali delle ASL».

Inoltre, Federfarma si sta attrezzando per estendere la raccolta dei dati al mercato etico non rimborsato dal SSN ed a quello dei farmaci da banco e per rendere più analitico, almeno a livello campionario, il proprio database, raccogliendo dati per singola confezione prescritta o acquistata direttamente dal cittadino (cfr. § 6).

Un'ultima fonte, la cui collocazione è attualmente a metà strada tra quella istituzionale e non istituzionale, è costituita dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

L'Agenzia ha attivato, analogamente al Dipartimento di programmazione del Ministero della sanità, un flusso informativo diretto con gli Assessorati regionali relativo alla spesa farmaceutica convenzionata, la cui fonte è ancora una volta costituita dalle DRC fornite dalle farmacie alle ASL e da queste alle Regioni (o direttamente dalle farmacie alle Regioni, in caso di pagamento centralizzato).

Anche per l'Agenzia, come per il Ministero, il flusso informativo è mensile, aggregato e condizionato dall'efficienza degli Assessorati regionali nella raccolta e trasmissione delle informazioni.

La tabella 4 illustra, in sintesi, le caratteristiche dei flussi non istituzionali sotto il profilo della qualità, tempestività, completezza ed analiticità delle informazioni prodotte.

In generale, si osserva come tali flussi presentino:

— un buon livello di qualità ed una maggiore tempestività rispetto al SIS; ciò ha comportato, soprattutto negli ultimi anni, che tali dati siano stati utilizzati a livello istituzionale, a fini previsionali e di controllo dell'andamento della spesa pubblica;

— un livello di analiticità elevata, con riferimento ai dati del mercato nel suo complesso (IMS), ma non ancora sufficiente per il comparto della spesa a carico del SSN.

L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale non intaccherà i flussi informativi, di cui sopra,

che originano, con la sola eccezione di IMS, dalle DRC (flussi aggregati) o dalle singole prescrizioni (flussi disaggregati per tipologia di confezione prescritta): le relative informazioni vengono, infatti, rilevate ed elaborate *ex ante* rispetto alle procedure di contabilizzazione.

Quello che potrà accadere (cfr. § 4) è un ulteriore aumento del livello di complessità del sistema informativo nel suo complesso, in relazione:

— alle difficoltà incontrate dalle ASL nell'attivazione della contabilità economico-patrimoniale ed ai conseguenti ritardi nella messa a regime dei nuovi flussi informativi;

— ai problemi che il Ministero della sanità, una volta che il regime di contabilità economico-patrimoniale sarà andato a regime, incontrerà nella gestione dei nuovi flussi informativi ad essa correlati.

Tali eventi potrebbero spingere il Dipartimento di programmazione:

— ad investire ingenti risorse interne nell'implementazione e gestione dei nuovi flussi informativi, distogliendole dall'esigenza di rendere i flussi informativi già esistenti più utili ai fini del controllo dell'andamento della spesa farmaceutica a carico del SSN;

— in alternativa, ad affidare a terzi non istituzionali la gestione dei nuovi flussi, il che, pur potendo favorire una gestione più efficiente e rapida delle informazioni, potrebbe ulteriormente

ridurre il livello di trasparenza del sistema informativo.

6. Il futuro dei flussi informativi

Come si può evincere, i flussi informativi relativi ai farmaci acquistati dal SSN sono attualmente caratterizzati:

— dalla non elevata qualità e tempestività dei dati istituzionali (SIS), con la conseguente non perfetta rispondenza degli stessi alle esigenze che stanno maturando in relazione ai cambiamenti nelle politiche pubbliche sul farmaco;

— dalla preoccupante presenza, a livello istituzionale, di molteplici dati sulla spesa farmaceutica pubblica, il che non consente, anche a livello aggregato, di verificare esattamente il trend della spesa e l'effettivo raggiungimento degli obiettivi di politiche basate sulla definizione di tetti di spesa specifici;

— dalla presenza di numerose fonti non istituzionali, che, a causa della maggiore qualità dei dati, della possibilità di inferire da dati campionari delle considerazioni di carattere generale e della tempestività con cui le informazioni vengono raccolte, sono sempre più spesso coinvolte a livello istituzionale nella definizione delle politiche del farmaco e nel controllo dei relativi effetti sulla spesa farmaceutica.

L'analisi di ciò che accadrà in futuro può essere condotta su due livelli, ovvero in termini di ciò che è probabi-

Tabella 4 - Caratteristiche dei flussi informativi non istituzionali

| | IMS | SIFO | Federfarma | Agenzia SSR |
|--------------------|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Qualità | Alta | Alta | Alta | Medio-alta |
| Tempestività | Alta | Alta | Alta | Alta |
| Completezza | Mercato complessivo al pubblico e ospedaliero | Farmaci acquistati in conv. e farmaci ospedalieri SSN | Farmaci acquistati in convenzione | Farmaci acquistati in convenzione |
| Analiticità | Mensili/Disaggregati per confezione | Mensili/ASL/Aggregati più campione di dati disaggregati per confezione prescritta | Mensili/Province/Aggregati | Mensili/Regioni/Aggregati |

le e di ciò che è auspicabile che accada.

Per quanto concerne il primo aspetto (cfr. figura 4), è prevedibile che il Dipartimento di programmazione del Ministero della sanità mantenga i flussi attuali legati al SIS, il cui valore informativo rimarrà non elevato, ed i flussi paralleli con gli Assessorati regionali, limitati alla spesa farmaceutica convenzionata: questi ultimi costituiranno l'unica fonte informativa istituzionale utilizzata ai fini di programmazione e, soprattutto, di verifica del raggiungimento degli obiettivi di controllo della spesa farmaceutica convenzionata, anche se tale fonte rimarrà parziale (in quanto fornisce un dato aggregato), e non «stabile», in quanto condizionata dall'efficienza degli Assessorati regionali nel fornire i dati.

Specificamente, gli RND verranno mantenuti ancora per almeno due anni, ma con importanza decrescente ed i modelli FLS verranno ancora raccolti ed elaborati, ma il loro utilizzo a fini previsionali e di valutazione a consuntivo sarà presumibilmente non elevato.

Vi sarà, inoltre, una concentrazione degli sforzi nell'attivazione dei nuovi flussi informativi correlati ai modelli CE, che, come si è già osservato, non forniscono particolare valore aggiunto in termini di supporto informativo per la politica del farmaco.

Le fonti non istituzionali potrebbero assumere un ruolo sempre più importante, anche in relazione a presumibili ulteriori miglioramenti nella raccolta delle informazioni. Tali miglioramenti dovrebbero riguardare essenzialmente la rilevazione:

— di dati analitici per prescrizione sulla spesa farmaceutica convenzionata relativi a campioni più estesi rispetto a quelli attualmente utilizzati;

— di dati aggregati ed analitici sulla spesa farmaceutica ospedaliera e,

più in generale, sulla spesa per farmaci acquistati dalle ASL.

Inoltre, nuove fonti non istituzionali potrebbero affacciarsi sulla scena, occupandosi della raccolta ed elaborazione dei dati provenienti dai bilanci economico-patrimoniali, e sottraendo al Ministero, nel caso in cui tali nuovi soggetti dovessero sostituirsi e non affiancarsi ad esso, la gestione dei dati di spesa diretta delle ASL, per i quali lo stesso ha goduto finora di una sorta di «quasi monopolio» delle informazioni.

È abbastanza chiaro come il quadro sopra prospettato, di cui si fornisce uno schema nella figura 5, evidenzia da una parte uno sforzo da parte dei soggetti non istituzionali di migliorare il proprio sistema informativo, dall'altra un'ulteriore riduzione del livello di trasparenza dei flussi informativi, che, come si è osservato in premessa, costituisce un fattore di estrema importanza, affinché la programmazione centrale abbia pieno controllo sull'efficacia delle proprie politiche di contenimento della spesa, le realtà locali che maggiormente si impegnano vengano premiate, l'introduzione di modelli negoziali avvenga sulla base di una «piattaforma» informativa comune alle parti contraenti, sia data la possibilità a soggetti «super partes» di valu-

tare «ex ante» (in termini di correttezza delle previsioni di impatto sulla spesa) e «ex post» (in termini di raggiungimento degli obiettivi) l'appropriatezza delle politiche economiche del farmaco.

Dovendo definire quale potrebbe essere il quadro auspicabile per il futuro, si vuole sottolineare alcuni semplici spunti di riflessione.

In primo luogo è necessario che, a livello istituzionale, vi sia la consapevolezza dell'esigenza di migliorare il proprio SIS, sia per quanto concerne i dati aggregati di spesa farmaceutica, sia in termini di maggiore analiticità dei flussi, ottenuta attraverso una raccolta campionaria dei dati di prescrizione. Tale miglioramento può avvenire con il supporto, soprattutto per quanto concerne i dati analitici, di fonti non istituzionali, purché sia chiaro l'obiettivo finale di arrivare ad un sistema informativo istituzionalizzato, ovvero gestito, direttamente o indirettamente, da Ministero e Regioni, che produca dati attendibili, tempestivi e univoci sulla spesa di farmaci a carico del SSN. Il raggiungimento di tale obiettivo consentirebbe di:

— programmare in modo più realistico le politiche del farmaco e prevedere con maggiore esattezza gli effetti di tali politiche sulla spesa pubblica;

Figura 4 - Un ipotesi sul futuro dei flussi informativi

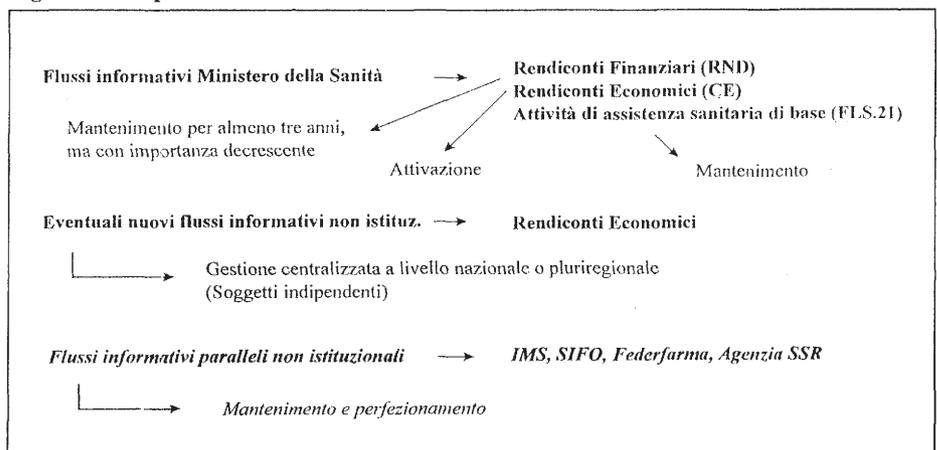
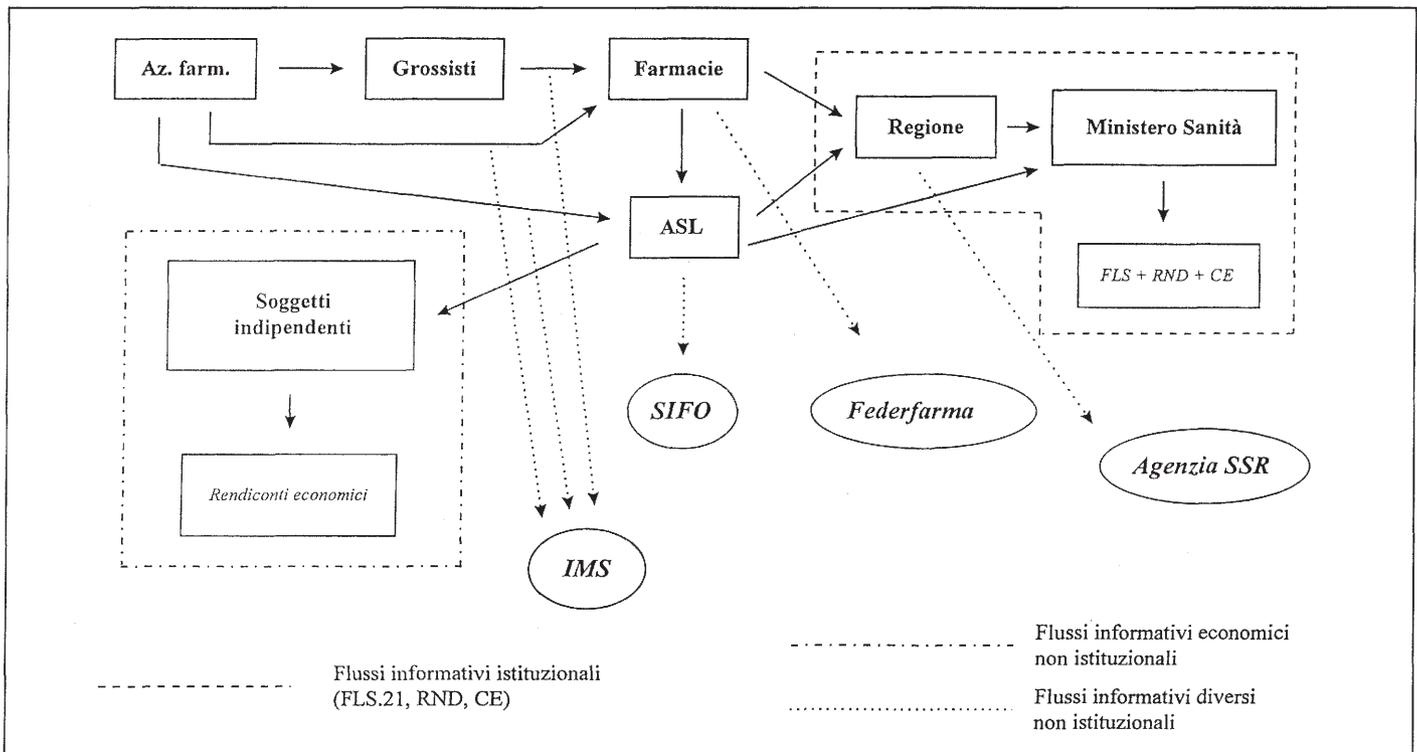


Figura 5 - Lo schema dei possibili futuri flussi informativi



— avere un reale controllo sul raggiungimento degli obiettivi.

Secondariamente sarebbe davvero importante, una volta raggiunto tale obiettivo, proporre una sorta di «moratoria» delle informazioni, nel senso non che nessuno possa contraporre ai dati ministeriali le proprie stime, bensì che tali stime dovranno essere giustificate con dati alla mano ed indicando specificamente la fonte informativa. Ciò dovrebbe evitare che in corso d'anno vengano diffuse informazioni (ottimistiche o pessimistiche) che, in relazione al livello non elevato di trasparenza del sistema, possano essere giudicate da altri soggetti strumentali al raggiungimento di interessi di parte.

Per ottenere tali obiettivi è necessaria ed auspicabile la collaborazione di tutti i soggetti attualmente coinvolti nel processo di acquisizione, elaborazione e pubblicazione di dati sulla spesa farmaceutica a carico del SSN. Tale

collaborazione dovrebbe sostanziarsi, a giudizio dell'autore:

— in una maggiore attenzione a diffondere dati allarmistici o troppo prudenziali non supportati da un'analisi tecnica dei flussi informativi;

— in una maggiore disponibilità ad accettare il reciproco aiuto e a riconoscere le specifiche competenze altrui, ai fini della realizzazione di un sistema informativo ufficiale di reale supporto alle politiche di regolazione pubblica del settore farmaceutico;

— nella presa di coscienza che un sistema informativo ufficiale debba essere, ai fini di una maggiore trasparenza, gestito a livello istituzionale, ovvero, nel caso specifico, dal Dipartimento di programmazione del Ministero della sanità.

(1) Si tratta dei farmaci contenenti un principio attivo non più coperto da brevetto, con

caratteristiche di bioequivalenza rispetto alla specialità medicinale di riferimento, commercializzati con la denominazione del principio attivo, a cui segue quello dell'azienda produttrice, e con prezzo inferiore di almeno il 20% rispetto alla specialità di riferimento.

(2) Si veda, ad esempio, l'intervento del Tribunale dei diritti del malato, in merito alla «querelle» sull'incremento medio del prezzo dei farmaci etici a carico dell'assistito (ASI, 1997, n. 16), e quello delle Associazioni dei consumatori sugli emendamenti proposti dal Governo alla legge finanziaria 1995 (ASI, 1994, n. 41).

(3) Esistono due modelli di gestione dei pagamenti dell'assistenza farmaceutica convenzionata: decentrato a livello di ASL e accentrato a livello regionale. In questa sede, viene illustrato, per semplificare l'analisi, il modello decentrato, che non presenta, dal punto di vista del contenuto dei flussi informativi, alcuna differenza rispetto a quello accentrato.

(4) Si ricorda che i farmaci etici, ovvero i farmaci per i quali vi è l'obbligo di prescrizione medica, sono classificati in tre fasce di rimborsabilità:

a) classe A, composta da farmaci totalmente rimborsati (sulle corrispondenti ricette

il cittadino, fatte salve le esenzioni previste, paga una quota fissa per ricetta);

b) classe B, a cui appartengono i farmaci, per i quali è prevista una compartecipazione alla spesa commisurata al prezzo del prodotto (anche in questo caso sono previste delle esenzioni);

c) classe C, composta da farmaci totalmente a carico dell'assistito.

(5) In realtà, il SSN, in sede di liquidazione degli importi relativi alle ricette del mese precedente, versa alle farmacie un acconto sulle ricette presunte per il mese in corso; l'importo netto da liquidare è quindi costituito dall'acconto più il saldo per il mese precedente.

(6) Si tratta specificamente di tre modelli di rilevazione contabile correlati al Conto economico (CE.01, CE.02, CE.03) e di un modello di rilevazione extracontabile, finalizzato alla raccolta di dati di costo per specifiche aree di assistenza (CE.04).

(7) Gli «Indicatori farmaceutici» sono un rapporto annuale, curato dall'Ufficio studi di Farmindustria, in cui vengono rilevati i dati principali relativi al settore farmaceutico (offerta e distribuzione di farmaci, attività innova-

tiva, conti con l'estero, consumi farmaceutici totali e pubblici).

(8) La SIFO ha assunto importanza, soprattutto in tempi recenti, non solo per il sistema informativo attivato dall'Osservatorio farmaci, ma anche per la partecipazione attiva dei suoi principali rappresentanti nella definizione delle politiche del farmaco: attualmente la SIFO annovera tra le sue fila un componente della CUF ed un componente della Sottocommissione prezzi della CUF.

(9) Anche le farmacie comunali hanno tradizionalmente fornito a Federfarma, nonostante non siano ad essa associate, i dati delle DRC.

BIBLIOGRAFIA

- A Verona le medicine danno i numeri*, Tempo Medico, 30 ottobre 1996, pag. 9.
- ANESSI PESSINA E. (1995), *L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale nelle aziende pubbliche di servizi sanitari: aspetti di determinazione e interpretazione dei risultati di esercizio*, in Borgonovi E., «Il controllo della spesa pubblica. Aspetti istituzionali, di politica economica e di sistemi contabili», Egea, Milano.
- FARMINDUSTRIA (1997), *Indicatori Farmaceutici*.
- MINISTERO DEL BILANCIO E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA (1997), *Relazione generale sulla situazione economica del Paese (1996)*.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (1997), *Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere*.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (1996), *Rendiconti trimestrali delle Unità sanitarie locali. Dati analitici. Quarto trimestre 1995*.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (1996), *Attività gestionali ed economiche delle U.S.L. e Aziende ospedaliere. Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Anno 1995*.

I SERVIZI PER GLI ANZIANI IN ITALIA: UNA RETE DI AZIENDE IN UN GIOCO COMPETITIVO A SOMMA NEGATIVA. IPOTESI PER UN NUOVO SISTEMA DI RELAZIONI

di Francesco Longo

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Le aziende della rete dei servizi agli anziani - 3. Gli attuali sistemi di finanziamento dei servizi agli anziani - 4. Le convenienze strategiche di ogni azienda - 5. Una rete di aziende in un gioco a somma negativa - 6. Ipotesi per un nuovo sistema di relazioni nella rete - 7. Conclusioni.

The network of the services for the elderly people is supplied in Italy by different institutions, without an authority managing such services. In this fragmentation every single reality has its own role in the definition of the proper strategies. At the moment these are in conflict each other so there is a negative sum game. This article tries to suggest some indications to add this sum positive.

1. Premessa

La modifica progressiva della struttura d'età dei paesi occidentali è un dato certo e di forte preoccupazione, a causa del sistematico invecchiamento della popolazione, destinato a creare una tensione crescente sul sistema di *welfare*, almeno per i prossimi decenni. L'Italia in particolare, tra i paesi europei, presentando tra i più bassi dati di natalità e di immigrazione è incamminata verso una dinamica ancora più spinta nel processo di invecchiamento della popolazione.

Gli anziani che necessitano di interventi socio-assistenziali e/o socio-sanitari presentano di norma problematiche di tipo cronico degenerative, che richiedono un'assistenza dai contenuti specialistici modesti ma permanente, distante dai classici servizi intensivi per le acuzie su cui sono focalizzate la maggior parte delle nostre agenzie di *welfare*. I tradizionali istituti di riproduzione sociale (famiglia, amici, vicinato, ecc.), hanno spesso garantito una significativa risposta informale e reale ai bisogni cronico-degenerativi connessi con la vecchiaia. La trasforma-

zione sociale in atto (superamento della famiglia tradizionale, progressiva equiparazione dei tassi di occupazione tra i sessi, ecc.) sta indebolendo la capacità di risposta di questi istituti, generando, a causa dell'indebolimento della capacità d'offerta informale, ulteriore tensione sul sistema di *welfare*.

Il sistema dei servizi per gli anziani ha configurato di fatto una complessa rete di aziende di servizi, di assicurazione (terzi paganti), di regolazione, pubbliche e private, *profit* e *non profit*, rappresentando quasi un compiuto sistema di *welfare* per gli anziani nel sistema più generale di *welfare*. In estrema sintesi i servizi erogati dalla rete per gli anziani vengono classificati in tre categorie, a seconda del *mix* di prestazioni, in particolare:

a) socio-assistenziali: quando la valenza è esclusivamente sociale;

b) socio-assistenziali a valenza sanitaria (d'ora in poi li chiameremo «socio-sanitari): le prestazioni sono a carico del SSN con aspetti di natura sanitaria, le cui ricadute sono anche di natura sociale (ad esempio l'assistenza domiciliare integrata);

c) sanitari: prestazioni di natura esclusivamente medica.

Anche in questa complessa ed estesa rete, il processo più generale di «aziendalizzazione» dei servizi pubblici ha reso incisiva la centralità del sistema di finanziamento, utilizzato come strumento per trasmettere strategie pubbliche, attraverso la generazione di convenienze economiche parziali, che spingono le singole aziende verso scelte che, pur esprimendo la ricerca dell'equilibrio e dell'interesse particolare della singola azienda, nel complesso garantiscano funzionalità ed equità all'insieme dei cittadini serviti dalla rete.

Oggetto del presente scritto è quello di indagare le convenienze economiche parziali e particolari delle singole aziende facenti parte della rete dei servizi per gli anziani, per analizzare in/congruenze del gioco competitivo oggi in atto, per arrivare a delle prime riflessioni sull'eventualità di ricercare maggiori sinergie per migliorare il gioco competitivo tra le aziende, affinché diventi strutturalmente a somma positiva.

2. Le aziende della rete dei servizi agli anziani

Per descrivere l'arena dei servizi agli anziani partiamo dall'analisi del modello di sistema complessivo in essere, per poi passare in rassegna compiti e ruoli dei singoli soggetti istituzionali e non, adottando l'approccio dell'economia aziendale di osservazione delle concrete dinamiche empiriche così come determinate dalle convenienze economiche, superando l'approccio basato sulla descrizione delle previsioni normative, le quali nel contesto in oggetto palesano rilevanti debolezze attuative.

Al proposito occorre infatti sottolineare come il settore socio-assistenziale in Italia non sia mai stato regolamentato da una legge quadro e come lo scenario attualmente in essere non sia neppure frutto di un disegno organico, in cui siano chiare fino in fondo competenze e responsabilità dei singoli attori. Pertanto quanto descriveremo è la fotografia della concreta realtà esistente, sommatoria di stratificazione di interventi, di norma non direttamente concepiti per i servizi sociali o socio-sanitari, ma conseguenze di processi di organizzazione o programmazione di altri settori pubblici confinanti con i servizi sociali (SSN, Ministero interno, Ministero lavoro e previdenza sociale, Enti locali, ecc.). Inoltre in questo comparto la distanza tra le norme — invero spesso frammentarie e confusive — e la realtà operativa delle singole aziende è particolarmente dilatata, come dimostra l'assoluta eterogeneità di soluzioni presenti nel paese, a fronte di una normativa ufficialmente uniforme.

Cercando di dare un primo quadro d'insieme occorre osservare come nel settore socio-assistenziale in senso stretto, escludendo quindi i servizi socio-sanitari legati al SSN, il modello di *welfare* italiano privilegi i trasferimenti monetari alle famiglie rispetto

all'erogazione di servizi reali: questo è facilmente osservabile analizzando l'incidenza della spesa previdenziale e dei contributi assistenziali (pensioni di invalidità, assegno di accompagnamento per i non autosufficienti, ecc.) sul *welfare mix* — siamo primi in Europa — rispetto ai servizi reali erogati, per la cui incidenza sul PIL siamo tra gli ultimi in Europa. La tabella 1 mostra proprio come per la spesa di protezione sociale complessiva l'Italia si colloca leggermente al di sotto della media E.U., mentre presenta una incidenza sul PIL, rispetto alla media E.U., superiore per le pensioni, avendo quindi un differenziale negativo rispetto ai servizi reali (sanità e servizi sociali).

Questo è un modello la cui origine storica è probabilmente rintracciabile nella cultura cattolica del nostro paese che ha cercato di privilegiare la famiglia come luogo di riproduzione sociale, e si colloca oggi, per ragioni di natura completamente diverse, alla frontiera del dibattito internazionale, pre-

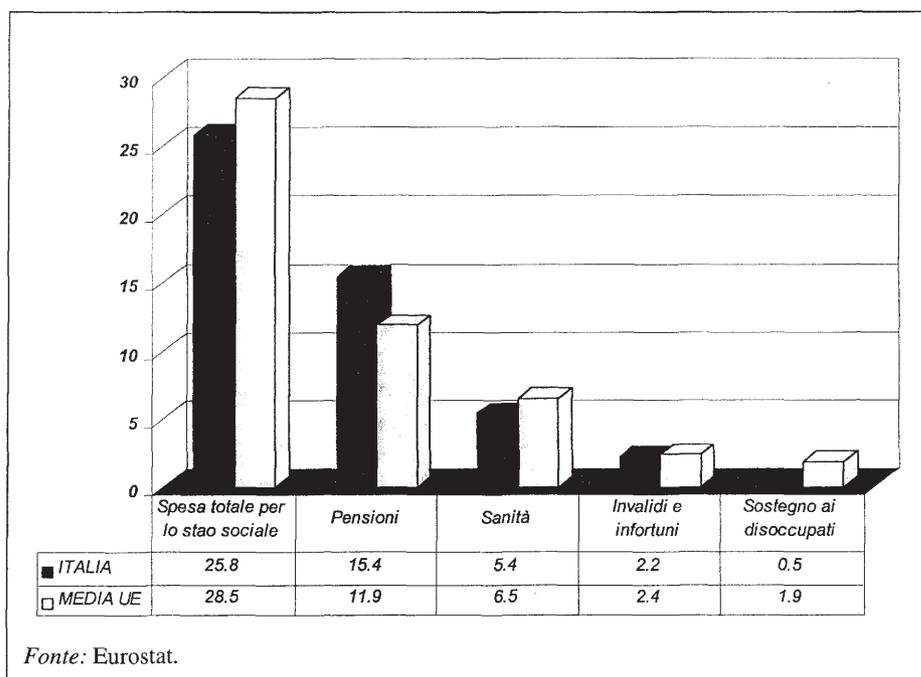
figurando di fatto un modello estremo di «consumer choice», seppur limitata, come vedremo, ad alcune tipologie di servizi. Se questo è vero in genere per i servizi socio-assistenziali italiani, inevitabilmente diventa ancora più pervasivo per il caso degli anziani, naturali percettori di trasferimenti monetari.

All'interno di questo scenario analizziamo ora compiti e funzioni dei principali soggetti istituzionali e non coinvolti: il comune, la regione, l'azienda USL, gli istituti assistenziali (a residenza continua o diurna), la famiglia.

2.1. Il comune

Esso è responsabile della tutela socio-assistenziale degli anziani, per i quali sopporta a spese del proprio bilancio anche gli oneri finanziari, solo in parte anche grazie a trasferimenti regionali, diversi sia nell'ammontare pro capite che nelle modalità di erogazione da regione a regione.

Tabella 1



I servizi che il comune eroga non sono soggetti a prescrizioni normative quali-quantitative e pertanto la variabilità dei servizi concretamente offerta è assai ampia, dipendendo dalla sensibilità, dalla storia, dalla disponibilità e dall'allocazione delle risorse locali. I servizi erogati o erogabili dal comune possono essere classificati come segue:

a) preventivi e di animazione socio-culturale: centri diurni per gli anziani, università per la terza età, lavori socialmente utili svolti dagli anziani, soggiorni climatici, mense per gli anziani, ginnastica di mantenimento, ecc.;

b) supporto sociale: pasti e lavanderia a domicilio, assistenza sociale, integrazione economica;

c) supporto socio-assistenziale intensivo: assistenza domiciliare, ricovero in strutture assistenziali a carattere permanente o diurno.

Il comune è libero di definire le strutture tariffarie che ritiene opportune, col solo vincolo generale di non poter superare il costo pieno del servizio (1). Nella generalità dei casi si osservano due opzioni alternative:

a) sostanziale gratuità di quasi tutti i servizi sociali offerti dal comune, che vengono limitati quantitativamente alle situazioni socialmente più deboli, per l'insufficienza delle risorse;

b) differenziazione delle tariffe per fasce di reddito estendendo quantitativamente il servizio anche a categorie abbienti che pagano di fatto il prezzo pieno del servizio o almeno l'intero costo variabile.

Entrambe le logiche hanno trovato concreta diffusione nel paese, anche se oggi la tendenza è quella di tipo b), nel tentativo di rispondere anche a quei bisogni, frequenti nel caso degli anziani, che sono di natura socio-psicologica, non dipendenti quindi da ristrettezze economiche: anziani che

non hanno più capacità organizzative o auto-organizzative, seppur dotati di sufficiente reddito. Nel progressivo passaggio dalla logica di tipo a) a quella di tipo b) occorre sottolineare come in molti comuni ciò non sia avvenuto tramite una sostanziale modifica delle tariffe o dei regolamenti, ma attraverso un cambio della sola gestione, inseguendo finalmente la reale capacità contributiva (arrivando incisivamente anche ai familiari più stretti), laddove prima la filosofia della gratuità dei servizi sociali indeboliva la ricerca del reale reddito degli utenti e delle loro famiglie. A titolo di esempio oggi molti comuni stanno facendo notevoli sforzi per vedersi riconoscere dalle famiglie degli anziani ricoverati in istituto praticamente l'intera tariffa, laddove in passato invece si era stati molto più generosi, atteggiamento in parte spiegabile anche dal numero significativamente più modesto di anziani ricoverati (2).

2.2. L'azienda USL

L'azienda USL è responsabile di tutte le attività sanitarie in senso stretto e socio-assistenziali a valenza sanitaria, che qui chiameremo socio-sanitarie per distinguerle da quelle socio-assistenziali di competenza del comune. I servizi per gli anziani possono essere classificati nelle seguenti categorie.

Servizi offerti alla generalità della popolazione (tra cui gli anziani)

a) Servizi sanitari: i servizi sanitari tradizionali di ricovero in regime ordinario, i *day hospital*, l'ospedalizzazione a domicilio, l'attività ambulatoriale diagnostica e specialistica.

b) La riabilitazione: i servizi e le prestazioni di riabilitazione possono essere erogate come conclusioni del ciclo di cura sanitario, quindi all'inter-

no di servizi offerti alla generalità della popolazione, oppure come parte integrante dell'assistenza domiciliare o come servizio di una struttura residenziale diurna o permanente, più tipicamente rivolti agli anziani.

Servizi specifici o prevalentemente utilizzati dagli anziani

a) L'assistenza domiciliare: le sue caratteristiche possono variare da una semplice assistenza infermieristica fino ad una vera assistenza domiciliare integrata in cui oltre all'assistenza infermieristica viene garantito il coordinamento del programma da parte del MMG e l'intervento di medici specialisti, fino all'utilizzo di percorsi privilegiati di accesso ai servizi ambulatoriali ospedalieri.

b) L'assistenza socio-sanitaria nelle strutture di ricovero o diurne: la quota parte delle tariffe delle strutture di ricovero permanenti o diurne socio-sanitarie rientrano nelle responsabilità finanziarie dell'azienda USL che paga questi servizi per i propri assistiti. In altre parole fatta 100 la tariffa per il ricovero di un anziano, l'intensità socio-sanitaria complementare a quella socio-assistenziale (ad esempio 60 e 40) determina il riparto della tariffa tra anziano/comune e l'USL. La quota socio-assistenziale deve essere pagata dall'anziano e dalla sua famiglia nei limiti della propria capacità contributiva (stabilita e vagliata dal comune medesimo) ed il resto viene coperto dal comune stesso. La quota socio-sanitaria viene invece pagata interamente dall'USL di residenza.

A differenza di quanto avviene nei servizi socio-assistenziali erogati dal comune, l'azienda USL deve erogare gratuitamente le prestazioni socio-sanitarie, come avviene per l'intero SSN. Generalmente i servizi socio-sanitari, assieme ai ricoveri, sono i soli a non avere neppure una applicazione di

ticket «moderatori», i quali comunque difficilmente possono essere visti come tariffe vicine ai costi marginali per classi di reddito selezionate. In questo modo spesso si assiste all'interno di uno stesso territorio o di zone limitrofe a situazioni paradossali in cui ad esempio l'assistenza domiciliare organizzata dal comune, magari poco intensa e poco qualificata, viene tariffata agli anziani per fasce di reddito, mentre l'assistenza domiciliare integrata dell'USL, magari con livelli assistenziali intensi e qualificati, è completamente gratuita.

Le aziende USL, per legge, dovrebbero strutturare la definizione del modello assistenziale da proporre al singolo anziano attorno la centralità di una *équipe* multidisciplinare medica e non, che valuta i bisogni e definisce le prestazioni e i servizi da attivare, chiamata unità di valutazione geriatrica (UVG). L'UVG a regime dovrebbe costituire l'unica porta di accesso alla rete dei servizi agli anziani. A oggi, le UVG operano realmente e incisivamente solo in poche aziende USL, e nella maggior parte dei casi, esse si limitano ad una valutazione rispetto ai soli bisogni socio-sanitari; soltanto in poche realtà avanzate e integrate coprono anche l'area dei bisogni socio-assistenziali. Inoltre esse raramente governano l'accesso all'intera gamma dei servizi socio-sanitari limitandosi solo ad alcune prestazioni (ad es. l'assistenza domiciliare), venendo poi scavalcate da altre unità organizzative dell'USL.

La numerosità e l'efficacia del lavoro svolto dalle UVG è in rapida crescita, ma al momento sicuramente ancora troppo rada rispetto alle necessità, lasciando di fatto, nella grande maggioranza delle aziende USL, all'anziano e alla sua famiglia la costruzione dell'intero progetto assistenziale e a singole unità organizzative delle diverse aziende componenti la rete dei

servizi la decisione se accettare o meno l'anziano.

2.3. Servizi socio-assistenziali e socio-sanitari

Qual è il confine tra socio-assistenziale di competenza del comune (e quindi tariffabile) e socio-sanitario di competenza dell'azienda USL (quindi gratuito)? Il confine sempre incerto e strutturalmente impreciso, risulta ancora più dubbio nel caso dei servizi agli anziani, dove non vi è soluzione di continuità, pensiamo ad esempio all'assistenza domiciliare, tra sociale e sanitario: le cure infermieristiche sono sanitarie, la pulizia della casa è sociale, la mobilitazione dell'anziano dove si colloca? Questo confine incerto, anche se ha visto un tentativo di regolamentazione nel decreto Craxi del 1985, registra concretamente nel paese declinazioni assai distanti e differenti (Cazzola G., 1994):

a) alcune regioni dai servizi sanitari territoriali molto estesi (es. Emilia-Romagna) hanno cercato di leggere in maniera estensiva il concetto di prestazione socio-sanitaria per «scaricare» più costi possibili sul SSN e quindi sulle finanze dello stato centrale, sgravando finanziariamente i propri comuni, ottenendo di fatto più servizi a spese del centro;

b) molte regioni meridionali hanno le aziende USL particolarmente deboli sul versante socio-sanitario territoriale e non, perché appiattite prevalentemente su quello ospedaliero: in questo caso i comuni leggono in maniera estensiva il concetto di socio-assistenziale erogando in questo comparto prestazioni tipicamente socio-sanitarie, gravando quindi sui bilanci comunali, liberando indirettamente risorse sui finanziamenti del SSN;

c) altre regioni, la più importante tra le quali è sicuramente la Lombardia, hanno cercato di definire con pre-

cisione i confini per responsabilizzare finanziariamente i comuni, non senza aver cercato di convincerli a delegare la gestione dei servizi sociali alle aziende USL, le quali ricevono quindi la copertura dei costi dei servizi socio-assistenziali delegati loro dai comuni.

Come vedremo più avanti (vedi par. 4) la definizione del confine tra sociale e sanitario non è una questione formale o giuridica ma una precisa scelta strategica che deve essere fatta dalle aziende della rete dei servizi per gli anziani: occorre infatti definire prima la responsabilità finanziaria, la responsabilità gestionale e la tariffabilità per tracciare poi tatticamente un confine normativo o contrattuale utile allo scopo (Longo F., Montanelli R., 1995).

2.4. Le strutture di assistenza per gli anziani

Gli istituti di assistenza sono prevalentemente residenziali di tipo permanente anche se gli ultimi modelli assistenziali invocano la diffusione di strutture anche solo diurne, magari con la possibilità di ricoveri periodici o saltuari, nella fase di maggior bisogno dell'anziano o per permettere alla famiglia la cosiddetta «vacanza assistenziale».

Le strutture di assistenza agli anziani presentano nel nostro paese una gamma estremamente varia di formule gestionali, che possiamo così riassumere:

a) gestione diretta da parte di comuni o USL;

b) aziende pubbliche o para pubbliche: società di proprietà di enti locali o IPAB;

c) privati *profit* e *non profit*.

La natura dei servizi erogati oscilla tra quella socio-sanitaria a quella socio-assistenziale (o misti), anche se non sempre la correlazione tra tipologia di utenti, di servizi, di definizione

giuridica e di correlati finanziamenti è perfetta. Spesso si trovano anziani che necessitano prevalentemente prestazioni socio-sanitarie in strutture il cui *focus* è socio-assistenziale e viceversa, così come si osservano finanziamenti in quota socio-assistenziale laddove le prestazioni sono prevalentemente socio-sanitarie e viceversa. La variabilità tra le regioni e all'interno delle regioni è molto alta anche perché solo di recente si stanno definendo e controllando gli *standard* strutturali e assistenziali reali delle diverse fattispecie.

2.5. La regione

La regione anche in questo campo non gestisce direttamente servizi ma programma, regola e per una parte significativa finanzia la rete dei servizi per gli anziani sia sul versante socio-sanitario (attingendo dal fondo sanitario regionale), sia sul versante socio-assistenziale (per il quale attinge al fondo sociale regionale, in parte finanziato dal centro in parte finanziato in proprio). Sulle logiche di riparto del fondo si veda *infra* (par. 3).

2.6. L'anziano e la famiglia

Ricordiamo di essere in un sistema di *welfare* che preferisce i trasferimenti monetari alle famiglie all'erogazione di servizi reali nel confronto con gli altri paesi europei. L'anziano e la famiglia può collocarsi all'interno di uno dei seguenti tre modelli assistenziali:

a) autonoma capacità di riproduzione sociale: l'anziano non attiva alcun servizio esterno, potendo contare in maniera esaustiva sulle proprie capacità ed energie personali o del tessuto sociale di riferimento;

b) utilizzo di servizi socio-assistenziali diurni e/o domiciliari: richiede i servizi comunali, i quali compor-

tano l'esborso della tariffa legate alla propria fascia di reddito, oppure attiva i servizi socio-sanitari gratuiti dell'USL, o come spesso avviene, soprattutto laddove non sono realmente integrati, li richiede entrambi;

c) ricovero in una struttura per anziani.

3. Gli attuali sistemi di finanziamento dei servizi agli anziani

Dopo aver fotografato l'arena degli attori dei servizi agli anziani analizziamo le modalità di finanziamento di ogni soggetto facente parte della rete, per poter successivamente declinare le loro particolari convenienze economiche e strategiche.

3.1. Il comune

La finanza dei comuni ha subito negli ultimi 7-8 anni una profonda trasformazione: se precedentemente la finanza derivata garantiva una percentuale oscillante tra il 60-70% di trasferimenti centrali sul totale delle entrate comunali, oggi la situazione è perfettamente invertita, la stessa percentuale è rappresentata dalle entrate proprie (tariffe, imposte locali, tasse locali, gestione patrimoniale, sanzioni amministrative). Per comprendere la natura del finanziamento dei servizi rivolti agli anziani occorre analizzare le diverse voci del bilancio. Per cercare una correlazione logica tra le diverse entrate e uscite il bilancio può oggi essere scomposto utilmente in tre componenti:

a) servizi istituzionali (organi politici e rappresentativi, anagrafe, urbanistica, vigilanza);

b) servizi a forte valenza imprenditoriale (acqua, fogna, metano, rifiuti e nettezza urbana);

c) servizi di animazione socio-culturale (sport, cultura, servizi socia-

li, servizi educativi, servizi per il sostegno scolastico).

L'obbligo di pareggio di bilancio non comporta dal punto di vista normativo e gestionale alcun vincolo alla destinazione delle diverse e specifiche entrate. Osservando le politiche di bilancio oggi in essere, si registra però una tendenza a legare fonti e impieghi in base alle seguenti correlazioni:

a) i servizi istituzionali sono coperti dai trasferimenti centrali da parte dello Stato;

b) i servizi a natura imprenditoriale sono oggi coperti di norma al 100% dalle tariffe pagate dagli utenti, compresi anche i rifiuti;

c) i servizi di animazione culturale sono finanziati prevalentemente dal sistema impositivo locale, a cui si aggiungono per la parte rimanente le tariffe e alcuni trasferimenti vincolati regionali (Zangrandi A., 1994).

La dimensione quanti-qualitativa dei servizi erogati è pertanto così definita:

a) i servizi istituzionali sono fissi, legati a *standard* demografici, e correlati logicamente a trasferimenti centrali annuali, destinati a stabilizzarsi nel tempo, al livello modesto raggiunto negli ultimi esercizi;

b) il livello qualitativo dei servizi imprenditoriali ottenibile è definito dal livello delle tariffe, mentre i volumi complessivi sono determinati dai consumi, essendo ormai le tariffe pari ai costi pieni;

c) i servizi di animazione socio-culturale sono legati al livello di pressione impositiva locale e tariffaria in questo comparto, al netto dei trasferimenti regionali. Essi sono infatti i servizi più «variabili», cioè quelli che più rapidamente possono essere incrementati o diminuiti, presentando una batteria di costi fissi modesti, essendo gestiti prevalentemente con forme di esternalizzazione molto flessibili (cooperative sociali o culturali).

Possiamo quindi affermare che la logica prevalente assunta nei comuni italiani comporta che la scelta della politica impositiva locale si ripercuote prevalentemente su servizi di animazione socio-culturale: in altre parole decidendo l'aliquota dell'ICI (l'imposta locale più significativa) si decide il livello quali-quantitativo soprattutto dei servizi sociali e culturali, tra cui quelli agli anziani. Pertanto oggi l'assessorato ai servizi sociali non può più limitarsi a politiche o tattiche di sola massimizzazione della quota parte di bilancio che verrà assegnato, così come avveniva in epoca di prevalenza della finanza derivata e quindi di eterodefinizione delle risorse dell'ente locale. Oggi i servizi sociali, assieme a quelle culturali, devono offrire al comune gli strumenti per giustificare la propria pressione impositiva locale («marketing fiscale»): mostrare un livello dei servizi coerente al livello di imposizione fiscale locale proposto sul mercato «elettorale-finanziario». I servizi agli anziani del comune sono quindi finanziati oggi in parte dalle tariffe dagli utenti e in parte dalle imposte locale, dipendendo quindi profondamente dal livello di pressione impositiva locale. A questi si aggiungono i trasferimenti regionali, molto diversi da regione a regione, la cui modalità di riparto viene discussa nei paragrafi successivi.

3.2. L'azienda USL

L'azienda USL viene finanziata, nella maggior parte delle regioni italiane, a quota capitaria per il numero degli abitanti residenti pesati in base ai loro bisogni sanitari (età, tassi di morbilità, ecc.). La quota capitaria è per lo più indistinta e serve quindi all'azienda sia per sostenere i propri costi diretti, sia per pagare la mobilità sanitaria in uscita presso altre aziende sanitarie pubbliche e private (Del Vecchio M.,

1994). Tra queste anche le strutture di assistenza agli anziani che erogano attività socio-sanitarie. Questa spesa è molto rilevante all'interno dei bilanci delle aziende USL: in assenza di ricerche specifiche possiamo stimarla ragionevolmente tra il 7 e il 12 % degli impegni annuali. Alcune regioni non trasferiscono ancora l'intero fondo sanitario regionale per quota capitaria e, soprattutto per le prestazioni socio-sanitarie, tendono ancora a pagare a piè di liste le singole voci di spesa computate analiticamente (es. i ricoveri in istituto per anziani, così come per malati psichici). La tendenza generale nel paese è però quella di estendere progressivamente la quota capitaria all'intero fondo sanitario regionale, lasciando all'autonomia aziendale delle USL la suddivisione delle risorse tra i vari comparti.

3.3. Le strutture di assistenza per gli anziani

Le strutture di assistenza per gli anziani, indipendentemente dalla proprietà e dalla natura del servizio, fatturano a tariffa, di solito per giornata di degenza, distinguendo per l'intensità assistenziale richiesta. Le tariffe negli ultimi anni sono sempre più state concepite in modo tale da coprire i costi correnti, senza gravare ulteriormente sulla proprietà (3). Anche strutture a diretta gestione pubblica (soprattutto dei comuni) si stanno progressivamente uniformando a questa prassi, abbandonando il doppio regime finanziario: tariffe troppo modeste da un lato (per non gravare sugli utenti), abbinate a successivi ripiani a piè di lista da parte della proprietà. Il ripiano a piè di lista dei disavanzi di una intera struttura assistenziale impedisce infatti di esplicitare il livello di solidarietà sociale per ogni anziano assistito, aspetto che invece emerge chiaramente quando il comune integra, fino al

raggiungimento della tariffa piena, la capacità contributiva dell'utente (Zangrandi A., 1993).

Ricordiamo che il pagamento della tariffa è a carico della famiglia se si tratta di prestazioni socio-assistenziali fino al limite della capacità contributiva dell'anziano e della sua famiglia, dopo di che interviene il comune; mentre le prestazioni socio-sanitarie sono a totale carico dell'USL di residenza dell'anziano. Le tariffe sono definite liberamente dalle strutture sul versante socio-assistenziale, mentre sono generalmente definite dalle regioni sul versante socio-sanitario.

Come regola generale si osservano tariffe per ricoveri e/o servizi socio-assistenziali abbastanza modeste (anche nello sforzo da parte delle strutture di assistenza di non gravare troppo sugli anziani), mentre risultano più generose per i servizi e le prestazioni socio-sanitarie a carico del SSN. Le regioni stanno però progressivamente definendo e regolamentando le prestazioni e i livelli di assistenza socio-sanitaria che vengono riconosciute e pagate dalle aziende USL, in quanto provenienti in ultima analisi dal fondo sanitario regionale.

In alcuni casi esistono degli ulteriori trasferimenti socio-sanitari da parte dell'azienda USL (o della regione) per particolari prestazioni (es. fisioterapia), di norma finanziate con una logica notulare.

3.4. La regione

La regione, pur all'interno di significative differenze di risorse assegnate e di logiche, finanzia i servizi agli anziani attingendo da due diversi fondi regionali: quello socio-assistenziale e quello sanitario. Il fondo sanitario regionale storicamente costituisce un fondo a destinazione vincolata, trasferito dal centro (la cui capienza è generalmente insufficiente), che per le po-

litiche di bilancio regionali costituisce nella migliore delle ipotesi una partita di giro e, nella peggiore, un capitolo da incrementare con mezzi propri.

Il fondo socio-assistenziale viene tradizionalmente ripartito ai comuni e alle altre aziende *profit* e *non profit* riconosciute e convenzionate con la regione in base a logiche di riparto del tipo «tariffa per prestazioni». Questa modalità di finanziamento consente alla regione di definire le prestazioni socio-assistenziali a lei fatturabili, influenzando quindi pesantemente le politiche sociali degli enti locali. Il noto limite di questo modello nei servizi sociali è che sfavorisce la prevenzione, premiando le prestazioni per acuti. Recentemente alcune regioni si stanno lentamente spostando verso modelli di trasferimento ai comuni più legate alla logica della quota capitaria per il numero dei soggetti a «rischio», ad esempio il numero degli anziani, ad imitazione di quanto sta avvenendo sul versante sanitario e quanto sta avvenendo in alcune significative esperienze internazionali nel campo dei servizi sociali (es. UK). Si tratta però ancora di tendenze di frontiera: il cuore dei finanziamenti regionali socio-assistenziali è in base alla logica «tariffa per prestazione».

Il fondo sanitario viene invece ripartito prevalentemente alle aziende USL in base alla quota capitaria. Alcune regioni tendono però a dividere questo fondo in due parti: quella esclusivamente sanitaria e quella socio-sanitaria, tra cui rientrano quasi tutti i servizi agli anziani. Laddove si costituisce un fondo socio-sanitario *ad hoc* la tendenza è quella di ripartirlo con gli stessi criteri del fondo socio-assistenziale (a «prestazione»), in evidente incoerenza con il riparto a quota capitaria del resto del fondo sanitario. Questo viene giustificato dalla tendenza «ospedalocentrica» delle aziende USL, che tenderebbero a consuma-

re l'intera quota capitaria per prestazioni sanitarie pure, dimentiche dei servizi socio-sanitari (es. assistenza domiciliare). I paragrafi seguenti analizzano le in/coerenze di questo approccio.

3.5. L'anziano e la famiglia

L'anziano e la sua famiglia sono collocati, lo ricordiamo, in un modello di *welfare* che privilegia i trasferimenti monetari (previdenza, invalidità, assegni di accompagnamento) ai servizi reali. Finanziamenti reali aggiuntivi vengono naturalmente percepiti quando la famiglia accede anche ai servizi. Ricordando la tripartizione delle situazioni assistenziali (autoriproduzione sociale, assistenza domiciliare o diurna, ricovero in istituto), tanto più l'anziano e la famiglia mantengono viva la propria capacità di riproduzione sociale tanto meno godono, nell'attuale rete dei servizi, di risorse aggiuntive da parte del sistema di *welfare*. Al contrario tanto più l'anziano e il suo retroterra affettivo sono passivi tanto più accedono alle risorse pubbliche. Evidentemente questa logica trova una giustificazione, anche se molto parziale, dal probabile incremento dell'effettivo bisogno all'aumentare della passività nella riproduzione sociale. A titolo di esempio una famiglia che assiste interamente in proprio un proprio anziano a domicilio non riceve alcun contributo, al contrario chi lo ricovera in istituto riceve contributi reali in media di 1-3 milioni di lire a seconda del livello di disabilità e di reddito.

L'anziano e la famiglia sono soggetti ad una seconda dinamica redistributiva: tanto più riescono a ottenere servizi socio-sanitari (più intensi e costosi) e a comprimere le richieste di prestazioni socio-assistenziali (meno complesse e costose) tanto più si avvicinano alla gratuità totale.

4. Le convenienze strategiche di ogni azienda

Dopo avere discusso il modello di finanziamento di ogni azienda della rete dei servizi agli anziani, cerchiamo di declinarne le convenienze economiche da cui discendono le più probabili strategie, per poter discutere, nel successivo paragrafo, le loro coerenze ed incoerenze.

Questa analisi poggia su un triplo assunto:

a) le aziende dell'arena dei servizi agli anziani sono in grado di leggere lo scenario economico di riferimento e di coglierne le proprie convenienze strategiche;

b) le aziende accettano le regole del meccanismo di finanziamento e la loro lealtà ne convalida i meccanismi, rendendone veritiere le compatibilità finanziarie complessive (se tutte sfondassero i tetti ottenuti applicando le regole di finanziamento, evidentemente il meccanismo di riparto registrerebbe un evidente fallimento attuativo, oltre a perdere ogni credibilità);

c) le aziende sono in grado di modificare i propri comportamenti in base alla lettura delle proprie convenienze economiche.

È probabile che ognuno di questi tre assunti sia oggi in parte veritiero e in parte rappresenti ancora un auspicio o un orizzonte di riferimento per i processi di innovazione aziendale in corso. Pertanto l'analisi che segue rappresenta in parte già una lettura di molti fenomeni dell'oggi (per la percentuale di veridicità dei tre assunti citati), in parte una analisi di prospettiva, la cui significatività dipenderà dalla velocità con cui i citati assunti verranno fatti propri dalle aziende dei servizi agli anziani o da parte di chi governa la rete.

Alcune di queste convenienze discendono come auto-evidenti dallo stesso meccanismo finanziario, altre

sono invece più complesse da determinare: non si ha qui pertanto la pretesa di esaustività nell'analisi delle convenienze economiche delle singole aziende, ma di osservare ciò che appare come più rilevante.

4.1. Il comune

Il comune ha come orizzonte di riferimento il proprio mercato elettorale-politico, per il quale si sforza di attivare più servizi possibili agli anziani, cercando di minimizzarne la spesa, per poter tenere bassa la pressione fiscale e tariffaria locale.

Per fare questo cerca di:

a) «scaricare» più prestazioni e servizi possibili sul comparto socio-sanitario a carico dell'azienda USL, leggendo in maniera restrittiva la definizione dei compiti socio-assistenziali;

b) di attivare tutti i servizi ed erogare tutte le prestazioni pagate a piè di lista dalla regione con la logica «tariffe per prestazioni», indipendentemente dal loro valore sociale, essendo sostanzialmente gratuite (finanziariamente e politicamente) per l'ente locale;

c) privilegiare la pressione tariffaria su quei servizi dove il soggetto che riscuote dalle famiglie sia diverso dal comune, come le strutture di ricovero per anziani, per non apparire come ente oneroso per l'anziano e le famiglie.

L'effetto netto della ricerca delle convenienze comunali può essere pertanto una istituzionalizzazione dell'anziano [per i punti b) e c) delle convenienze] e un tentativo di medicalizzazione dei servizi [come effetto del punto a)].

4.2. L'azienda USL

L'azienda USL, al contrario, cerca di «scaricare» più prestazioni possibili sul comparto socio-assistenziale a

carico del comune, indebolendo le prestazioni socio-sanitarie. A giustificazione di ciò viene citata anche la capacità di autofinanziamento del servizio da parte del comune attraverso la tariffazione del servizio.

Nei confronti delle strutture residenziali è comprensibile un atteggiamento di severo controllo amministrativo, per cercare di minimizzare l'esborso per i ricoveri e per le prestazioni socio-sanitarie, adottando logiche negoziali minimizzatrici delle tariffe e dei volumi. In queste due direzioni («scarico» sul socio-assistenziale e compressione dei ricoveri) può essere utilizzata strumentalmente l'UVG, che comunque è un gruppo di lavoro controllato dall'USL.

Questo può portare a:

a) un indebolimento delle prestazioni socio-sanitarie;

b) la presenza di un debole filtro territoriale, a tutto favore dell'ospedalizzazione;

c) la compressione degli standard assistenziale socio-sanitari nelle strutture di ricovero.

L'eventuale finanziamento da parte della regione delle prestazioni socio-sanitarie al di fuori della quota capitaria, non può che favorire una deresponsabilizzazione dell'azienda USL, portata a «scaricare» più servizi possibili sulle attività (es. ricoveri in istituto) finanziate a notula e a piè di lista dalla regione.

4.3. Le strutture di assistenza per gli anziani

La convenienza strategica assunta dalle diverse strutture di assistenza è simile a prescindere dai diversi assetti istituzionali o proprietari, soprattutto da quando si è imposta la logica della tariffa pari al costo pieno, dove la solidarietà sociale avviene a integrazione della retta da parte del comune di residenza.

Essendo pagate a tariffa la loro strategia di fondo non può che essere quella di sforzarsi di «vendere» costantemente tutta la propria capacità produttiva. Questo risulta particolarmente conveniente in questo tipo di aziende la cui configurazione dei costi è prevalentemente fisso, laddove quindi ad ogni ricavo marginale corrisponde un costo marginale decisamente inferiore. La logica di fondo non può che essere quella di tendenziali «iperproduttori», sicuramente non interessanti, stante questo modello di finanziamento, a collaborare o a favorire eventuali modelli assistenziali alternativi, come l'assistenza domiciliare.

La stessa configurazione dei costi rende particolarmente attraente spostarsi sul versante socio-sanitario piuttosto che quello socio-assistenziale, soprattutto in considerazione della maggiore generosità di questo secondo tipo di tariffe. Inoltre la pressione del controllo del mercato socio-sanitario è sicuramente più debole, rispetto a quello socio-assistenziale, poiché nel primo l'intera spesa è a carico di un soggetto pubblico — l'USL — non ancora molto attento alle proprie spese socio-sanitarie convenzionate esterne, mentre sull'altro versante ci sono le famiglie e i comuni, sicuramente pagatori più attenti e responsabilizzati.

Le strutture di ricovero per anziani, inoltre, hanno a disposizione una chiara e precisa strategia difensiva nei confronti di una eccessiva severità amministrativa e/o gestionale dell'USL: «scaricare» gli anziani sull'ospedale non appena palesino dei bisogni assistenziali giudicati eccessivi o incoerenti rispetto alle tariffe o ai controlli socio-sanitari subiti.

4.4. La regione

La regione non è più un attore passivo di un sistema definito centralmente

dallo Stato: è «un primo mobile» della rete dei servizi agli anziani. Pertanto non reagisce a stimoli esterni, ma è promotrice di stimoli, che ora cercheremo di analizzare per come la regione tende ad esprimerli. L'analisi proposta non si riferisce ad una particolare regione, ma alle logiche e alle politiche adottate oggi mediamente, che registrano scostamenti più o meno ampi nei singoli contesti regionali.

La diffusa tariffazione a «notula» delle prestazioni socio-assistenziali rispetta la regola aurea di tutti i sistemi tariffari: «si ottiene ciò che si paga» (Donzelli A., 1997). Le regioni tendono a privilegiare prestazioni di particolare impegno tecnico, che quindi vengono erogate fino all'esaurimento dei fondi e spesso anche oltre. In questo modo non si responsabilizza il comune ad attivare politiche e servizi che favoriscano lo sviluppo dell'auto-riproduzione sociale da parte degli anziani, ma ad erogare i servizi complessi che vengono riconosciuti dal terzo pagante regionale. I comuni che più attivano prestazioni socio-assistenziali complesse vengono privilegiati, mentre vengono penalizzati quelli che impostano politiche di prevenzione e di sostegno all'auto-tutela.

Questo errore viene evitato sul versante SSN quando la spesa socio-sanitaria viene inserita in maniera indistinta e non vincolata nella quota capitolaria complessiva riconosciuta all'azienda USL, la quale in questo modo viene responsabilizzata ad attivare politiche di prevenzione e di sostegno dell'auto-riproduzione sociale, piuttosto che dover erogare o pagare costose prestazioni complesse. Invece separando il fondo socio-sanitario da quello sanitario e allocandolo attraverso un sistema tariffario, che privilegia ancora una volta le prestazioni intensive e complesse, si ricade negli stessi limiti già illustrati in tema di distribuzione dei

fondi socio-assistenziali. In alcune regioni i pagamenti ai fornitori esterni avvengono ancora direttamente dal bilancio regionale, senza responsabilizzare USL, ottenendo un chiaro effetto di incentivo allo «scarico» da parte dell'azienda sanitaria, che non si vede attribuire oneri finanziari per i propri residenti ricoverati in strutture socio-sanitarie.

Molte regioni tendono a mantenere il dato storico del governo centrale e del controllo tecnico-amministrativo dei fornitori dei servizi agli anziani, soprattutto per quanto riguarda le strutture assistenziali agli anziani. Questo ha un doppio effetto negativo:

a) rimanendo gli uffici dell'USL in tutto o in parte il momento operativo della regione, questo spinge le aziende USL a privilegiare una logica strettamente burocratica di applicazione di regole centrali;

b) deresponsabilizza le USL a diventare protagoniste del governo della rete complessiva del servizio agli anziani nel proprio territorio, sfilando dalle possibili leve aziendali uno strumento, come la negoziazione e il controllo diretto dei propri fornitori socio-sanitari.

L'anziano e la famiglia

L'anziano e la sua famiglia sono collocati in un doppio paradosso: la passività nella riproduzione sociale comporta l'aumento delle risorse ottenibili dal sistema di *welfare*, così come la medicalizzazione garantisce la gratuità. Non vi è alcun incentivo ad alimentare e a sviluppare la propria capacità di auto-assistenza, mentre più servizi esterni si richiedono, più risorse reali possono potenzialmente essere ottenute. Inoltre tra le prestazioni da richiedere vi è una netta convenienza a spostarsi verso prestazioni sanitarie, interamente gratuite.

L'unico modo di sterilizzare l'evidente pericolo di comportamenti opportunistici dell'anziano o indotti dalla sua famiglia, oppure situazioni di insufficiente tensione all'auto-assistenza, nonostante oggettive possibilità, è l'efficace presenza di una unità di valutazione geriatrica che governi l'accesso all'intera rete dei servizi per tutti gli anziani residenti nel territorio di competenza.

5. Una rete di aziende in un gioco a somma negativa

Come ha già delineato in parte l'analisi del precedente paragrafo, le convenienze strategiche dovute agli attuali meccanismi di finanziamento e alla conseguente ricerca degli interessi particolari delle singole aziende non necessariamente massimizza le convenienze della rete dei servizi agli anziani. Il gioco competitivo risulta tendenzialmente a somma negativa, distruttore di risorse sociali e non ottimizzante i risultati. Questo è dovuto alla stretta interconnessione funzionale e gerarchica dei servizi e delle prestazioni rintracciabili lungo la rete: ogni azienda può cercare di spostare a monte o a valle, oppure di attrarre da monte o da valle, rispetto alla propria fase produttiva, la responsabilità dell'intervento a seconda delle proprie convenienze economiche, senza che questo massimizzi il risultato sociale. Infatti non esiste una visione unitaria o un governo complessivo della rete tale per cui le regole del gioco competitivo siano strutturate in modo che la legittima concorrenza spinga ad aumentare il risultato sociale.

Il comune cerca di «scaricare» sull'azienda USL e viceversa, ognuno interpretando a proprio favore gli incerti confini tra socio-assistenziale e socio-sanitario.

Le strutture di ricovero cercano di saturare tutta la propria capacità pro-

duttiva, spiazzando l'assistenza domiciliare, potendo giocare sulla confusa complicità delle famiglie propense ad abbandonare modelli assistenziali molto onerosi sul piano psicologico ed operativo, quando non è chiara e forte l'alternativa.

Le strutture residenziali cercano di ampliare la sfera socio-sanitaria, ben retribuita dall'USL; questa reagisce cercando di inasprire i controlli; le strutture di ricovero rispondono spingendo in ospedale i casi troppo onerosi.

Le famiglie sono quasi incentivate ad adottare comportamenti opportunistici (delega ai servizi di *welfare*, meglio se sanitari) e sicuramente non incentivate ad attivare le proprie capacità di auto-riproduzione.

La regione è interessata a favorire prestazioni articolate e complesse e finisce per non incentivare interventi preventivi a monte del processo degenerativo. In molte regioni inoltre essa cerca di governare e finanziare direttamente i fornitori esterni, deresponsabilizzando finanziariamente le USL, che sono così incoraggiate a «scaricare» sugli istituti (ben contenti di esaurire la propria capacità produttiva) utenza che altrimenti graverebbe sul proprio bilancio.

Il complesso di queste strategie, determinate da una prima ed immediata lettura del quadro delle convenienze economiche, produce molto probabilmente un esito negativo nel gioco competitivo fra le aziende facenti parte della rete dei servizi agli anziani. La somma negativa come esito del gioco competitivo, frutto della ricerca degli interessi particolari e immediati delle singole aziende, in ultima analisi, danneggia anche le singole aziende, le quali, in media rispetto alla rete, ottengono meno di quanto probabilmente potrebbero raggiungere se il gioco potesse diventare a somma positiva.

L'approfondimento dell'analisi dell'esito ultimo delle singole strategie, infatti, evidenzia per ogni azienda della rete dei significativi punti di debolezza rispetto al raggiungimento dei propri fini istituzionali.

Chi governa il comune potrebbe trovare scompensi sul proprio mercato elettorale per una eccessiva medicalizzazione dei servizi che potevano rimanere socio-assistenziali. L'USL può perdere una grande opportunità di diminuire i tassi di ospedalizzazione degli anziani, perché l'esasperata delega dell'assistenza agli anziani al comune impedisce lo sviluppo di un'assistenza domiciliare intensiva alternativa al ricovero all'ospedale. All'istituto residenziale il conflitto con l'USL può far perdere grosse opportunità di qualificazione e specializzazione sanitaria, non venendo attivata la potenzialità di funzionare come reparto «subospedaliero». La famiglia per adottare comportamenti opportunistici è costretta a esternalizzare la dimensione della cura incrinando pericolosamente la propria dimensione di protezione materiale ed affettiva. La regione, per acquisire prestazioni specialistiche, indebolisce strutturalmente l'intervento preventivo a monte e l'auto-assistenza degli anziani.

6. Ipotesi per un nuovo sistema di relazioni nella rete

Vi sono due possibili opzioni di fondo per cercare di rispondere all'esito indesiderato dell'attuale gioco competitivo tra le aziende che erogano prestazioni per gli anziani:

a) definire o istituire un centro unico responsabile del governo della rete, che razionalizzi compiti, meccanismi di finanziamento, comportamenti;

b) portare le aziende a ricercare strategie alternative, che ricerchino sinergie, collaborazioni e contratti inte-

raziendali, con i quali, rinunciando ad alcuni vantaggi economici immediati e in parte apparenti, garantiscano miglioramenti nei risultati di medio periodo o di effetto più complesso.

La prima soluzione (definire una responsabilità unica per la rete) non è attualmente percorribile in quanto l'arena del sistema di *welfare* si sta evolvendo verso una progressiva e strutturale separazione delle aziende pubbliche e di quelle *non profit*, ognuna responsabilizzata singolarmente sui propri fini istituzionali e sul proprio equilibrio di lungo periodo. In altre parole, ipotesi di integrazioni istituzionali non sono al momento proponibili, in quanto la tendenza nel settore è nella direzione opposta, cioè di una separazione sempre più marcata tra sociale e sanitario e tra azienda e azienda.

Non rimane che la seconda opzione, cioè la presa di coscienza da parte delle singole aziende della rete che la ricerca di sinergie e collaborazioni con i propri competitori della catena di produzione probabilmente garantisce migliori opportunità per tutti.

Cercheremo ora di delineare le singole convenienze alla collaborazione competitiva (Borgonovi E., 1997), per poi delineare il possibile quadro alternativo che si delineerebbe per la rete dei servizi. Per fare questo analizziamo singole potenziali aree d'accordo e di sinergie all'interno della rete e le condizioni affinché queste si possano realizzare (pianificazione concordata).

6.1. Comune-USL

Comune ed azienda USL possono trarre significativi vantaggi dall'interpretazione estensiva invece che restrittiva della propria sfera di responsabilità, rispettivamente servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, se ciò avviene in un quadro di collaborazione e

correttezza reciproca. Infatti in questo modo si può concepire soprattutto rispetto a servizi preventivi (animazione socio-culturale per gli anziani, centri residenziali diurni, ginnastica e fisioterapia), all'assistenza domiciliare (sociale e sanitaria) e alle strutture residenziali un compiuto sistema di tutela degli anziani senza soluzione di continuità. La continuità dei servizi può essere garantita solo dalla collaborazione tra le due aziende, che può essere raggiunta attraverso logiche e strumenti molto diversi tra loro, ma che possono tutti quanti risultare efficaci, a secondo dei singoli contesti locali:

- a) accordi di programma o contrattuali;
- b) formule organizzative miste;
- c) delega dei servizi e riconoscimento degli oneri finanziari per le rispettive competenze.

Il comune, in questo modo, rispetto al proprio mercato di riferimento, quello «elettorale-impositivo» locale, può presentarsi offrendo una rete di prestazioni significativamente più ampia e ricca rispetto a prelievi finanziari imposti, in quanto la rete offerta comprende in *un unicum* anche i servizi sanitari, che risultano gratuiti rispetto alle finanze comunali e al sistema tariffario sostenuto dai cittadini. In altre parole il comune può «rivendere» sul proprio mercato sociale servizi che sono in realtà a carico del SSN, in quanto assolutamente integrati con i propri: i cittadini non sono così interessati a cogliere le responsabilità finanziarie tra i singoli enti, ma desiderano semplicemente trovare servizi quanti-qualitativamente apprezzabili senza dover subire una eccessiva pressione impositiva o tariffaria locale.

Ma anche l'azienda USL trova una evidente convenienza a costruire una rete di efficace prevenzione socio-assistenziale, capace di sostenere l'auto-riproduzione sociale dell'anziano e di

ritardare il più possibile il ricorso a prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, in particolar modo il ricovero in istituto o in ospedale. Per ottenere questo probabilmente può risultare conveniente all'USL un investimento nei servizi socio-sanitari territoriali, soprattutto se risultano sinergici con quelli socio-assistenziali, sia rispetto al raggiungimento dei propri fini di istituto, sia rispetto all'impatto finanziario. Infatti, visto da un altro punto di vista, l'azienda sanitaria in questo modo non fa altro che utilizzare per i propri fini anche le risorse del comune.

La collaborazione tra i due enti potrebbe anche cercare di dare una risposta al difficile problema della tariffazione asimmetrica tra prestazioni socio-assistenziali (per fasce di reddito) e quelle sanitarie (universali e gratuite) cercando di costruire un sistema tariffario unitario a carico delle famiglie, costruito in coerenza alla loro capacità di reddito. Infatti, se l'USL ha il divieto amministrativo di tariffare, la costruzione di una rete di servizi integrati, offerti congiuntamente, potrebbe aprire in qualche modo la possibilità di tariffare l'intero pacchetto. I vantaggi per questa ipotesi potrebbero essere molteplici:

- a) recuperare risorse per finanziare anche prestazioni socio-sanitarie, laddove il problema non sia la capacità reddituale dell'anziano, ma solo la sua debolezza organizzativa;
- b) sterilizzare il pericolo di comportamenti opportunistici o distorti, che favoriscono la medicalizzazione dei servizi, solo perché sono gratuiti;
- c) offrire in una visione d'insieme una gamma di prestazioni molto più ampia, rispetto a cui le stesse tariffe socio-assistenziali del comune sembrerebbero probabilmente molto più modeste.

Le soluzioni giuridiche o contrattuali ipotizzabili per ottenere una pri-

ma tariffazione di fatto anche delle prestazioni socio-sanitarie, quando queste sono integrate con quelle del comune, sono diverse:

a) il servizio nel suo complesso è gestito dal comune (l'USL è solo un fornitore parziale): il comune tariffa praticamente a costo pieno rispetto alla propria quota parte (magari «spalmato» quote significative di propri costi generali) per ottenere nel complesso un ricavo coerente rispetto ai livelli desiderati. USL e comune si suddividono quindi gli oneri finanziari in coerenza a questo prelievo comunale in modo da suddividersi di fatto anche parte dei ricavi;

b) l'interfaccia con l'utente è rappresentato da un soggetto terzo (una azienda *non profit* oppure un gestore di servizi per gli anziani, ad esempio una struttura residenziale), che tariffa per fasce di reddito il servizio. Il trasferimento finanziario con il comune non è problematico; l'USL invece può vendere a questo gestore alcuni servizi sanitari, oppure esso li acquisisce direttamente a sue spese: i successivi trasferimenti tra i tre *partner* aziendali devono evidentemente essere calcolati in base all'accordo strategico tra comune-USL e gestore;

c) l'azienda USL ha la possibilità di vendere come prestazioni a pagamento ciò che esorbita dai livelli uniformi dell'assistenza. Essendo questi confini labili ed incerti, definire cosa possa costituire oggetto di un'area socio-sanitaria territoriale a pagamento è estremamente aperto.

Qualsiasi soluzione si voglia adottare per arrivare a una tariffazione socio-sanitaria coerente a quella socio-assistenziale, in parallelo alla costruzione di servizi integrati e congiunti, privi di soluzioni di continuità o di confini facilmente rintracciabili, rappresenta una forzatura sul piano amministrativo. La coerenza complessiva è però rintracciabile in una lettura

economico-aziendale dell'oggettività della situazione, dove non può avvenire che servizi, spesso addirittura identici, siano tariffati per fasce di reddito o erogati gratuitamente, dipendendo solo dal soggetto pubblico di erogazione.

6.2. USL-strutture di assistenza

Un accordo, definito contrattualmente tra azienda USL e strutture di assistenza residenziale, può risultare conveniente ad entrambi i soggetti. Per l'USL può essere importante disporre di una o più strutture di assistenza sanitaria per anziani, dotate di servizi specializzati ed intensivi, da utilizzare come strutture sub-ospedaliere per gli anziani, *pre e post* ricovero, oppure addirittura alternative al ricovero stesso. Al proposito si stanno già diffondendo le prime esperienze, che, mutuando dal linguaggio anglosassone, vengono chiamate «country hospital», cioè ospedale del territorio, per caratterizzarne la natura meno intensiva. Evidentemente questo impone all'azienda USL una certa generosità finanziaria nel riconoscere il lavoro sanitario e socio-sanitario svolto dalla struttura di residenza. Questo può avvenire riconoscendo una quota significativa di attività o prestazioni sanitarie, oppure mantenendo uno stile di controllo amministrativo flessibile attento alle sinergie reciproche, oppure arrivando addirittura a convenzionare dei posti letto, pagati costantemente, anche «vuoti per pieni». La struttura assistenziale in questo modo si qualifica in senso sanitario, innalzando i propri *standard* qualitativi, allontanandosi dall'assistenza agli autosufficienti che dovrebbe sempre meno essere effettuata in istituto. In cambio di questa opportunità strategica e maggiore remuneratività finanziaria, la struttura residenziale deve abbandonare qualsiasi atteggiamento con-

flittuale e opportunistico nei confronti dell'USL, evitando lo «scarico» di pazienti giudicati non remunerativi in ospedale, oppure forzando le necessità sanitarie degli anziani, solo per classificarli in fasce tariffarie più alte o per farsi riconoscere prestazioni aggiuntive. Il contratto tra le parti potrebbe anche prevedere:

a) la precisa definizione delle prestazioni sanitarie di competenza della struttura assistenziale (es. assistenza medica, fisioterapia, ecc.);

b) i percorsi di accesso privilegiati nelle strutture specialistiche dell'USL per evitare i ricoveri — es. accesso alla diagnostica come se si trattasse di «interni» delle strutture ospedaliere dell'USL —;

c) i meccanismi amministrativi per semplificare i rapporti ed evitare carteggi e procedure incrociate: richieste all'USL di presidi per gli anziani, esenzione *ticket*, prenotazioni esami e visite, ecc.

La chiarezza dei rapporti contrattuali potrebbe essere rafforzata dalla presenza di una *équipe* dell'USL o mista che regoli l'accesso a tutti i posti letto della struttura residenziale o a quelli contrattati o solo relativamente ai residenti dell'USL, classificando anche l'anziano nella fascia tariffaria. Questa *équipe* potrebbe coincidere in tutto o in parte con l'unità di valutazione geriatrica.

Il meccanismo tariffario tra le parti risulta tanto più chiaro e trasparente quanto più si avvicina a quote per prese in carico, evitando finanziamenti a «notula» per prestazioni aggiuntive. In questo caso il pericolo da evitare è quello di *standard* assistenziali troppo bassi offerti dalla struttura, nel tentativo di massimizzare i margini sulla tariffa per presa in carico. La risposta a questo può risiedere o in controlli qualitativi da parte dell'USL (magari attraverso la stessa *équipe* di valutazione), oppure introducendo elementi di

competizione, come il convenzionamento da parte dell'USL di più di una struttura, lasciando la libertà all'anziano, autorizzato e classificato dall'*équipe* di valutazione, di scegliere la struttura e di cambiare eventualmente la sua opzione (Baldino L., Longo F., 1996).

6.3. Comune-strutture di assistenza residenziali

Il comune trova nelle strutture di assistenza uno dei più temibili concorrenti a politiche di prevenzione e incentivo all'auto-assistenza da parte dell'anziano: percentuali molto significative della spesa sociale infatti finiscono in tutti i comuni italiani nei contributi ad integrazione delle rette. A questo proposito si osserva la tendenza ad assumere una nuova logica assistenziale, che cerca di spingere le strutture residenziali sempre più verso compiti socio-sanitari, perché si ritiene opportuno aiutare anziani che abbiano problemi soltanto di natura sociale evitando istituzionalizzazioni, attivando strumenti alternativi, come l'assistenza domiciliare. Al proposito l'accordo del comune con l'USL, nella logica del governo della rete, potrebbe favorire il progressivo abbandono dei ricoveri solo assistenziali a favore di quelli socio-sanitari, utili anche per sgravare i ricoveri ospedalieri.

Il comune può inoltre soddisfare appieno le convenienze della struttura assistenziale convenzionando a tariffe fisse tutta la capacità produttiva, impegnandosi a pagare anche «il vuoto per pieno» (situazione in cui probabilmente attiverrebbe la lista di attesa di qualche comune limitrofo). In cambio di questo può chiedere di selezionare l'ingresso degli anziani, gestendo in proprio le liste d'attesa, per utilizzare la struttura solo per quei casi in cui forme alternative di assistenza non siano più praticabili. Queste sinergie

potrebbero essere completate e quindi ancora più convenienti agli occhi della struttura residenziale (spesso restie a perdere il potere sulle liste d'attesa, nonostante la garanzia del tutto esaurito permanente) se venissero completate da altri servizi concessi in gestione alla stessa struttura assistenziale:

- a) animazione socio-culturale per gli anziani;
- b) assistenza diurna;
- c) assistenza domiciliare.

Le economie di scala sono evidenti: utilizzo congiunto di spazi, animatori, cucine, lavanderie. Se il contratto tra le parti prevedesse il pagamento di questi servizi a tariffa fissa per presa in carico, probabilmente ci sarebbe una ulteriore convenienza per il gestore a non forzare il ricovero. Infatti il gestore della struttura si troverebbe finanziato permanentemente come se fosse esaurita la propria capacità di ricovero, inoltre godrebbe delle tariffe aggiuntive per presa in carico delle altre attività: in cambio di questo sarebbe ragionevole cedere il potere sulle liste d'attesa, che verrebbero così governate dal comune, che avrebbe così un'ulteriore strumento per favorire e valorizzare le potenzialità di auto-assistenza degli anziani.

Questo accordo potrebbe essere esteso anche ai servizi sanitari e quindi all'USL, qualora la struttura di ricovero avesse anche funzioni socio-sanitarie.

6.4. Nuova logica di governo regionale

Le regioni stanno abbandonando progressivamente la pretesa di acquistare o gestire direttamente la fornitura di servizi, anche se a velocità diverse lungo la penisola, assumendo la logica aziendale di trasmettere le politiche soprattutto attraverso i meccanismi di finanziamento delle aziende. La regione non può pertanto proporsi

come gestore o regolatore diretto della rete, essendo le aziende di esse autonome e dotate di significativi gradi di libertà. La rete dei servizi agli anziani può nascere cioè solo se le singole aziende colgono le convenienze ad attivarla e la implementano. La regione può però cercare di agire lungo due direttrici che favoriscano lo sviluppo di una logica di rete:

I) attivare logiche e meccanismi di finanziamento che determinino convenienze al costituirsi di una logica di rete;

II) stimolare la lettura del quadro strategico da cui si evince la convenienza del gioco di rete.

I) Un meccanismo di finanziamento che favorisca la logica di rete dovrebbe muoversi lungo le seguenti direttrici:

a) finanziarie le attività socio-assistenziali dei comuni non in base a tariffe e alla quantità di prestazioni, ma in base al numero di anziani presenti e ai loro bisogni potenziali (in prima battuta una buona *proxy* potrebbe essere la struttura d'età): i comuni sono così incentivati a favorire l'auto-riproduzione sociale e gli interventi a monte e non a valle nella dinamica dello sviluppo dei bisogni;

b) mantenere un unico fondo sanitario, senza scorporare quindi le risorse socio-sanitarie, da distribuire alle aziende USL a quota capitaria (questo non impedisce l'applicazione di logiche tariffarie successive per le prestazioni comprate dall'USL), in modo tale che risulti conveniente l'intervento socio-sanitario preventivo. Qualora si preferisse separare il fondo socio-sanitario da quello sanitario, per una volontà, per certi versi comprensibile, di difendere anche con vincoli amministrativi i servizi ritenuti «deboli» cioè quelli socio-sanitari, è opportuno mantenere come logica di riparto del fondo socio-sanitario sempre

la quota capitaria, per mantenere le convenienze virtuose sopra illustrate;

c) affidare direttamente alle aziende USL ed eventualmente ai comuni la contrattazione, il controllo e il pagamento delle strutture residenziali, per le rispettivamente competenze, responsabilizzandoli finanziariamente, per eliminare il pericolo di «scarico» di oneri sul bilancio regionale.

II) L'assunzione di una logica di rete dipende prevalentemente dalle aziende potenzialmente coinvolte, ma la regione può comunque stimolarla in diversi modi, in particolare modo attivando i seguenti interventi:

a) definire regole di finanziamento certe *ex ante*, stabili nel tempo, chiare e facilmente intelligibili;

b) favorire con comportamenti proattivi la costituzione di reti di fatto con l'istituzione di conferenze di servizio, sperimentazioni da diffondere, sportelli consulenziali regionali;

c) elaborare linee guida, contratti tipo tra le parti, in modo da facilitare il compito di innovazione delle aziende;

d) diffondendo cultura e formazione per l'assunzione di una logica di rete.

6.5. Rafforzamento UVG come accesso alla rete

La correttezza dei comportamenti lungo la rete è garantita oltre che dalla convenienza reciproca al rispetto delle regole per non riprodurre il gioco a somma negativa, dalla correttezza che dovrebbe essere tipica delle aziende pubbliche o *non profit*, ma può essere ulteriormente rafforzato governando unitariamente l'accesso ai servizi alla rete, attraverso la costituzione di una unità di valutazione geriatrica unica per tutta la rete, quindi interistituzionale. Questo significa che le professionalità presenti nell'UVG devono godere della piena fiducia di tutte le aziende della rete. Ogni servizio che

viene attivato per un anziano deve essere coerente al piano assistenziale definito dalla UVG. In altre parole deve esserci una sola UVG per tutti gli anziani residenti nel territorio della rete, per tutti i suoi servizi che coinvolge tutte le aziende (questo non impedisce, in realtà estese, che operativamente l'UVG operi attraverso numerosi gruppi di lavoro). Inevitabilmente in questo modo l'UVG opera anche come garante del rispetto dei limiti finanziari e di capacità produttiva, essendo di fatto obbligata a prioritizzare gli accessi in base all'intensità dei bisogni.

Dal punto di vista assistenziale l'UVG dovrebbe anche garantire:

a) una visione unitaria e integrata dei servizi e delle prestazioni che vengono previste e attivate per il singolo anziano;

b) l'attuazione di una logica di presa in carico dell'anziano che deve essere accompagnato lungo tutta la rete da un assetto organizzativo che garantisca coordinamento con l'UVG (potrebbe essere l'assistente sociale del comune o dell'USL, il MMG o un medico di distretto).

6.6. La valorizzazione dell'autoriproduzione sociale

La valutazione dell'anziano da parte dell'UVG e la definizione dei servizi di cui ha bisogno e diritto (in coerenza alle capacità di risposta della rete locale) può diventare anche un'utile base di partenza per definire degli incentivi monetari per l'auto-assistenza da parte dell'anziano e della sua famiglia. Infatti definire un incentivo monetario per l'auto-assistenza dell'anziano, poiché questi rinuncia all'utilizzo di servizi del sistema di *welfare* di cui avrebbe diritto, rimane un compito difficile.

Infatti dobbiamo sottolineare come il mantenimento dell'attuale equi-

brio finanziario dipenda in parte anche dal risparmio ottenuto dal sistema di *welfare* grazie all'auto-riproduzione sociale e al suo attuale non finanziamento. È infatti probabile che il sistema di *welfare* oggi non sarebbe in grado di finanziare le prestazioni a cui molti anziani avrebbero diritto in base al loro attuale stato di necessità psicofisico e che non attivano perché preferiscono appoggiarsi alle proprie residue capacità di auto-assistenza. Se questo da un lato salvaguarda le compatibilità economiche, dall'altro genera iniquità, in quanto la passività sociale ottiene trasferimenti in termini di servizi reali, mentre l'auto-aiuto viene penalizzato. Evidentemente la questione è tutt'altro che semplice, ed in base alle riflessioni fatte sulla gestione della rete ci permettiamo di esprimere in questa sede alcune proposte.

Gli incentivi, che dovrebbero essere dati per promuovere l'auto-assistenza, devono essere calcolati in base ai servizi reali della concreta rete locale a cui l'anziano accedrebbe, ma a cui ha rinunciato, appoggiandosi alle proprie forze (evidentemente in questo passaggio logico, devono essere riconsiderate e salvaguardate le compatibilità economiche della rete, valutando attentamente il problema dei costi sorgenti e cessanti) (4). Questo permetterebbe di uscire dal doppio paradosso descritto che attualmente incentiva la passività sociale. Evidentemente questa idea è allo stadio di logica di fondo e richiede ancora un lungo approfondimento per essere operativizzata. Ma dalla logica di rete possiamo già trarre a questo proposito alcuni importanti spunti:

a) il valore dell'incentivo all'auto-riproduzione dipende dalle risorse disponibili all'interno della specifica rete locale;

b) l'incentivo deve discendere da una visione unitaria della rete e dei servizi da essa erogabili;

c) l'incentivo deve essere pari ai servizi a cui l'anziano ha rinunciato che gli sarebbero altrimenti stati garantiti, in base alla valutazione fatta dall'UVG;

d) la gestione di questo incentivo deve essere locale e capillare, delegato alle aziende responsabili finanziariamente della rete: comuni ed USL.

Probabilmente tutto ciò non è ancora sufficiente per superare il circolo logico vizioso nel quale per la definizione dei bisogni di un anziano si osservano i servizi che utilizza, che dipendono in parte dalla debolezza della sua capacità auto-riproduttiva e della sua famiglia.

7. Conclusioni

Il problema degli anziani progressivamente crescente non ha bisogno solo di una risposta sul lato previdenziale per un nuovo equilibrio tra entrate e uscite dell'INPS, ma necessita anche di un ripensamento dell'attuale rete dei servizi, erogata da numerose aziende, inserite in un gioco competitivo che rischia di essere ad esito negativo per la collettività in genere e per gli anziani in particolare.

Ciò che preoccupa è la seguente riflessione: il crescente livello di autonomia dei singoli soggetti istituzionali, responsabilizzati sul proprio equilibrio economico particolare è sicuramente un processo corretto, strutturale e di medio-lungo periodo. Ma quando le singole aziende che perseguono un interesse pubblico costituiscono una rete, la quale viene danneggiata e indebolita dal perseguimento di singole convenienze aziendali particolari di breve periodo, come agire?

In realtà nel caso degli anziani, come abbiamo cercato di dimostrare, una più corretta lettura dello scenario strategico dovrebbe portare le singole aziende a scelte di più ampio respiro, apparentemente concilianti e in parte

generose nei confronti dei propri competitori, il cui esito risulta però positivo sia per la rete, sia per la singola azienda, a patto che però i competitori agiscano nella stessa direzione. Siamo di fronte ad un classico caso da dilemma del prigioniero: la lealtà e la fiducia di tutti i contraenti migliora la posizione collettiva e dei singoli, così come scelte opportunistiche peggiorano, in ultima analisi la situazione di tutti, pur regalando l'illusione del guadagno a qualcuno. Le aziende del nostro sistema di *welfare*, pubbliche e private, da poco stanno imparando ad essere aziende, quindi orientate alla lettura del proprio contesto strategico in cui i meccanismi di finanziamento e di mercato (seppur governato) fanno la parte del leone. Riusciranno esse a fare il doppio salto logico: non solo imparare a leggere il quadro strategico e applicare scelte coerenti, ma addirittura compierlo all'interno di una visione di ricerca di sinergie di rete, per massimizzare i propri risultati istituzionali ed economici? In altre parole imparando la strategia si riuscirà a concepirla non solo particolare e di

breve respiro a favore dell'azienda, ma anche di rete, a tutto vantaggio anche dell'azienda?

È probabile che inizialmente prevarrà la logica esclusivamente competitiva e solo nel medio periodo si riuscirà a comprendere i vantaggi della «competizione collaborativa» (E. Borgonovi, 1997 II): è anche compito della ricerca e degli aziendalisti cercare di favorire e accelerare questo processo.

(1) Dal punto di vista amministrativo questo limite può essere in realtà tecnicamente superato «spalmando» sul singolo servizio ampie quote di costi comuni e generali.

(2) La valenza positiva della ricerca della reale capacità contributiva va auspicabilmente assunta in una logica gestionale, capace di contestualizzare e relativizzare le singole situazioni socio-economiche familiari, senza ricadere in un rigido e meccanico determinismo burocratico («managerialismo burocratico», M. Del Vecchio).

(3) Gli investimenti vengono di norma finanziati attraverso specifici trasferimenti pubblici in conto capitale o con donazioni private.

(4) L'anziano accedendo alla rete genererebbe un costo aggiuntivo pari al costo variabile sorgente e non pari al costo medio per anziano:

il contributo dovrebbe essere calcolato tenendo presente questo aspetto.

BIBLIOGRAFIA

- BALDINO L., LONGO F. (1996), *Modelli di acquisto innovativi per la P.A. basati sul controllo di qualità da parte dell'utente: il caso dell'assistenza domiciliare*, Azienda Pubblica, n. 1/96.
- BORGONOV E. (1997), *Il comportamento dell'impresa tra il modello della competizione concorrenziale e il modello della competizione collaborativa*, Lecco Economia, giugno 1997.
- BORGONOV E. (1997), *Nel nome della comunità*, Il Sole 24 ore, 24 febbraio 1997.
- CAZZOLA G. (1994), *Lo stato sociale tra crisi e riforme: il caso Italia*, Il Mulino, Bologna.
- DEL VECCHIO M. (1994), *Mercati e tariffe*, **Mecosan**, n. 9/94.
- DONZELLI A. (1997), *Sistemi sanitari a confronto*, F. Angeli, Milano.
- LONGO F., MONTANELLI R. (1995), *Un modello di pianificazione strategica per la scelta dell'assetto istituzionale dei servizi socio-assistenziali*, **Mecosan**, n. 16/95.
- ZANGRANDI A. (1993), *Equilibrio dell'azienda del servizio sociale ed equilibrio del sistema dei servizi*, in Istituto italiano studi cooperativi Luzzatti: il futuro dei servizi sociali in Italia.
- ZANGRANDI A. (1994), *Autonomia ed economicità nelle aziende pubbliche*, Giuffrè, Milano.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

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

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I contributi devono essere inviati all'attenzione di Mario Del Vecchio, presso la redazione di Mecosan, viale Isonzo, 23, 20135 Milano, tel. 02/58362600 - fax 02/58362593.

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

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

Documenti e commenti

Sezione 2^a

L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE: UNA PROPOSTA DI SOLUZIONE

di Gianmaria Battaglia¹, Francesco Zavattaro¹

¹ CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Una proposta operativa per gli accreditamenti.

1. Premessa

Il tema degli accreditamenti è senz'altro uno dei più critici e complessi tra quelli che andranno a regolare i sistemi sanitari regionali: nei provvedimenti relativi a tale istituto finiscono infatti per convergere problematiche sia di natura tecnico operativa (con un significativo impatto su alcune funzioni degli assessorati e/o delle agenzie: basti pensare all'identificazione dei soggetti e delle unità organizzative che saranno deputate alla gestione del sistema degli accreditamenti), sia relative ai principi e alle modalità operative di coesistenza e competizione tra strutture pubbliche e strutture private.

Il presente documento quindi si pone l'obiettivo di essere stimolo nell'ambito del dibattito sull'argomento e quindi base di discussione, senza pretese di soluzione complessiva della problematica, attraverso l'esplicitazione del percorso logico che ha generato la delibera qui riportata.

Lo strumento dell'accreditamento ha avuto negli ultimi anni uno sviluppo notevole accompagnando la crescente attenzione rivolta alla problematica della «qualità» nel sistema economico. Appare in prima analisi utile richiamare alcuni aspetti generali di tale strumento.

Innanzitutto va notato come il tema degli accreditamenti si sia posto in maniera trasversale ai diversi settori di attività economica (produzione di beni, prestazione di servizi): in effetti l'esigenza di accreditare i soggetti che svolgono attività economiche in uno specifico settore è originata dalla volontà di fornire maggiori garanzie ai clienti, utenti o semplici fruitori dei servizi di tali soggetti. Queste garanzie sono finalizzate a fornire informazioni sulla adeguatezza dei beni o servizi prodotti alle finalità dell'acquirente. Non sempre infatti egli ha la possibilità di conoscere o valutare correttamente *ex ante* tutte le caratteristiche del bene o servizio di cui intende avvalersi, né ritiene una garanzia sufficiente la possibilità (se esiste) di verificare successivamente l'adequazione di tali caratteristiche. Il tema della sicurezza ne è un chiaro esempio: ammesso che si possa verificare (durante o dopo l'uso di un prodotto) le sue caratteristiche di sicurezza, appare a tutti inaccettabile un sistema che affidi a tali giudizi effettuati *ex post* (e «sulla propria pelle») la tutela degli utenti.

Ogni qualvolta non sia possibile verificare e valutare le caratteristiche del risultato di una attività il si è posto il problema di affiancare l'acquirente nell'esercizio della propria funzione di scelta sul mercato: tale esigenza si è

risolta, tra l'altro, attraverso lo strumento dell'accreditamento nella sua natura di riconoscimento ufficiale da parte di un soggetto «accreditante» (di cui il sistema riconosce l'autorevolezza) delle caratteristiche dei prodotti o servizi ottenuti dai soggetti «accreditati» e disponibili sul «mercato».

L'introduzione di questo strumento nel settore sanitario italiano, caratterizzato dalla natura pubblica sia della tutela della salute dei cittadini che del sistema principale di offerta di servizi sanitari, implica il coordinamento di tale strumento con altri meccanismi che regolamentano il settore.

In primo luogo l'attuale applicazione dell'accreditamento in sanità si accompagna ad una scelta di fondo del legislatore che introduce elementi di competitività nel sistema e consente di riconoscere alle strutture di offerta private un ruolo sempre più paritario nell'ambito della «competizione controllata». Ciò significa che risulta rafforzata nel tema degli accreditamenti

— la funzione di garanzia dell'utenza rispetto ai servizi sanitari che riceve dalle diverse strutture erogatrici (che possono essere di diversa natura) ed in particolare la necessità di garantire una «qualità» minima indispensabile e

— il supporto all'utenza nella scelta dei servizi adeguati ai propri fabbisogni.

D'altro canto il rapporto tra strutture di offerta pubbliche e private (almeno in termini di accesso al sistema) continua necessariamente ad essere oggetto di specifica attenzione ed intervento in relazione ad almeno due esigenze:

— la regolazione dell'offerta complessiva (in un settore contraddistinto dal fenomeno della domanda indotta);

— la definizione del concorso delle strutture private (e, di conseguenza, anche di quelle pubbliche) nell'erogazione dei servizi sanitari che il sistema intende garantire con le risorse pubbliche.

In tal senso lo strumento dell'accreditamento è stato giustamente introdotto in sostituzione del regime del «convenzionamento» e deve essere finalizzato anche a svolgere funzioni di regolazione del rapporto tra offerta pubblica e privata e funzioni di controllo della spesa complessiva a carico del sistema finanziato pubblicamente.

2. Una proposta operativa per gli accreditamenti

L'accreditamento in sanità va quindi interpretato come un sistema degli accreditamenti volto a regolare diversi aspetti dell'offerta di servizi sanitari e quindi articolato su più livelli logici ed operativi.

Il primo livello da prevedere risponde alla necessità di regolare l'accesso allo svolgimento dell'attività sanitaria (indipendentemente dalla natura pubblica o privata dell'istituzione e delle modalità di finanziamento della stessa): tale livello che viene chiamato «autorizzazione». L'autorizzazione produce come effetto l'abilitazione all'esercizio di attività sanitaria (e correlate) sul territorio regionale; è espressione della funzione di garanzia

della Regione nei confronti della cittadinanza e non comporta necessariamente l'accesso alle risorse finanziarie del sistema pubblico. È esercitato dalla Regione attraverso la verifica dell'esistenza di requisiti minimi relativi a caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative. Tali requisiti minimi devono essere il più possibile oggettivi e di semplice verificabilità onde agevolare la funzione di regolazione formale. Tale livello di regolazione non si pone come finalità quella di controllare la spesa sanitaria complessiva, né di promuovere livelli di qualità elevati, ma semplicemente di fissare i criteri minimi che qualunque struttura erogatrice deve rispettare per poter svolgere attività sanitaria.

Pertanto il funzionamento di tale livello può risolversi nell'emanazione e nella verifica formale di criteri di tipo strutturale (criteri minimi che tutte le strutture, pubbliche e private, devono garantire) da parte degli organi del livello regionale.

Differente funzione è quella di supportare i soggetti che necessitano di scegliere le strutture di offerta cui rivolgersi (siano i medici prescrittori, i responsabili delle USL o i pazienti stessi) attraverso una valutazione delle caratteristiche qualitative dei servizi erogati.

Tale funzione abbraccia una duplice dimensione:

— il fabbisogno assoluto e indipendente di «certificazione» dei livelli di qualità erogati dalle strutture, ossia di esplicitazione dei differenti livelli qualitativi garantiti dalle stesse. La scelta di soggiacere a tale giudizio può essere lasciato alla libera scelta delle strutture di offerta con un meccanismo che tende a premiare chi si rende «trasparente» all'utenza;

— la necessità da parte della Regione di selezionare le strutture che possono erogare servizi in nome e per conto del sistema pubblico. In tal caso

la valutazione deve essere considerata obbligatoria per poter accedere al sistema delle risorse pubbliche, ancorché un esito positivo di questo processo che può essere definito di «accreditamento in senso stretto» presso il sistema pubblico non comporta automaticamente l'effettivo finanziamento sui fondi pubblici.

Sia la certificazione che l'accreditamento pongono il rilevante problema di quale sia l'oggetto di tale riconoscimento: il soggetto giuridico, la struttura fisica in cui vengono erogati i servizi, i servizi stessi?

Da questo punto di vista appare centrale la focalizzazione sui risultati dell'attività quale elemento oggetto di valutazione in quanto il punto di vista che si assume è quello della tutela della domanda di servizi sanitari. La soluzione più appropriata deve quindi essere focalizzata sui risultati pur nella chiara identificazione di un soggetto giuridico che richiede e ottiene il riconoscimento. È stato pertanto introdotto il concetto di «aree di attività» (di cui deve essere sviluppata una opportuna classificazione) i cui risultati vengono certificati e accreditati utilizzando parametri di giudizio basati su

— i processi organizzativi ed erogativi per ciò che riguarda la certificazione

— requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi quale *proxy* della qualità dei risultati per ciò che riguarda l'accreditamento.

In sintesi quindi: la certificazione produce come effetto una valutazione della qualità dei processi erogativi aziendali. Tale valutazione, comunque facoltativa, deve essere espressa in una opportuna graduazione in classi (A, B, C, ...). L'eventuale valutazione non comporta necessariamente conseguenze formali. Risulta fondamentale che la procedura di certificazione venga effettuata da un apposito organismo di cui sia salvaguardata e riconosciuta

autonomia e indipendenza di giudizio, a tal fine può essere istituita una *Authority* o una Agenzia i cui giudizi possono essere utilizzati ai fini di un'ulteriore specificazione delle graduazioni in classi ai fini delle regolazioni economiche. Tale modalità consente ad esempio di premiare economicamente sia che è dotato di livelli tecnologici avanzati sia coloro che comunque garantiscono qualità dei processi assistenziali anche ricorrendo all'acquisizione di prestazioni tecnologiche prodotte da terzi (promuovendo e premiando un efficiente uso delle risorse tecnologiche e non una irrazionale «corsa all'acquisto delle tecnologie avanzate»).

L'accreditamento in senso stretto invece produce come effetto la possibilità di accedere al sistema di finanziamento pubblico (è condizione necessaria, ma non sufficiente). È espressione della funzione regionale di governo del sistema sanitario ed è esercitata dalla Regione (anche avvalendosi di eventuali organismi autonomi esterni) attraverso la verifica di criteri strutturali, tecnologici ed organizzativi ulteriori rispetto a quelli minimi previsti per l'autorizzazione e che consentono una opportuna graduazione in classi (A, B, C) dei soggetti accreditati. Alla graduazione in classi si correlano regimi di regolazione economica differenziati. Deve peraltro essere prevista una classe minima per chi è in possesso dei soli requisiti per l'autorizzazione. La graduazione, e correlati regimi di regolazione economica, devono essere applicabili sia alle strutture private che pubbliche.

Va rilevato come particolare criticità assuma la natura del soggetto che deve essere abilitato ad effettuare le valutazioni ai fini della certificazione e dell'accreditamento. Ciò per due motivi:

— il risultato della valutazione non è una semplice ammissione/non am-

missione ma una vera e propria graduazione dei soggetti erogatori con conseguenze anche economiche per il richiedente;

— i parametri di giudizio solo riconducibili solo parzialmente ad elementi di tipo oggettivo (caratteristiche misurabili, quali gli *standard* strutturali o gli *standard* di impiego di personale o di tecnologie) ma attengono, in particolar modo per la certificazione, a criteri la cui applicazione consiste sostanzialmente in una interpretazione soggettiva.

Con queste premesse acquista rilevanza la necessità di una forte autonomia, indipendenza di giudizio ed autorevolezza nelle valutazioni da parte del soggetto certificante ed accreditante: agli scriventi è apparso pertanto opportuno prevedere l'ipotesi di una apposita *Authority* per lo svolgimento dell'attività di valutazione.

Il regolatore del sistema pubblico si riserva infine di attivare una specifica procedura di programmazione dei livelli di attività ritenuti necessari a garantire la tutela della salute della collettività di riferimento che vede coinvolte sia le strutture pubbliche (nell'ambito degli strumenti di pianificazione propri del sistema regionale) sia le strutture private accreditate. Queste ultime quindi per poter svolgere l'attività sanitaria per conto del sistema pubblico deve richiedere l'«accesso alla procedura di concertazione». Tale meccanismo prevede infatti che tutti i soggetti accreditati debbano accedere alla procedura di concertazione per poter erogare servizi finanziati dal sistema pubblico e che sia necessaria l'accettazione della procedura di concertazione da parte dei soggetti accreditati come condizione finalmente sufficiente per accedere al finanziamento pubblico.

Attraverso la negoziazione periodica o concertazione sono delineati gli obiettivi e le modalità generali attra-

verso cui i produttori presenti nel SSR definiscono il quadro programmatico delle attività (volume e *mix* di prestazioni), nel rispetto delle compatibilità economiche e finanziarie del sistema.

La procedura deve essere ispirata:

— alla partecipazione attiva delle USL in quanto soggetti titolari della funzione di risposta alla domanda di servizi sanitari della popolazione e sulla cui responsabilità economica ricade il costo delle prestazioni sanitarie acquisite dal sistema privato;

— a indurre il coinvolgimento delle strutture private nel raggiungimento degli obiettivi strategici del SSR.

I soggetti che partecipano alla procedura di concertazione sono:

— il livello regionale (l'Assessorato);

— le aziende USL;

— le strutture private accreditate che hanno aderito e «sottoscritto» le regole della procedura di concertazione (le uniche che hanno la possibilità di accedere alle risorse finanziarie pubbliche).

È quindi solo attraverso il meccanismo della concertazione che vengono poste le basi per un efficace controllo della spesa sanitaria pubblica destinata alle strutture private.

Meccanismi tradizionali, basati su barriere all'entrata nel sistema (accreditamenti basati sulla numerosità dei soggetti e focalizzate sui posti letto od altri elementi di struttura, che impongono necessariamente un tetto massimo di strutture «ammissibili») hanno paradossalmente infatti un duplice difetto:

— da un lato creano, per le strutture che ricevono il riconoscimento, una garanzia di remunerazione, obbligando il sistema pubblico a sopportare oneri molto rigidi per la spesa per il provato, in una congiuntura che vede le strutture pubbliche per prime a ricercare elementi di flessibilità e riduzione della spesa;

— dall'altro non consentono l'affermarsi di quelle minime logiche competitive introdotte dai provvedimenti di riassetto tra strutture pubbliche e private basate su quella qualità dei servizi peraltro così tanto auspicata nei dibattiti ufficiali.

Un'ultima notazione, peraltro già introdotta nei paragrafi precedenti, di cui si ritiene necessaria una puntualizzazione riguarda l'opportunità di organizzare una graduazione dei livelli di certificazione ed accreditamento cui far corrispondere regimi tariffari differenziati.

In altri termini, sia la certificazione che l'accredimento, qualora l'esito del processo sia positivo, danno origi-

ne alla classificazione delle attività svolte dal richiedente in una classe di un sistema articolato (ad esempio A, B, C, ...). A ciascuna classe corrisponde un diverso regime tariffario rispetto ad una tariffa base fissata a livello regionale. Ad esempio è possibile che un soggetto veda le sue attività accreditate in fascia A (in virtù dei criteri, prevalentemente relativi alle caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative, previsti per l'accredimento) e in fascia B per ciò che riguarda i processi erogativi garantiti nell'attività: ciò va a configurare un regime tariffario specifico con cui il soggetto si presenta, qualora lo desideri, alla concertazione.

Questo sistema a ben vedere presenta due sostanziali vantaggi:

— da un lato riconosce anche da un punto di vista economico livelli qualitativi elevati;

— dall'altro rende meno costose le prestazioni ricevute in strutture più semplici, inducendo così, in un contesto sempre più caratterizzato da risorse definite, comportamenti di razionalizzazione alla ricerca delle qualità coerente con il reale fabbisogno sanitario e le risorse a disposizione.

Lo schema seguente sintetizza i livelli su cui si articola il sistema degli accreditamenti finora descritti.

| Livelli | Chi/cosa | Funzioni assolve | | |
|---|---|------------------------------|---------------------|-------------------------|
| | | Garanzia/supporto all'utente | Regolazione offerta | Controllo spesa |
| Autorizzazione | Soggetto che intende svolgere attività per le sue strutture | X | | |
| Certificazione | Risultati dell'attività valutati e graduati qualitativamente | X | | X fasce tariffarie |
| Accreditamento in s.s. | Aree di attività per i risultati prodotti | | X | X fasce tariffarie |
| Negoziiazione periodica o concertazione | Soggetto (che accetta le regole della negoziazione) per alcuni suoi risultati | | X | X definizione volumi |

PROPOSTA DI DELIBERA

OGGETTO: *Norme per l'autorizzazione e l'accredimento delle strutture sanitarie*

VISTO l'art. 8 — comma 4 — del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni che prevede che, fermo restando la competenza della Regione in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, con AIC sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi;

VISTO l'art. 8 — comma 7 — del medesimo decreto legislativo che stabilisce che le Regioni e le Unità sanitarie locali, per quanto di propria competenza, adottano i provvedimenti necessari per la istaurazione dei nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accredimento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sulla adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate;

VISTO l'art. 6 — comma 6 — della legge 30 dicembre 1994, n. 724, che dispone che, a decorrere dalla data di entrata in funzione del sistema di pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate dalla Regione cessano i rapporti convenzionali in atto ed entrano in vigore i nuovi rapporti fondati sull'accredimento. La facoltà di libera scelta del cittadino si esercita nei confronti di

tutte le strutture e i professionisti accreditati del SSN; in quanto risultano effettivamente in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente;

VISTO il D.P.R. 14 gennaio 1997 «Approvazione dell'AIC alle Regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private» pubblicato in data 20 febbraio 1997;

RICHIAMATO segnatamente l'art. 3 il quale impone alle Regioni, nell'ambito della propria autonomia, di dare attuazione alle relative disposizioni entro un anno dalla pubblicazione del decreto succitato e di dettare disposizioni precise circa i tempi e le modalità per l'adeguamento delle strutture sanitarie pubbliche e private già autorizzate e in esercizio ai requisiti minimi stabiliti da prevedersi nell'arco massimo di cinque anni e per l'accesso all'accreditamento definitivo delle strutture in possesso degli *standard* di qualità che costituiscono i requisiti ulteriori da determinarsi secondo i percorsi che saranno di seguito specificati;

DATO ATTO altresì, che i requisiti minimi previsti nell'AIC trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture e di ampliamento o trasformazione in strutture già esistenti;

RITENUTO di dover procedere, stante la rilevanza della problematica per l'assetto del sistema sanitario regionale, ad una armonizzazione delle norme sopra richiamate;

ATTESO che nelle more della definizione dei processi sotto descritti che dovranno condurre all'accreditamento a regime, sono fatti salvi gli accreditamenti provvisori già deliberati con atti della Giunta Regionale;

DELIBERA:

1) di incaricare il settore competente per materia di presentare, entro la fine di settembre 1997, una proposta di progetto di legge che detti norme per la regolamentazione definitiva dei regimi di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria da parte delle strutture pubbliche e private sul territorio regionale. Tale progetto di legge, recependo l'atto di indirizzo e di coordinamento contenuto del D.P.R. 14 gennaio 1997, dovrà apportare le modifiche e/o integrazioni al citato D.P.R. ritenute opportune in relazione agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale così

consentendo, tra l'altro, il superamento e la conseguente abrogazione della L.R. n. 85 del 1989 e delle (altre norme esistenti);

2) di costituire una Commissione di ausilio al settore per le attività di cui al precedente punto 1) composta da:

— il Direttore generale di ogni USL o persona da lui designata;

— il presidente Regionale dell'AIOP o persona da lui designata;

— il presidente Regionale dell'ARIS o persona da lui designata;

— un esperto nominato dall'Assessore.

La commissione può essere integrata con apporti professionali di volta in volta ritenuti necessari rispetto ai temi in discussione;

3) che le norme per l'autorizzazione di cui al punto 1) debbano in particolare;

a) riguardare lo svolgimento delle attività sanitarie nel territorio da raggrupparsi opportunamente in «aree di attività»; (ad esempio, attività di prevenzione, attività di degenza e *day hospital*, attività delle strutture residenziali e semiresidenziali e attività poliambulatoriali, attività delle RSA, ecc.);

b) specificare i criteri, le procedure e i soggetti deputati alla verifica dell'esistenza dei requisiti, al conseguente rilascio dell'autorizzazione e alla verifica della permanenza dei requisiti;

c) determinare i termini per l'adeguamento delle strutture pubbliche e private prevedendo in particolare un orizzonte temporale più lungo per le strutture pubbliche in relazione alle maggiori dimensioni e alla complessità delle stesse; nonché le conseguenze derivanti dall'eventuale mancato adeguamento;

4) che i requisiti per l'autorizzazione siano specificati e quindi differenziati per ciascuna area di attività;

5) che fino all'approvazione del progetto di legge di cui al punto 1), per le autorizzazioni di cui al punto 1) rimangono in vigore le norme oggi vigenti;

6) che il progetto di legge di cui al punto 1) preveda che le aziende pubbliche e private autorizzate all'esercizio delle attività sanitarie possano:

a) richiedere lo *status* di «soggetto accreditato» per una o più delle proprie attività presenti sul territorio, così come definite ai sensi del precedente punto 3);

b) richiedere la certificazione dei processi produttivi ed erogativi per una o più delle proprie aree di attività;

c) chiedere di partecipare — qualora già in possesso dello *status* di soggetto accreditato — alla procedura di «concertazione», ossia di definizione del quadro pro-

grammatico annuale delle attività del SSR e di specificazione della propria quota di produzione.

7) che il settore, avvalendosi della commissione di cui al punto 2), debba produrre entro il 31 ottobre 1997 una proposta di progetto di legge che fissi norme per l'accreditamento delle strutture in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria prevedendo:

a) che l'essere soggetto accreditato costituisca condizione necessaria ancorché non sufficiente affinché i risultati e le prestazioni siano finanziati attraverso le risorse del Fondo sanitario regionale;

b) l'esistenza di una classificazione funzionale delle attività delle aziende pubbliche e private in fasce differenziate, l'istituzione di una classe minima per chi è in possesso dei soli requisiti per l'autorizzazione, l'istituzione di una classe temporanea «T» quale fascia entro cui collocare, ai fini dell'accreditamento, le aree di attività autorizzate, in attesa che trascorrono i termini di cui al precedente punto 3), lettera c), per l'adeguamento ai nuovi criteri. Alla classe temporanea si applica il regime tariffario più basso di volta in volta vigente, salvo quanto previsto per il 1997;

c) la correlazione a dette fasce di regimi differenziati di regolazione economica; tali regimi devono essere differenziati sulla base di un meccanismo incrementale rispetto ad una fascia «base»;

d) la previsione di opportuni requisiti e procedure per l'accesso alle classi superiori di accreditamento e per la verifica del permanere dei requisiti stessi;

8) che il settore, avvalendosi della commissione di cui al punto 2) debba produrre entro il 31 dicembre 1997 una proposta di progetto di legge che fissi norme per la certificazione dei processi produttivi ed erogativi per una o più delle aree di attività dei soggetti accreditati prevedendo:

a) l'indipendenza del soggetto certificatore attraverso l'istituzione di una *authority* per lo svolgimento delle attività di certificazione;

b) l'articolazione degli esiti della certificazione ai fini di una ulteriore specificazione delle graduazioni in fasce rispetto a quelle già previste per l'accreditamento;

c) la correlazione a dette specificazioni di ulteriori regimi differenziati di regolazione economica; tali regimi devono essere differenziati sulla base di un meccanismo incrementale rispetto ad una fascia «base»;

9) che tutti i soggetti accreditati debbano accettare le procedure di concertazione per essere finanziati dal sistema pubblico. L'accettazione delle regole previste nelle procedure di concertazione da parte dei soggetti accreditati costituisce quindi condizione indispensabile per il finanziamento. In particolare la procedura di concertazione dovrà delineare gli obiettivi e le modalità generali attraverso cui i soggetti di cui sopra definiscono il quadro programmatico delle attività (volume e *mix* di prestazioni), nel rispetto delle compatibilità economiche e finanziarie del sistema.

La procedura di concertazione deve essere finalizzata a garantire la definizione:

a) dell'ammontare complessivo (quantificabile ad esempio come totale punti) ed il *mix* delle prestazioni che si ritiene di poter/dover garantire ai cittadini anche ai fini di raccordo con gli strumenti di programmazione e di controllo delle attività delle USL di cui alla L.R. 24 dicembre 1996, n. 146;

b) dell'ammontare complessivo di prestazioni da erogarsi da parte delle strutture private e la specificazione del *mix* di attività atteso (determinando conseguentemente la «spesa per il privato»);

c) dell'ammontare di prestazioni che ciascuna USL prevede di acquistare dal privato per i propri pazienti (ammontare che tradotto in termini economici determina la corrispondente voce del bilancio preventivo delle USL);

d) dell'ammontare di prestazioni che ciascuna USL prevede di erogare a residenti di altre USL;

e) delle modalità di gestione dei valori economici conseguenti agli scostamenti rispetto alle previsioni;

f) delle tipologie di prestazione per le quali la procedura di concertazione definisce il *mix* di volumi in termini analitici.

RASSEGNE SISTEMATICHE E SINTESI QUANTITATIVE DI VALUTAZIONI ECONOMICHE: ALCUNE CONSIDERAZIONI

di Lorenzo G. Mantovani

Centro di Farmacoeconomia - Università degli Studi di Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Le valutazioni economiche dei programmi sanitari - 3. Revisioni sistematiche e sintesi quantitative - 3.1. Revisioni sistematiche e sintesi quantitative di efficacia - 3.2. Revisioni sistematiche e sintesi quantitative economiche - 4. Conclusioni.

1. Premessa

Negli ultimi anni il tema della razionalizzazione economica nell'allocazione delle risorse è stato particolarmente sentito in campo sanitario. Il progresso tecnologico che si manifesta attraverso l'introduzione di nuove tecnologie generalmente più efficaci ma, almeno all'atto della loro introduzione, più costose, il processo di invecchiamento della popolazione e la crescita delle aspettative sanitarie hanno provocato un aumento della spesa sanitaria nei paesi sviluppati, determinando una crescita del rapporto spesa sanitaria/PIL (OECD, 1996).

2. Le valutazioni economiche dei programmi sanitari

In questo contesto sono andate sviluppandosi metodologie di analisi economica specificamente adatte alla valutazione dell'efficienza sia tecnica sia allocativa degli interventi sanitari. Tali metodologie hanno acquistato e continuano ad acquistare riconoscimento quali strumenti di supporto nel processo decisionale in campo sanitario (Russell *et al.*, 1996). Contemporaneamente, un numero elevato e crescente di studi di Identificazione dei

costi, di Costo efficacia, di Costo utilità e di Costo beneficio è apparso su riviste mediche e su nuove riviste appositamente create (Elixhauser, 1993).

La valutazione economica richiede un'analisi comparativa tra due alternative, delle quali vengono considerati sia i costi sia le conseguenze sanitarie, facendo riferimento ad un punto di vista preciso (ad es. la società, il SSN, la ASL, l'Azienda ospedale etc.) e ad un profilo temporale.

Il processo di ricerca nel campo delle valutazioni economiche passa solitamente attraverso tre principali fasi distinte (Drummond *et al.*, 1987).

La prima fase è quella di identificazione delle risorse necessarie alla implementazione dei programmi sanitari unitamente alle conseguenze sanitarie.

La seconda fase è quella della misurazione delle risorse assorbite e delle conseguenze dei programmi sanitari (numero di visite, di ricoveri, di decessi etc.).

La terza fase è quella della valutazione in termini monetari delle risorse assorbite e, in talune tecniche, delle conseguenze degli interventi sanitari. In questa fase alle risorse assorbite dal programma viene associato un valore

monetario che, talora, viene associato anche all'*output* prodotto.

Recentemente è stato posto da più parti l'interrogativo circa l'opportunità di sviluppare strumenti di analisi secondaria nel campo della valutazione economica (Jefferson *et al.*, 1996; Lafata *et al.*, 1996). Per analisi secondaria si intende una valutazione di un intervento sanitario basata su dati pubblicati in altri studi o comunque già disponibili, a partire dai quali vengono sintetizzate delle stime quantitative (solitamente riguardo all'efficacia dell'intervento).

Lo scopo delle revisioni sistematiche e sintesi quantitative economiche risulterebbe quello di informare sull'efficienza economica (comunque definita) di un trattamento nel contesto proprio di un decisore (Jefferson *et al.*, 1996). Attraverso di esse il ricercatore cercherebbe di raccogliere ed analizzare i risultati disponibili al fine di migliorare gli elementi informativi relativi ad una decisione. Tale processo

L'autore desidera ringraziare Giovanni Fattore e Thomas Szucs per gli utili commenti su versioni preliminari del presente lavoro. Egli resta comunque naturalmente unico e solo responsabile per le opinioni di seguito espresse.

so avverrebbe non grazie alla conduzione di un apposito studio, ma attraverso la sintesi delle stime provenienti da studi già esistenti, cioè da una meta-analisi.

3. Revisioni sistematiche e sintesi quantitative

L'obiettivo di questo articolo è la valutazione dell'utilità dell'analisi secondaria nel contesto specifico della valutazione economica dei programmi sanitari, intesa come attività rivolta al supporto di decisioni relative all'allocatione delle risorse.

In questo articolo l'attenzione sarà specificamente incentrata sulla opportunità e sulla possibilità di raccogliere evidenza sull'efficienza economica di interventi sanitari attraverso la sintesi quantitativa dei risultati (in generale) di studi di valutazione economica già condotti e disponibili o in letteratura o non pubblicati.

A tal fine sono stati identificati una serie di punti critici sul senso e sull'eventuale conduzione delle cosiddette meta-analisi economiche. In questo contesto l'analisi sarà focalizzata sulle implicazioni pratiche per chi effettua le decisioni di politica sanitaria.

3.1. Revisioni sistematiche e sintesi quantitative di efficacia

Le revisioni sistematiche e sintesi quantitative di efficacia fanno riferimento all'applicazione dei metodi quantitativi per sintetizzare le evidenze provenienti da lavori già condotti, forniscono un metodo empirico di integrazione di dati e stime, permettono di determinare tendenze a partire da una raccolta di studi (Lafata *et al.*, 1996; Glass, 1976).

Esse consentono di ottenere campioni più numerosi attraverso la combinazione di campioni meno ampi, accrescendo pertanto il potere statistico

dell'analisi al fine di mostrare effetti che altrimenti non sarebbero identificabili. L'aumento dell'ampiezza del campione conduce inoltre a stime più precise, facilita l'analisi per sottogruppi, sottolinea i limiti dei singoli studi, genera nuove ipotesi di ricerca o sottolinea correlazioni che nessuno aveva precedentemente notato (Peto, 1987; Chalmers *et al.*, 1988; Elashoff e Koch, 1990).

Esse svolgono il compito di informare sull'efficacia sanitaria di un trattamento più approfonditamente, posto che il trattamento è stato studiato su contesti omogenei in modo omogeneo, cioè secondo certe metodologie (Lafata *et al.*, 1996). Il fatto di prendere in considerazione lo stesso contesto e di effettuare test di omogeneità degli studi inclusi per verificarne la confrontabilità hanno anche la finalità di garantire che la metodologia di studio meta-analitico conservi le caratteristiche euristiche (descrivere correttamente il funzionamento del sistema, prevedere correttamente il funzionamento dello stesso) delle metodologie di studio dei singoli lavori originali. In altri termini le meta-analisi di efficacia sanitaria rispondono alla esigenza di dare informazioni su di un intervento sanitario, posto che l'intervento stesso è già stato studiato in modo sufficientemente appropriato in altri studi accessibili.

3.2. Revisioni sistematiche e sintesi quantitative economiche

Per poter essere inclusi in una meta-analisi di efficacia gli studi vengono analizzati sotto diversi aspetti al fine di includere solo quelli considerati utili a priori a risolvere il quesito di ricerca ed omogenei tra di loro a posteriori.

Perché le meta-analisi economiche abbiano lo stesso valore di quelle di efficacia sanitaria, occorre che gli studi da includere abbiano le stesse carat-

teristiche, vale a dire siano utili a risolvere il quesito di ricerca e siano tra di loro omogenei.

Requisito a priori: verifica della utilità (stiamo studiando lo stesso contesto?)

Innanzitutto le meta-analisi economiche devono essere utili alla risoluzione del quesito di ricerca. È sensato che un decisore non conduca nel suo proprio contesto le attività di identificazione, misurazione, valutazione di costi e conseguenze che portano alla sintesi di un indice di costo conseguenza, ma si affidi alla sintesi diretta di indici di costo conseguenza di studi altrui?

Per rispondere a questa domanda verifichiamo se la revisione sistematica e sintesi quantitativa (meta-analisi appunto) di valutazioni economiche ha lo stesso valore euristico per il decisore che può avere uno studio originale, vale a dire se essa consente di identificare, misurare e valutare in modo appropriato costi e conseguenze dei programmi sanitari.

Una revisione della letteratura (più o meno sistematica) è presumibilmente utile nel processo di identificazione delle componenti di costo di un programma, nonché nella identificazione delle conseguenze del programma stesso. Essa è di aiuto nella chiarificazione, scelta, esposizione e composizione delle alternative da analizzare (Mason e Drummond, 1995).

Una revisione della letteratura potrebbe essere inoltre utile nella fase di misurazione delle conseguenze. Soprattutto la revisione sistematica e la sintesi quantitativa dell'evidenza (cioè la meta-analisi di efficacia sanitaria) aiutano ad individuare le tendenze probabili se non definitive della efficacia sanitaria del programma. Più difficilmente revisione e sintesi possono essere utili alla misurazione delle

risorse assorbite da un programma, in quanto l'assorbimento di risorse è legato all'accadere di determinati eventi e questi sono connessi, oltre che a variabili biologiche, ai contesti socio-organizzativi del sistema che produce il programma. È lecito supporre che l'assorbimento di risorse richiesto da un intervento sanitario dipenda dal modello organizzativo del sistema sanitario in cui il programma è inserito.

Supponiamo di dover decidere se implementare una campagna di prevenzione per l'ipertensione in Italia e di avere a disposizione uno o più studi canadesi. Supponiamo che la campagna cui siamo interessati preveda un certo numero di visite dal medico di medicina generale e l'assunzione di un farmaco nei pazienti con pressione arteriosa al di sopra di un certo livello. Ipotizziamo che efficacia sanitaria ed efficienza economica della campagna dipendano da due parametri: la frequenza delle visite e la capacità del farmaco di ridurre il livello della pressione.

Attraverso una meta-analisi classica possiamo stabilire una correlazione tra l'assunzione del farmaco e la riduzione della pressione. Possiamo dare risposte a domande del tipo: che cosa accade se il paziente segue il trattamento farmacologico ed assume il farmaco? Diversa è invece la situazione per ciò che riguarda la frequenza di visite che mediamente riceverà un paziente. È ragionevole ritenere che essa sia influenzata da fattori quali l'organizzazione dell'assistenza di primo livello, la densità di medici ed il sistema con cui vengono retribuiti. Ad esempio se il sistema retributivo dei medici è del tipo *fee for service* (come in Canada), l'interesse del medico sarà quello di vedere spesso il paziente, in quanto ciò rappresenta per lui un'entrata; se viceversa il sistema di retribuzione è a quota capitaria, l'interesse economico del medico è indipendente

dal numero di visite che egli effettua. Questo ragionamento intuitivo trova ampia conferma nella evidenza empirica (Wagner *et al.*, 1990; Stern *et al.*, 1989; Friedman e Shortell, 1988).

In altri termini, sintetizzare elementi economici provenienti da studi canadesi (pagamento *fee for service*) ed applicarli all'Italia significa probabilmente stimare scorrettamente le prestazioni e non cogliere le peculiarità dei due sistemi. Si noti, inoltre, come sia lecito supporre che la quantità di risorse utilizzate possa anche modificare l'efficacia del programma sanitario.

La revisione sistematica e sintesi quantitativa di valutazioni economiche non appare utile nella fase di valutazione economica/monetaria dei costi, in quanto questi sono necessariamente legati al sistema di gestione dell'assistenza sanitaria. Ciascun contesto decisionale è caratterizzato da specifici assetti istituzionali ed organizzativi che si riflettono non solo sul consumo di risorse ma anche sul costo opportunità di destinare le stesse ad un utilizzo piuttosto che ad un altro.

Nell'esempio precedente è evidente che quanto si applica al medico canadese non è trasferibile a quello italiano: non vi è ragione per cui il valore monetario di una visita di un medico canadese sia equivalente al valore monetario di una visita di un medico italiano.

In altri termini l'utilità di meta-analisi economiche a catturare in modo appropriato i due elementi da cui dipendono i costi di un programma sanitario, vale a dire i volumi di risorse consumate ed i costi unitari, pare quanto meno discutibile e dubbia.

Requisito a posteriori: verifica della omogeneità (è lecito supporre che gli studi siano omogenei?)

Se assumiamo, ed appare una ipotesi eroica, che comunque i contesti cui

si riferiscono gli studi da cui vogliamo sintetizzare evidenza siano perfettamente corrispondenti a quello in cui la decisione deve essere presa, dobbiamo porci il problema di verificare se gli studi stessi sono omogenei. In altri termini, la gestione quantitativa, statistica delle informazioni esistenti non può prescindere dal criterio di omogeneità (Lafata *et al.*, 1996).

Per tradurre una popolazione di dati in un indice, i dati stessi che compongono la popolazione devono essere omogenei tra di loro, onde evitare confronti e sintesi tra variabili diverse (mele e pere). È il caso questo delle valutazioni economiche dei programmi sanitari?

Le meta-analisi economiche possono riguardare essenzialmente due tipologie di variabili:

- le variabili di costo;
- gli indici di efficienza economica (indici di costo conseguenza).

Per ciò che concerne le variabili di costo, valgono le considerazioni presentate precedentemente a proposito della irrazionalità di un decisore che prende le proprie decisioni su risorse assorbite e costi di altri contesti.

Concentriamoci sull'indice di costo conseguenza: esso rappresenta una misura sintetica della efficienza economica di un programma verso un altro. Esso va riferito al sistema sanitario in cui è condotto lo studio e viene qualificato dalla metodologia di indagine seguita. Esso è cioè caratterizzato da:

- almeno due alternative;
- una popolazione bersaglio del programma;
- una serie di *input* del programma;
- un *output* del programma;
- uno schema di rappresentazione della realtà che permette di correlare *output* ed *input*, cioè un modello (teorico o sperimentale);

— un profilo temporale del programma.

Perchè la gestione statistica abbia senso, tutte queste variabili devono essere uguali o almeno molto simili in tutti gli studi da cui sintetizzare quantitativamente evidenza.

È lecito supporre che possa essere così?

È solo il caso di notare che esistono infinite fonti di disomogeneità degli indici di costo conseguenza. A puro titolo di esemplificazione parziale si può notare che:

— le alternative prese in esame possono essere infinite: ad esempio esse possono essere fare una campagna di prevenzione; non farla; farla solo per alcuni gruppi a rischio (alto, medio, basso rischio) e combinazioni dei fattori di cui sopra;

— le popolazioni bersaglio possono essere differenti per caratteristiche epidemiologiche: ad esempio una malattia quale la malaria assume caratteristiche endemiche in certe zone, aneddotico in altre;

— il livello di approfondimento dell'analisi può essere diverso: ad esempio possono essere inclusi solo i costi della terapia, delle principali complicanze prevenute, di tutte le complicanze prevenute — possono essere decine —, delle reazioni avverse;

— il livello di aggregazione delle valutazioni può essere assai differente: ad esempio le voci di costo possono essere quantificate a livello aggregato o scomponendo per fattori produttivi — lavoro, materiali — etc.; includendo costi diretti, indiretti, intangibili etc.; distinguendo o meno tra costi variabili, semivariabili, semifissi, fissi, marginali, medi etc.;

— i profili temporali di valutazione degli *input* possono essere diversi: ad esempio la valutazione degli *input* può essere fatta su orizzonti di brevissimo, di breve, di medio, di lungo periodo;

— le metodologie di rilevazione e valutazione degli *input* possono differire: ad esempio gli *input* possono essere valutati a prezzi di mercato, a tariffe, a prezzi *standard*, rilevati *ad hoc*, con approcci di costo pieno, con approcci di costo diretto etc.;

— l'*output* del programma può essere profondamente diverso: ad esempio l'*outcome* può essere misurato/valutato come caso evitato, caso guarito, riduzione del livello di qualche parametro clinico, vita salvata, anno di vita salvato, anno di vita salvato aggiustato per la qualità, beneficio tradotto in termini monetari;

— i modi per rappresentare la realtà (la stessa realtà) e descrivere il sistema possono essere diversi: ad esempio possono essere utilizzati diversi modelli/algoritmi dell'analisi decisionale quali modelli di markov, alberi decisionali, reticoli decisionali etc.;

— lo studio (non la valutazione dei costi) può essere condotto su profili temporali diversi: ad esempio può essere adottato un orizzonte di breve, medio, lungo periodo (due settimane, sei mesi, un anno, cinque anni, cinquant'anni etc.).

Esiste del resto una vasta letteratura che ha indagato questo tipo di problema della omogeneità tra studi, unitamente al problema della qualità dei dati e del modo di riportare i dati stessi (si confronti ad esempio Jefferson e Demicheli, 1994; Mason e Drummond, 1995; Udvarhelyi *et al.*, 1992; Elxhauser, 1993). Il lavoro di Udvarhelyi e colleghi ha tra l'altro mostrato come assai spesso non sia nemmeno possibile determinare e qualificare in modo appropriato la metodologia di studio seguita nei lavori pubblicati. Diversi autori (Jefferson e Demicheli, 1994; Badia *et al.*, 1997) hanno fornito prove della difficoltà di reperire anche solo due studi (il minimo per una statistica) pescati da una popolazione che 1) abbiano le caratteristiche

necessarie a risolvere il quesito di ricerca (riferirsi ad un contesto sufficientemente simile a quello del decisore) 2) siano omogenei (indagare la stessa questione di ricerca in modo e con metodologie sostanzialmente identiche).

Altri spunti di discussione

Alla luce di quanto esposto, il problema, sollevato anche da Jefferson e colleghi (Jefferson *et al.*, 1996), della inesistenza di tecniche specifiche meta-analitiche quale ostacolo all'effettuazione di valutazioni economiche secondarie dotate di valore euristico per l'attività di *decision making* pare rappresentare solo una delle difficoltà e, probabilmente, nemmeno la principale.

Un ulteriore spunto di discussione deriva dalla notazione che il tasso di cambio da utilizzare per riferire, in presenza di studi provenienti da paesi differenti, i valori monetari ad una moneta comune non sembra comunque variabile irrilevante. Esiste infatti solida evidenza secondo cui la differenza tra diversi tassi di cambio, ad esempio i tassi di cambio nominali e quelli di parità dei poteri di acquisto, possono giungere a divergere nella misura del 30% per periodi prolungati (Eurostat, 1993).

Un'ultima notazione merita il fatto che raccogliere la letteratura per effettuare una revisione sistematica richiede comunque un notevole impiego di tempo e risorse.

Infatti, al fine di garantire l'eventuale appropriatezza di una meta-analisi economica si dovrebbe verificare che 1) il contesto sia lo stesso di quello del decisore, presumibilmente eliminando gran parte degli studi raccolti (spesso faticosamente), 2) che gli studi eventualmente residui siano omogenei tra di loro per almeno tutta la serie di voci esemplificate sopra.

E questo processo, in aggiunta a quello già impegnativo della raccolta degli studi, appare prevedibilmente assai lungo ed oneroso.

4. Conclusioni

La proliferazione di valutazioni economiche da un lato ed il costo di condurre studi *ex novo* sull'efficienza economica dei programmi sanitari dall'altro hanno stimolato l'esplorazione della fattibilità di condurre valutazioni economiche secondarie, così come già avvenuto in passato per le valutazioni di efficacia sanitaria.

Resta comunque fermo il fatto che le valutazioni economiche si riferiscono a contesti socio-organizzativi, i quali sono per costituzione assai meno omogenei tra di loro rispetto a quelli biologici, vale dire il contesto naturale per le meta-analisi di efficacia sanitaria.

Questo fatto mina le fondamenta stesse di eventuali analisi secondarie su popolazioni di studi di valutazione economica, data la relativamente scarsa generalizzabilità dei risultati tra contesti che possono essere assai differenti.

Non pare pertanto praticabile la via delle analisi secondarie o di altri strumenti finalizzati a trattare in modo quantitativo più studi, anche alla luce della assenza di indiscutibili *standard* metodologici per la conduzione degli studi primari.

Le revisioni della letteratura appaiono comunque utili nelle fasi di identificazione delle variabili cruciali per le valutazioni economiche, permettono probabilmente di avere un'idea di massima del segno degli indici di costo efficacia, forse possono servi-

re a definire molto approssimativamente l'ordine di grandezza di tali indici, quasi certamente non consentono di determinarli con la precisione richiesta dall'attività di *decision/policy making*. Per tali scopi sembra preferibile condurre valutazioni mirate al contesto nel quale le decisioni vengono prese e le politiche adottate.

La definizione di *standard* metodologici universalmente accettati permetterebbe di eliminare in parte la disomogeneità finora ossevata. Rimarrebbe in ogni caso l'ineludibile problema della prospettiva/contesto. La ricerca dovrebbe pertanto essere indirizzata più utilmente verso la produzione e pubblicazione di valutazioni economiche che possano adattarsi a più contesti decisionali, conservando la capacità di leggere, interpretare e prevedere correttamente costi e conseguenze dei programmi sanitari.

BIBLIOGRAFIA

- BADIA X., NOCEA G., ROVIRA J. (1997), *Differences in the methodology and data of economic evaluations of a health programme. The case of Hepatitis B vaccination programmes in Spain*, *PharmacoEconomics*, 11: 175-183.
- CHALMERS T.C., BUYSE M.E. (1988), *Meta-analysis*, in: Chalmers T. (a cura di), «Data Analysis for Clinical Medicine: The quantitative Approach to Patient Care in Gastroenterology», International University press, Roma.
- DRUMMOND M.F., STODDART G.L., TORRANCE G.W. (1987), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford University Press, Oxford.
- ELASHOFF J.D., KOCH G.G. (1990), *Statistical Methods in trials of anti-ulcer drugs*, in Swabb E., Szabo S. (a cura di), «Ulcer Disease: investigation and Basis for Therapy», Marcel Dekker, New York.
- ELIXHAUSER A. (EDITOR) (1993), *Health care cost-benefit and cost-effectiveness analysis (CBA/CEA)*. From 1979 to 1990: a bibliography. *Medical Care*; 31 (supp): JS1-149.
- EUROSTAT (1993), *National Accounts ESA 1970-1991*, Eurostat, Lussemburgo.
- FRIEDMAN B., SHORTELL S. (1988), *The financial performance of selected investor-owned and not-for-profit system hospitals before and after Medicare prospective payment*, *Health Services Research*, 23: 237-67.
- GLASS G.V. (1976), *Primary, secondary, and meta analysis of research*, *Educ Res*, 5: 3.
- JEFFERSON T.O., DEMICHELI V. (1994), *Is vaccination against Hepatitis B efficient? A review of world literature*, *Health Economics*, 3: 25-38.
- JEFFERSON T., SASSI F., DEMICHELI V. (1996), *Rassegne sistematiche e sintesi di valutazioni economiche: una strada percorribile?* *Mecosan*, 17: 17-22.
- LAFATA J.E., KOCH G.G., WARD R.E. (1996), *Synthesizing evidence from multiple studies. The role of meta-analysis in pharmacoeconomics*, *Med Care*, 34 (Supplement): DS 136-DS 145.
- MASON J., DRUMMOND M. (1995), *Reporting guidelines for economic studies*, *Health Economics*, 4: 85-94.
- OECD 96 (1996), *Health Care Reforms. The will to change*, OECD, Paris.
- PETO R. (1987), *Why do we need systematic overviews of randomized trials?*, *Stat Med*, 6: 233-244.
- RUSSELL L.B., GOLD M.R., SIEGEL J. ET AL. (1996), *The role of cost-effectiveness analysis in health and medicine*, *Journal of the American Medical Association*, 276: 1172-1177.
- STERN R.S., JUHN P.I., GERTLER P.J., EPSTEIN A.M. (1989), *A comparison of length of stay and costs for health maintenance organization and fee-for-service patients*, *Archives of Internal Medicine*, 149: 1185-8.
- UDVARHELYI I.S., COLDITZ G., RAI A. ET AL. (1992), *Cost-effectiveness and cost-benefit analyses in the medical literature: are the methods being used correctly?*, *Annals of Internal Medicine*, 116: 238-244.
- WAGNER E.H., BLEDSOE T. (1990), *The Rand Health Insurance Experiment and HMOs*, *Med Care*, 28: 191-200.